

# Jurnal

## Keperawatan Klinis dan Komunitas

*Clinical and Community Nursing Journal*

### **Hubungan Antara Kedekatan Ibu dan Anak dengan Perilaku Psikososial Anak Usia Prasekolah**

Khana Sholaita, Lely Lusmilasari, Fitri Haryanti

### **Pengelolaan Pasien *Stroke* Hemoragik dengan Aritmia di Instalasi Gawat Darurat: Studi Kasus**

Vaniya Safira, Hersinta Retno Martani, Setyawan

### **Pencegahan Hipotermia Intraoperatif selama Laparoscopi Apendiks pada Pasien Anak di IBS RSA UGM: Studi Kasus**

Qory Nurulita Andayani, Arifin Triyanto, Anita Ruswanti

### **Penerapan Teknologi Media Audiovisual untuk Meningkatkan Proses Orientasi Pasien Baru di Rumah Sakit Swasta di Kediri**

Giovanni Iga Firmanda, Aries Wahyuningsih

### **Gambaran Perilaku *Phubbing* pada Mahasiswa Keperawatan UNSOED di Masa Endemi COVID-19**

Ilham Wiguna, Sidik Awaludin, Wahyudi Mulyaningrat

### **Hubungan antara Fungsi Keluarga dengan Manajemen Diri Penderita Hipertensi**

Aulia Intan Ramadhani, Uki Noviana, Heru Subekti

Volume 8	Nomor 3	Halaman 133-201	November 2024	ISSN 2614-4948 (online) ISSN 2614-445x (print)
-------------	------------	--------------------	------------------	---

## **JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS** *Clinical and Community Nursing Journal*

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) merupakan suatu jurnal *open akses* yang dilakukan *peer review*, terbit 3 kali setahun (Maret, Juli, dan November) dengan nomor ISSN 2614-445x (*print*), ISSN 2614-4948 (*online*). Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) mulai terbit tahun 2017.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) mempublikasikan hasil-hasil penelitian, studi kasus, studi literatur, uji psikometrik di bidang keperawatan klinik dan komunitas. Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) mengundang penulis untuk mengirimkan manuskrip dalam topik yang beragam dari keperawatan medikal bedah, keperawatan dasar dan emergensi, pendidikan keperawatan dan manajemen, keperawatan anak dan maternitas, keperawatan komunitas, keperawatan jiwa, dan Kesehatan.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada bekerjasama dengan Dewan Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia Daerah Istimewa Yogyakarta (DPW PPNI DIY).

Diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM Yogyakarta

### **PELINDUNG DAN PENGARAH**

Dekan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM

### **PEMIMPIN REDAKSI**

Sri Warsini

### **ANGGOTA DEWAN REDAKSI**

Uki Noviana, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK, UGM  
Lely Lusmilasari, Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, FK-KMK, UGM  
Melyza Perdana, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK, UGM  
Dluha Maf'ula, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, FK-KMK, UGM  
Arcellia Putri, Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI)  
Yanuar Fahrizal, Program Studi Ilmu Keperawatan, FKIK, UMY

### **PELAKSANA**

Wahida Yuyun Suciati  
Arif Annurrahman

### **MITRA BESTARI**

Haryani, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK, UGM  
Heny Suseani Pangastuti, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK, UGM  
Sri Hartini, Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, FK-KMK UGM  
Ariani Arista Putri Pertiwi, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, FK-KMK UGM  
Intansari Nurjannah, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM  
Sri Padma Sari, Departemen Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro  
Eko Winarto, Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas  
Suni Harianti, Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin  
Joko Gunawan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Pangkal Pinang, Indonesia

### **ALAMAT REDAKSI**

Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada

Alamat: Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281

Telp: (0274) 545674/ Fax: (0274) 631204

Email: [jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id](mailto:jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id) Website: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkkk>

**JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS**  
*Clinical and Community Nursing Journal*  
Volume 8/ Nomor 3/ November 2024

**DAFTAR ISI**

No	Judul	Hal
1	<b>Hubungan Antara Kedekatan Ibu dan Anak dengan Perilaku Psikososial Anak Usia Prasekolah</b> Khana Sholaita, Lely Lusmilasari, Fitri Haryanti	133-143
2	<b>Pengelolaan Pasien <i>Stroke</i> Hemoragik dengan Aritmia di Instalasi Gawat Darurat: Studi Kasus</b> Vaniya Safira, Hersinta Retno Martani, Setyawan	144-160
3	<b>Pencegahan Hipotermia Intraoperatif selama Laparoskopi Apendiks pada Pasien Anak di IBS RSA UGM: Studi Kasus</b> Qory Nurulita Andayani, Arifin Triyanto, Anita Ruswanti	161-172
4	<b>Penerapan Teknologi Media Audiovisual untuk Meningkatkan Proses Orientasi Pasien Baru di Rumah Sakit Swasta di Kediri</b> Giovanni Iga Firmanda, Aries Wahyuningsih	173-179
5	<b>Gambaran Perilaku <i>Phubbing</i> pada Mahasiswa Keperawatan UNSOED di Masa Endemi COVID-19</b> Ilham Wiguna, Sidik Awaludin, Wahyudi Mulyaningrat	180-190
6	<b>Hubungan antara Fungsi Keluarga dengan Manajemen Diri Penderita Hipertensi</b> Aulia Intan Ramadhani, Uki Noviana, Heru Subekti	191-201

## Hubungan Antara Kedekatan Ibu dan Anak dengan Perilaku Psikososial Anak Usia Prasekolah

### *Correlation Between Mother-Child Intimacy and Psychosocial Behaviour in Preschool*

Khana Sholaita<sup>1\*</sup>, Lely Lusmilasari<sup>2</sup>, Fitri Haryanti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

**Submitted:** 09 Juli 2024

**Revised:** 23 Juli 2024

**Accepted:** 31 Juli 2024

#### ABSTRACT

**Background:** Preschool age is at risk of experiencing psychosocial behavior problems which, if not treated immediately, will have an impact on development. The closeness of mother and child is basic in emotional development and social relationships.

**Objective:** Knowing the relationship between mother and child closeness and the psychosocial behavior of preschool children

**Method:** This research is a descriptive analytical research with a research design cross sectional which will be carried out in April – June 2022 in Sleman Regency, Yogyakarta. The research involved 118 respondents taken through the method consecutive sampling. Instrument Child Parent Relationship Scale (C-PRS) is used to measure the closeness of mother and child and Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC) to measure children's psychosocial behavior. Data were analyzed using correlation tests Spearman.

**Results:** 78% of preschool children's psychosocial behavior is normal, and 22% are at risk of experiencing psychosocial problems. The most common psychosocial problems are internalization and attention problems. Mean of the warm dimension of closeness between mother and child is higher than the conflict dimension. The warm dimension was negatively correlated with the risk of psychosocial behavior problems ( $r = -0,190$ ;  $p = 0,039$ ) while the conflict dimension is positively correlated with the risk of psychosocial problems ( $r = 0,410$ ;  $p = 0,000$ ).

**Conclusion:** There is a relationship between the closeness of mother and child and the psychosocial behavior of preschool children. Warm mother-child closeness reduces the risk of psychosocial behavior problems. The closeness between mother and child that tends to be negative (conflict) increases the risk of psychosocial behavior problems.

**Keywords:** Mother and child closeness; preschool; psychosocial behavior.

#### INTISARI

**Latar belakang:** Usia prasekolah berisiko mengalami masalah perilaku psikososial yang apabila tidak segera ditangani akan berdampak pada perkembangan. Kedekatan ibu dan anak menjadi hal dasar dalam perkembangan emosional dan hubungan sosial.

**Tujuan:** Mengetahui hubungan antara kedekatan ibu dan anak dengan perilaku psikososial anak prasekolah

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional* yang dilakukan pada April – Juni 2022 di Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Penelitian melibatkan 118 responden diambil melalui metode *consecutive sampling*. Instrumen *Child Parent Relationship Scale* (C-PRS) dipakai untuk mengukur kedekatan ibu dan anak dan *Preschool Pediatric Symptom Checklist* (PPSC) untuk mengukur perilaku psikososial anak. Data dianalisis dengan uji korelasi Spearman.

**Hasil:** Perilaku psikososial anak prasekolah 78% normal, dan 22% berisiko mengalami masalah psikososial. Masalah psikososial yang paling banyak adalah internalisasi dan masalah perhatian. Nilai *mean* kedekatan ibu dan anak dimensi hangat lebih tinggi dari pada dimensi konflik. Dimensi hangat berkorelasi negatif dengan risiko masalah perilaku psikososial ( $r = -0,190$ ;  $p=0,039$ ) sedangkan dimensi

Corresponding Author:

Khana Sholaita

Email: khana.sholaita@mail.ugm.ac.id

Volume 8 (3) November 2024: 133-143

DOI: [10.22146/jkkk.93185](https://doi.org/10.22146/jkkk.93185)



Copyright © 2024

Author(s) retain the

copyright of this article

konflik berkorelasi positif dengan risiko masalah psikososial ( $r = 0,410$ ;  $p = 0,000$ ).

**Simpulan:** Terdapat hubungan antara kedekatan ibu dan anak dengan perilaku psikososial anak prasekolah. Kedekatan ibu dan anak yang hangat menurunkan risiko masalah perilaku psikososial. Kedekatan ibu dan anak yang cenderung negatif (konflik) meningkatkan risiko masalah perilaku psikososial.

**Kata kunci:** Kedekatan ibu dan anak; perilaku psikososial; prasekolah.

## PENDAHULUAN

Anak usia prasekolah merupakan anak berusia antara 3-6 tahun yang disebut juga dengan masa emas (*golden age*). Selama periode ini pertumbuhan fisik melambat sedangkan perkembangan psikososial dan kognitif meningkat.<sup>1</sup> Dalam perkembangannya, anak dapat mengalami beberapa permasalahan salah satunya dalam perilaku psikososial. Perilaku psikososial anak usia prasekolah merupakan kemampuan berperilaku anak prasekolah (usia 3 – 6 tahun) sesuai dengan tuntutan perkembangannya di mana komponennya terdiri atas emosi dan hubungan sosial.

Anak usia prasekolah memiliki risiko tinggi mengalami masalah emosi.<sup>2</sup> Masalah emosi berkaitan dengan masalah internalisasi yang di dalamnya mencakup gejala depresi atau kecemasan pada anak prasekolah.<sup>3</sup> Anak prasekolah mengalami *disregulasi* emosi dan ekspresi emosi negatif sehingga dikatakan rentan terjadi masalah emosi.<sup>4</sup> Dampak dari masalah emosional yang tidak ditangani akan memberikan dampak terhadap perkembangan anak, terutama terhadap perkembangan karakter yang bisa berakibat pada gangguan mental emosional berupa perilaku berisiko tinggi.<sup>5</sup>

Sebanyak 25,6% anak prasekolah mengalami masalah emosi di Gunung Kidul.<sup>6</sup> Penelitian di Kecamatan Lamongan mendapati hasil 12% perkembangan emosional anak prasekolah perlu dirujuk.<sup>7</sup> Penelitian yang dilakukan Subagya<sup>8</sup> melaporkan bahwa 32,3% anak mudah takut, 64,5% anak mudah kecewa, dan 64,5% anak sulit mengendalikan amarah. Penelitian di Portugal juga menunjukkan skor masalah internalisasi anak prasekolah yang tinggi yaitu dengan rata-rata sebesar 5,89 dengan standar deviasi 4,61 pada perempuan dan rata-rata 7,49 dengan standar deviasi 5,87 pada laki-laki.<sup>3</sup> Dampak dari masalah emosional yang tidak ditangani akan memberikan dampak terhadap perkembangan anak, terutama terhadap perkembangan karakter yang bisa berakibat pada gangguan mental emosional berupa perilaku berisiko tinggi.<sup>5</sup>

Aspek lain dalam perilaku psikososial adalah hubungan sosial. Hubungan sosial berkaitan dengan masalah eksternalisasi yaitu bagaimana anak bereaksi atas orang lain atau stresor sebagai bentuk agresi.<sup>3</sup> Penarikan diri pada anak usia dini akan berhubungan dengan gangguan sosial (*social impairment*) pada masa remaja dan menjadi prediktor terjadinya depresi pada masa dewasa awal.<sup>9</sup> Penelitian di Yogyakarta menyebutkan sebanyak 12,9% anak dilaporkan sulit bermain dengan anak lain,<sup>8</sup> anak menyendiri (10%), dan 1,1% dilaporkan berkelahi dengan anak lain.<sup>6</sup> Masalah perkembangan sosial pada anak prasekolah juga ditemukan di

Iran di mana 46,5% anak saling mengganggu, 42,3% membantah, dan 41,1% berlaku kasar.<sup>10</sup>

Kemampuan anak mengelola emosi dan perilaku dipengaruhi oleh interaksi ibu dan anak.<sup>11</sup> Anak yang dekat dengan orang tuanya sejak kecil akan lebih mampu mengolah emosi dan bersosialisasi.<sup>12</sup> Hubungan kedekatan orang tua anak yang kurang akan berisiko mengalami gangguan perilaku pada anak.<sup>13</sup> Kedekatan ibu dan anak didefinisikan sebagai interaksi yang terjalin antara ibu dan anak dengan melakukan kegiatan berkualitas bersama anak untuk menciptakan perkembangan anak yang lebih baik.<sup>14</sup>

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rahmawati & Latifah<sup>15</sup> menyebutkan bahwa 4,1% ibu masih memiliki tingkat kedekatan yang rendah dan 9% ibu memiliki hubungan konflik yang tinggi. Penelitian lain pada anak prasekolah di Makassar menyebutkan 5,5% ibu masih memiliki tingkat kedekatan rendah.<sup>16</sup> Sebanyak 3,3% ibu merasa kurang bisa melakukan komunikasi terbuka dengan anak.<sup>6</sup> Seorang anak lebih dekat dengan ibu di mana kedekatan dengan ayah hanya sekitar 9,7% sedangkan dengan ibu sekitar 37,9%.<sup>17</sup> Alasannya karena anak merasakan kenyamanan emosional yang kuat apabila berdekatan dengan ibunya.<sup>18</sup> Belum ada penelitian yang menghubungkan kedekatan ibu dan anak usia prasekolah dengan perilaku psikososial anak usia prasekolah. Berdasarkan uraian di atas peneliti ingin meneliti penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kedekatan ibu dan anak dengan perilaku psikososial anak usia prasekolah.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian adalah *cross sectional*. Populasi penelitian yaitu ibu dan anak prasekolah (3-6 tahun) yang tinggal di Kecamatan Depok Kabupaten Sleman Yogyakarta diambil menggunakan teknik *consecutive sampling*. Sebanyak 118 responden diambil dari empat TK di Kecamatan Depok Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Kriteria inklusi ibu penelitian ini adalah yang memiliki anak usia prasekolah, mampu membaca dan menulis, dapat mengakses internet, tinggal bersama anak usia prasekolah dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusinya adalah ibu dengan anak berkebutuhan khusus atau disabilitas. Kriteria inklusi anak yaitu anak prasekolah yang berusia 3-6 tahun dengan kriteria eksklusi anak berkebutuhan khusus/ disabilitas. Berdasarkan kriteria inklusi tersebut didapatkan 118 responden yang memenuhi kriteria dan datanya dilakukan analisis.

Instrumen *Child Parents Relationship Scale* (CPRS) untuk mengukur kedekatan ibu dan anak. Instrumen ini terdiri atas 15 *item* dengan 2 *sub*-skala: konflik/*conflict* (*item* pertanyaan 2, 4, 8, 10, 11, 12, 13, dan 14) dan hangat/*closeness* (*item* pertanyaan: 1, 3, 5, 6, 7, 9, dan 15). Tersedia 5 pilihan jawaban pada setiap *item* pertanyaan: 1 (sama sekali tidak melakukan), 2 (tidak sungguh-sungguh melakukan), 3 (netral/tidak yakin melakukan), 4 (sedikit melakukan), 5 (pasti melakukan). Semua bersifat *favourable* dalam penilaian. Interpretasi berdasarkan *sub*-skala dengan menjumlahkan masing-masing *item* pertanyaan pada *sub*-skala (konflik dan

hangat). Nilai yang tinggi pada *sub*-skala konflik menunjukkan hubungan kedekatan antara ibu dan anak cenderung negatif. Nilai yang tinggi pada *sub*-skala hangat menunjukkan kedekatan ibu dan anak yang cenderung baik.<sup>19</sup> Instrumen sudah teruji reliabilitas dan validitas di penelitian sebelumnya. Hasil uji validitasnya dimensi hangat 0,475 – 0,814 sedangkan untuk dimensi konflik 0,319-0,669. Uji reliabilitas dimensi konflik  $\alpha = 0,619$  dimensi hangat  $\alpha = 0,752$ .<sup>6</sup>

Instrumen kedua adalah *Preschool Pediatric Symptom Checklist* (PPSC) terdiri dari 18 *item* dengan empat dimensi yaitu masalah internalisasi, masalah eksternalisasi, masalah perhatian dan *parenting challenges* (tantangan bagi orang tua). Instrumen menggunakan skala *likert* dengan tiga pilihan jawaban yaitu tidak benar (skor 0), agak benar (skor 1) dan benar (skor 2).<sup>20</sup> Instrumen telah diuji reliabilitas dan validitas oleh penelitian sebelumnya. Hasil uji reliabilitas  $\alpha = 0,830-0,825$ , sedangkan hasil uji validitasnya 0,512-0,850.<sup>8</sup>

Penelitian telah mendapat persetujuan etik (*ethical clearance*) dari Komisi Etik FK-KMK UGM nomor KE/FK/1229/EC/2021. Semua responden menandatangani *informed consent* setelah diberikan penjelasan.

Analisis *univariat* dilakukan dengan statistik deskriptif untuk mengetahui gambaran kedekatan ibu dan anak, perilaku psikososial anak usia prasekolah, dan karakteristik demografi. Parameter disajikan dalam *mean* dan standar deviasi untuk data numerik, sementara untuk data kategorikal menggunakan persentase. Analisis *bivariat* menggunakan uji korelasi *Spearman* untuk mengetahui hubungan antara kedekatan anak dengan perilaku psikososial anak prasekolah.

## HASIL

Karakteristik responden disajikan pada Tabel 1. Rata-rata usia anak usia prasekolah dalam penelitian ini adalah 67,7 bulan dengan sebagian besar anak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 64 anak (54,23%). Sebanyak 69 ibu (58,47%) berpendidikan tinggi yaitu pada tingkat diploma, sarjana, maupun paska sarjana. Sebagian besar ibu (93,22%) berada dalam rentang usia 19 – 44 tahun. Sebanyak 51,69% ibu bekerja dan sebanyak 57,62% keluarga memiliki penghasilan di bawah Upah Minimum Regional (UMR) Yogyakarta.

Tabel 1. Gambaran karakteristik responden (n=118)

Responden	Karakteristik	f	%	Mean ± SD
Anak	Usia			67,7±5,47
	Jenis kelamin	Laki-laki	54	45,76
		Perempuan	64	54,23
Ibu	Usia	19 – 44 tahun	110	93,22
		45 – 59 tahun	8	6,77
	Pendidikan	Dasar (SD – SMP)	6	5,1
		Menengah (SMA/ sederajat)	43	36,4
		Tinggi	69	58,5
	Pekerjaan	Bekerja	57	48,3
		Tidak bekerja	61	51,7
	Pendapatan keluarga	≤ Rp.2.100.000	27	22,9
		≥ Rp.2.100.000	91	77,1



Gambaran perilaku psikososial yang diukur dengan instrumen *Preschool Pediatric Symptom Checklist* (PPSC) disajikan dalam Tabel 2. Dari Tabel 2 didapatkan hasil bahwa meskipun mayoritas anak dalam kategori normal, namun terdapat 22% anak yang berisiko mengalami masalah psikososial.

**Tabel 2. Gambaran perilaku psikososial anak prasekolah (n = 118)**

Perilaku psikososial anak	f(%)
Normal (skor < 9)	92 (78%)
Berisiko mengalami (skor ≥ 9)	26 (22%)

Sementara gambaran perilaku psikososial anak pra sekolah secara detail per pertanyaan ditampilkan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Gambaran Perilaku Psikososial Anak Prasekolah (n = 118)**

Dimensi	Item Pertanyaan	Tidak benar	Agak benar	Benar
		%	%	%
<b>Internalisasi</b>	Anak mudah gugup dan takut	57,6	37,3	5,1
	Anak tampak sedih dan tidak bahagia	83,1	13,6	3,4
	Anak kecewa jika sesuatu tidak sesuai keinginannya	11,9	65,3	22,9
	Anak sulit menerima perubahan	63,6	34,7	1,7
	Anak mengalami kesulitan bermain dengan anak-anak lain	92,4	6,8	0,8
	Anak sulit ditenangkan	79,7	19,5	0,8
	Anak sulit mengendalikan marah	69,5	28,0	2,5
<b>Eksternalisasi</b>	Anak merusak benda-benda dengan sengaja	86,4	13,6	0,0
	Anak berkelahi dengan anak- anak lain	89,0	9,3	1,7
	Anak agresif seperti mengejek, meneriaki, merebut permainan, memukul temannya atau mengamuk	57,6	37,3	5,1
<b>Masalah perhatian</b>	Anak mudah teralih perhatiannya	37,3	55,1	7,6
	Anak cepat bosan pada satu kegiatan	26,3	60,2	13,6
	Anak gelisah atau tidak bisa duduk diam	71,2	25,4	3,4
<b>Tantangan orang tua</b>	Sulit untuk membawa anak di tempat umum	93,2	6,8	0,0
	Sulit untuk menghibur anak	91,5	8,5	0,0
	Sulit untuk mengetahui apa yang dibutuhkan/ diinginkan anak	89,8	10,2	0,0
	Sulit untuk menjaga anak sesuai jadwal atau rutinitas	79,7	18,6	1,7
	Sulit untuk menyuruh anak menuruti ibu	69,5	29,7	0,8

Pada dimensi internalisasi sebanyak 22,9% ibu melaporkan kekecewaan anak apabila sesuatu tidak berjalan sesuai dengan keinginan mereka. Pada dimensi eksternalisasi, ibu melaporkan bahwa anaknya berperilaku agresif seperti mengejek, meneriaki, merebut permainan, memukul temannya atau mengamuk (5,1%). Tidak ada ibu yang melaporkan bahwa anaknya merusak barang-barang dengan sengaja. Sebanyak 1,7% anaknya berkelahi dengan anak- anak lain. Masalah perhatian didapatkan data bahwa anak cepat bosan pada satu kegiatan (13,6%), mudah teralih perhatiannya (7,6%), memiliki masalah gelisah dan tidak bisa diam (3,4%). Dalam dimensi tantangan orang tua, sebanyak 1,7% ibu merasa sulit menjaga anaknya untuk melakukan kegiatan sesuai jadwal atau rutinitas dan sulit meminta

anak untuk patuh (0,8%). Berdasarkan uraian tersebut, dapat diketahui bahwa gambaran perilaku psikososial pada anak prasekolah di Kabupaten Sleman, DIY sebagian besar mengalami masalah pada dimensi internalisasi dan masalah perhatian.

Gambaran kedekatan ibu dan anak disajikan dalam Tabel 4. Kedekatan ibu dan anak memiliki dalam dua dimensi yaitu hangat dan konflik.

**Tabel 4. Gambaran kedekatan ibu dan anak (n = 118)**

Dimensi	Pernyataan	1	2	3	4	5	Mean ± SD
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Hangat	Hubungan ibu dan anak hangat	5 (4,2)	0 (0,0)	3 (2,5)	3 (2,5)	107 (90,7)	32 ± 5,62
	Anak mendatangi ibu jika resah	8 (6,8)	1 (0,8)	5 (3,4)	22 (18,6)	83 (70,3)	
	Anak menghargai hubungannya dengan ibu	3 (2,5)	2 (1,7)	3 (2,5)	9 (7,6)	101 (85,6)	
	Saat dipuji, anak tampak bangga.	4 (3,4)	2 (1,7)	2 (1,7)	10 (8,5)	100 (84,5)	
	Berbagi informasi dengan spontan	4 (3,4)	2 (1,7)	3 (2,5)	18 (15,3)	91 (77,1)	
	Ibu mudah menempatkan diri sesuai perasaan anak	3 (2,5)	3 (2,5)	14 (11,9)	27 (22,9)	71 (60,2)	
	Anak terbuka berbagi perasaan dan pengalaman	6 (5,1)	3 (2,5)	1 (0,8)	17 (14,4)	91 (77,1)	
Konflik	Ibu dan anak tidak akur satu sama lain	73 (61,9)	17 (14,4)	4 (3,4)	22 (18,6)	2 (1,7)	17 ± 6,41
	Anak tidak nyaman dengan kasih sayang fisik atau sentuhan ibu	85 (72)	6 (5,1)	6 (5,1)	5 (4,2)	16 (13,6)	
	Anak mudah marah kepada ibu	51 (43,2)	25 (21,2)	18 (15,3)	24 (20,3)	0 (0,0)	
	Anak marah diberi tindakan disiplin	53 (44,9)	26 (22,0)	13 (11,0)	24 (20,3)	2 (1,7)	
	Urusan dengan anak menguras energi ibu	57 (48,3)	14 (11,9)	23 (19,5)	17 (14,4)	7 (5,9)	

Keterangan: 1= sama sekali tidak melakukan, 2= tidak sungguh-sungguh melakukan, 3= netral/tidak yakin melakukan, 4= sedikit melakukan, 5= pasti melakukan

Dimensi hangat memiliki nilai rata-rata 32 dan standar deviasi 5,62 dari rentang skor 7-35. Hal ini menandakan bahwa nilai kedekatan ibu dan anak dimensi sangat baik. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa 90,7% ibu melaporkan bahwa mereka merasa memiliki hubungan hangat dengan anaknya. Sebanyak 85,6% anak menghargai hubungannya dengan ibu. Berdasarkan laporan ibu, sebanyak 84,5% anak merasa bangga saat dipuji. Dimensi konflik memiliki nilai rata-rata 17 dengan standar deviasi 6,41 dari rentang skor 8-40. Hal ini menandakan konflik pada responden cukup rendah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 20,3% anak mudah marah kepada ibu menurut laporan dari ibu. Sebanyak 22,03% anak marah atau menentang setelah diberi perilaku disiplin. Dari laporan ibu juga menyebutkan bahwa 20,3% ibu merasa terkuras energinya saat berurusan dengan anak.

Hubungan kedekatan ibu dan anak (CPRS) dengan perilaku psikososial anak (PPSC) disajikan dalam Tabel 5. Hasil uji korelasi *Spearman* menunjukkan total perilaku psikososial

berkorelasi negatif dengan kedekatan ibu dan anak pada dimensi hangat ( $r = -0,190$ ;  $p = 0,039$ ). Semakin tinggi hubungan hangat, makin rendah skor total masalah perilaku psikososial anak. Korelasi positif ditunjukkan pada dimensi hubungan konflik ( $r = 0,410$ ;  $p = 0,000$ ) artinya semakin tinggi hubungan konflik dalam kedekatan ibu dan anak, semakin tinggi pula skor masalah perilaku psikososial pada anak.

**Tabel 5. Hubungan kedekatan ibu dan anak (CPRS) dengan perilaku psikososial anak (PPSC)**

Variabel	Perilaku Psikososial		
	r	p	
Kedekatan Ibu dan anak	Hangat	-0,190	0,039*
	Konflik	0,410	0,000*

Keterangan: \*) Signifikan  $p < 0,05$

## Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat sekitar 22,9% anak yang menunjukkan risiko memiliki masalah psikososial. Masalah internalisasi anak ditunjukkan dengan 22,9% anak kecewa apabila sesuatu tidak sesuai keinginannya, dan 5,1% anak merasa mudah gugup dan takut. Perasaan kecewa merupakan respons afektif yang paling banyak muncul ketika kenyataan yang terjadi tidak sesuai dengan harapan.<sup>21</sup> Takut adalah respons adanya suatu ancaman dari luar yang asalnya diketahui secara jelas atau tidak jelas dan bersifat konflik.<sup>22</sup> Faktor genetik (riwayat temperamen ketika bayi) dan faktor lingkungan (keluarga seperti pola asuh dan lingkungan sekolah) dapat menyebabkan adanya perasaan kecewa, sedih, marah dan takut pada anak prasekolah.<sup>23</sup>

Hasil penelitian ini lebih rendah apabila dibanding dengan penelitian di Kabupaten Gunung Kidul, Yogyakarta. Sebanyak 64,5% anak mudah kecewa, dan 32,3% mudah gugup dan takut.<sup>8</sup> Penelitian pada 183 anak prasekolah memiliki masalah internalisasi relatif tinggi dengan rata-rata total 5,49 dan standar deviasi 5,83.<sup>24</sup>

Dimensi masalah perhatian menunjukkan 13,6% anak merasa cepat bosan, 7,6% mudah teralih perhatiannya, dan 3,4% merasa gelisah. Hasil penelitian ini cenderung rendah dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa 45,2% orang tua melaporkan bahwa anak mengalami cepat bosan, 54,8% mudah teralih perhatiannya, dan 67,7% merasa gelisah dan sulit diam.<sup>8</sup> Rendahnya hasil penelitian dikaitkan dengan rendahnya masalah internalisasi atau emosional yang dialami oleh anak. Emosi memberikan pengaruh pada kognitif salah satunya pada perhatian seorang individu.<sup>25</sup>

Ada beberapa faktor pada anak yang memicu terjadinya *inattention* diantaranya faktor genetik, prematuritas dan riwayat BBLR (faktor perinatal), dan pola asuh yang otoriter.<sup>26-28</sup> Masalah perilaku psikososial yang jarang dialami oleh anak adalah dimensi masalah eksternalisasi. Sebanyak (5,1%) anak dilaporkan bertindak agresif seperti mengejek, meneriaki, merebut mainan, memukul temannya, atau mengamuk, dan (1,7%) anak berkelahi dengan anak lain. Agresif didefinisikan sebagai respons dari emosi yang tak terkendali

berakibat pada munculnya perilaku yang merusak, melukai, maupun menyerang secara fisik maupun psikis.<sup>8</sup> Anak prasekolah yang menerima hukuman fisik dari orang tua, relatif memiliki perilaku agresif lebih tinggi yang dimanifestasikan dengan berteriak, membantah, dan merusak benda atau mainan.<sup>29</sup> Kedekatan antara ibu dan anak yang baik menjadi alasan rendahnya perilaku agresif pada anak pada penelitian ini. Kontrol dan komunikasi orang tua yang baik akan menekan perilaku agresif pada anak.<sup>30</sup> Penelitian ini didukung oleh penelitian di Gunung Kidul, Yogyakarta. Sebanyak 9,7% anak merusak benda dengan sengaja, 19,4% anak bertindak agresif dengan mengejek, meneriaki, merebut permainan, mengamuk, atau memukul temannya.<sup>8</sup>

Penelitian lain di Brazil, Amerika Selatan dengan CBCL menyebutkan masalah eksternalisasi memiliki persentase paling rendah.<sup>31</sup> Pada dimensi *parenting challenges* ditemukan 1,7% di mana anak sulit untuk mengikuti jadwal. Orang tua yang tidak konsisten terhadap peraturan yang dibuat, kurangnya perhatian orang tua, dan kurangnya penghargaan pada anak menjadi alasan ketidakpatuhan anak.<sup>32</sup> Rendahnya angka ketidakpatuhan anak mungkin disebabkan lebih dari separuh ibu tidak bekerja sehingga waktu interaksi dan perhatian yang diberikan cukup kepada anak.

Kedekatan ibu dan anak digambarkan dalam dua dimensi, yaitu dimensi kehangatan (*closeness*) dan dimensi konflik (*conflict*). Dimensi *closeness* menilai kedekatan ibu dan anak dari sisi *warmth* (kehangatan), afeksi, dan komunikasi yang terbuka. Dimensi *conflict* menilai kedekatan ibu dan anak melalui sisi negatif. Pada dimensi hangat (*closeness*) sebanyak 60,2% ibu mengaku mudah untuk menempatkan diri sesuai perasaan anak. Hal ini berkaitan dengan aspek *warmth* (kehangatan). Lebih dari separuh ibu bisa memberikan dukungan yang sesuai dengan yang dibutuhkan anak. Tingkat kepekaan ibu terhadap kebutuhan anak dengan melibatkan ketersediaan lingkungan fisik maupun emosional yang baik.<sup>33</sup> Penelitian ini didukung oleh penelitian Asih & Boediman,<sup>34</sup> di mana rata-rata nilai skor kehangatan 40,2 dengan standar deviasi 9,55 yang mengindikasikan bahwa kehangatan ibu dan anak baik. Pada penelitian ini nilai rata-rata dimensi hangat cukup tinggi yaitu 32 dari rentang skor (7-35). Penelitian ini didukung penelitian sebelumnya di mana dimensi hangat memiliki median 34 dengan rentang (7-35).<sup>6</sup> Pada dimensi konflik, 20,3% anak mudah marah kepada ibu. Anak usia dini merasa bahwa marah adalah cara yang tepat untuk mendapat perhatian atau keinginan mereka. Perasaan marah merupakan bentuk dari rasa frustrasi yang dialami disebabkan oleh perasaan kecewa atau tidak senang yang dialami karena hambatan yang terjadi ketika memenuhi keinginan.<sup>35</sup> Secara keseluruhan median skor total dimensi konflik pada penelitian ini rendah yaitu 17 dengan rentang skor (8-40). Penelitian ini didukung oleh Niswah,<sup>6</sup> di mana skor median dimensi konflik adalah 19 dengan rentang skor (8-40).

Dimensi *closeness* berkorelasi negatif dengan perilaku psikososial anak dengan kekuatan lemah ( $p = 0,039$ ,  $r = -0,190$ ). Artinya apabila kedekatan ibu dan anak cenderung pada kehangatan maka risiko masalah perilaku psikososial semakin kecil. Belum ada penelitian yang

mengkaji terkait kedua korelasi tersebut namun ada penelitian yang menghubungkan kedekatan ibu dan anak dengan emosional dan hubungan sosial anak yang merupakan komponen dari perilaku psikososial. Penelitian lain menyebutkan kedekatan ibu dan anak dimensi *closeness* berkorelasi positif ( $r = 0,603$ ) dengan perkembangan emosional.<sup>7</sup> Hal ini disebabkan karena anak yang dekat dengan orangtua cenderung lebih kompeten dalam mengelola emosi dan melakukan sosialisasi.<sup>12</sup> Anak mempelajari berbagai reaksi yang ditunjukkan orang tua. Dukungan orang tua dalam memperkenalkan atau melakukan sosialisasi emosi pada anak berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan anak dalam mengatur emosi negatif sehingga mampu beradaptasi dengan lebih baik.<sup>36</sup>

Dimensi konflik (*conflict*) berhubungan positif dengan risiko masalah perilaku psikososial anak dengan kekuatan sedang ( $p = 0,000$ ;  $r = 0,410$ ). Semakin tinggi konflik yang dialami ibu dan anak maka semakin tinggi pula risiko masalah psikososial yang akan dialami anak. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara dimensi konflik orang tua dan anak dengan perkembangan emosional anak  $r = -0,683$ .<sup>7</sup> Anak yang tidak dekat dengan orang tuanya, bahkan mengalami konflik akan kesulitan dalam bersosialisasi dan mengelola emosi.<sup>12</sup> Anak mempelajari emosi yang dapat diterima dan tidak diterima oleh lingkungan sosial berdasarkan reaksi orang tua. Respons orang tua terhadap emosi negatif anak yang relatif tidak mendukung secara terus menerus akan membuat anak cenderung menunjukkan ekspresi emosi negatif dan mengembangkan regulasi emosi negatif.<sup>37,38</sup>

Hambatan penelitian ini adalah waktu pengisian kuesioner yang cukup lama yaitu lebih dari 30 menit. Hal ini disebabkan kedua kuesioner diisi dalam satu kali waktu dan merupakan gabungan dari kuesioner penelitian lain (penelitian payung). Keterbatasan penelitian ini adalah tidak adanya pendampingan secara langsung dari peneliti dalam pengisian kuesioner berbentuk Google Form sehingga besar terjadi bias.

## SIMPULAN

Sebagian besar perilaku psikososial anak usia prasekolah normal. Sebagian besar ibu memiliki hubungan kedekatan dengan anak yang cenderung hangat. Terdapat hubungan yang signifikan antara kedekatan ibu dan anak pada dimensi hangat (*closeness*) pada perilaku psikososial anak. Terdapat hubungan signifikan pula antara kedekatan ibu dan anak yang cenderung negatif (konflik) dengan perilaku psikososial anak.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh responden yang terlibat. Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada TK Budi Mulia 1 Condong catur, TK ABA Pringwulung Condong catur, TK ABA Perumnas Condong catur, TK Kartika III -38 Depok Condong catur, Sleman Yogyakarta yang telah banyak memberikan arahan dan bantuan selama pengambilan data.

## DAFTAR PUSTAKA

1. DeLaune SC, Ladner. *Nursing Fundamentals: Australia & New Zealand 2nd Edition*; Cengage: Australia; 2011.
2. Poulou MS. Emotional and Behavioural Difficulties in Preschool. *J Child Fam Stud*. 2015; 24(2): 225–36. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9828-9>.
3. Monteiro R, Rocha NB, Fernandes S. Are Emotional and Behavioral Problems of Infants and Children Aged Younger Than 7 Years Related to Screen Time Exposure During The Coronavirus Disease 2019 Confinement? An Exploratory Study in Portugal. *Front Psychol*. 2021; 12(2): 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.590279>.
4. Herndon KJ, Bailey CS, Shewark EA, Denham SA, Bassett HH. Preschoolers' emotion expression and regulation: Relations with school adjustment. *J Genet Psychol*. 2013;174(6):642–63. <https://doi.org/10.1080/00221325.2012.759525>.
5. Farida LN, Naviati E, Keperawatan J, Kedokteran F, Diponegoro U. Mental Emosional Pada Anak Usia Prasekolah. 2013;222–8. <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/267>.
6. Niswah K. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Anak Prasekolah di Kecamatan Saptosari Kabupaten Gunung Kidul Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2018.
7. Sholikha J, Irwanto I, Fardana N NA. Kualitas Interaksi Orang Tua Dan Anak Terhadap Perkembangan Emosional Anak. *Indones Midwifery Heal Sci J*. 2021; 3(3): 243–8. <http://e-journal.unair.ac.id/index.php/IMHSJ%0AKUALITAS>.
8. Subagya AN, Hartini S, Nurjannah I. Effect of Foot Reflexology on behavioral and Emotional Problems in Preschool. *3rd Int Jt Congr Nurs Sci*. 2019;31(S3):471–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.048>.
9. de Moor EL, Denollet J, Laceulle OM. Social inhibition, sense of belonging and vulnerability to internalizing problems. *J Affect Disord [Internet]*. 2018; 225(June 2017): 207–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.034>.
10. Subagya AN. Pengaruh Pijat Refleksi Kaki terhadap Perilaku Anak Prasekolah [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2019.
11. Lincoln CR, Russell BS, Donohue EB, Racine LE. Mother-Child Interactions and Preschoolers' Emotion Regulation Outcomes: Nurturing Autonomous Emotion Regulation. *J Child Fam Stud*. 2017; 26(2): 559–73. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0561-z>.
12. Hong YR, Park JS. Impact of Attachment, Temperament and Parenting on Human Development. 2012; 55(12): 449–54. <https://doi.org/10.3345/kjp.2012.55.12.449>.
13. Kochanska G, Kim S. Difficult Temperament Moderates Links between Maternal Responsiveness and Children's Compliance and Behavior Problems in Low-Income Families Grazyna. *Child Psychol Psychiatry*. 2013; 54(3): 323–32. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12002>.
14. Halu SAN, Murti B, Tamtomo D. Effect of Prematurity , Birthweight , Maternal Stress , Socio-economic Status, and Mother-Child Intimacy on the Development of Preschool Children in Surakarta. 2017; 187–99. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2017.02.03.0>.
15. Rahmawati M, Latifah M. Gadget Usage, Mother-Child Interaction, and Social-Emotional Development among Preschool Children. *J Ilmu Kel dan Konsum*. 2020; 13(1): 75–86. <http://dx.doi.org/10.24156/jikk.2020.13.1.75>.
16. Bungawali AN, Retnowati S. Kelekatan Sebagai Mediator Antara Konflik Peran yang Dialami oleh Ibu Bekerja dan Regulasi Emosi Anak Usia Prasekolah di Makassar [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2022.
17. Prabowo RDB, Aswanti M. Hubungan Attachment Ibu-Anak dan Ayah-Anak Dengan Kemandirian Pada Remaja Akhir [Skripsi]. Jakarta: Universitas Indonesia; 2014.
18. Purnama RA, Wahyuni S. Kelekatan (Attachment) pada Ibu dan Ayah Dengan Kompetensi Sosial pada Remaja. *J Psikol*. 2017; 13(1): 30-40. <http://dx.doi.org/10.24014/jp.v13i1.2762>.
19. Driscoll, K, & Pianta R. Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood - ProQuest. *J Early Child Infant Psychol*. 2011; 7: 1–24. <http://search.proquest.com.qe2a-proxy.mun.ca/docview/1461360050?accountid=12378>.
20. Sheldrick RC, Henson BS, Merchant S, Neger EN, Murphy JM, Perrin EC. The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): Development and Initial Validation of A New Social/Emotional Screening Instrument. *Acad Pediatr*. 2012; 12(5): 456–67. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.06.008>.
21. Feoh FT. Studi Fenomenologi : Stress Narapidana Perempuan. *Nurs Updat*. 2020; 11(3): 7–16. <https://doi.org/10.36089/nu.v11i3.214>.
22. Tobing CPR, Wulandari ISM. Tingkat Kecemasan Bagi Lansia yang Memiliki Penyakit Penyerta di Tengah Situasi Pandemi Covid-19 Di Kecamatan Parongpong, Bandung Barat. *Coping Community Publ Nurs*. 2021;9(2):135. <https://jurnal.harianregional.com/coping/full-71693>.
23. Clifford S, Lemery-Chalfant K, Goldsmith HH. The Unique and Shared Genetic and Environmental Contributions to Fear, Anger, and Sadness in Childhood. *Physiol Behav*. 2015; 176(1): 139–48. <https://doi.org/10.1111/cdev.12394>.
24. Burlaka V, Bermann EA, Graham-Bermann SA. Internalizing Problems in At-risk Preschoolers: Associations with Child and Mother Risk Factors. *J Child Fam Stud*. 2015; 24(9): 2653–60. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-014-0067-5>.
25. Tyng CM, Amin HU, Saad MNM, Malik AS. The Influences of Emotion on Learning and Memory. 2017; 8: 1-22. <https://doi.org/10.3389%2Fpsyg.2017.01454>.
26. Cristina M, Veloz T, Luisa R, Marino DF, Renato L, Carreiro R. Associations between Inadequate Parenting Practices and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

- 2015:1-6. <https://doi.org/10.1155/2015/683062>.
27. Faraone S V. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. 2019; 24(4): 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>.
  28. Lundervold AJ, Tormod B, Lundervold A. Inattention in primary school is not good for your future school achievement—A pattern classification study. 2017; 12(11): 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188310>.
  29. Thompson R, Kaczor K, Lorenz DJ, Bennett BL, Meyers G, Pierce MC, et al. Is the use of physical discipline associated with aggressive behaviors in young children? HHS Public Access. 2018; 17(1): 34–44. <https://doi.org/10.1016%2Fj.acap.2016.02.014>.
  30. Suurland J, Van der Heijden KB, Huijbregts SC, Smaling HJA, De Sonnaville LMJ, Van Goozen SHM, et al. Parental perceptions of aggressive behavior in preschoolers: inhibitory control moderates the association with negative emotionality. *Child Dev* 87. 2016; 87(1): 256–69. <https://doi.org/10.1111/cdev.12455>.
  31. Santos M, Queiro FC, Barreto L, Santos DN. Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. 2016; 46–52. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/19210/3/Art%20Per%20Nac.%20Darci%20Santos.%202015.pdf.txt>.
  32. Leijten P, Gardner F, Knerr W, Overbeek G. Parenting behaviors that shape child compliance: A multilevel meta-analysis. *PLoS One*. 2018; 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204929>.
  33. Girard LC, Doyle O, Tremblay RE. Maternal warmth and toddler development: support for transactional models in disadvantaged families. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(4): 497–507. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0913-7>.
  34. Laras Asih N, Mawarsari Boediman L. Peran Kehangatan Ibu sebagai Moderator Sosialisasi Emosi dan Regulasi Emosi Anak Usia Prasekolah. 2021; 14(1): 21–41. <https://journal.untar.ac.id/index.php/provitae/article/view/11424/7141>.
  35. Ernadewita, Maiseptian F, Vianis E. Perkembangan Kecerdasan Emosional Anak usia prasekolah. *AL-MAHYRA (Jurnal Penelit Dan Pengemb Keilmuan)*. 2020; 1(1): 1–6. <https://ejournal.stai-br.ac.id/index.php/al-mahyra/article/view/29>.
  36. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL. Parental Socialization of Emotion. *Psychol Inq*. 1998; 9(4): 241-273. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1).
  37. Cheng F, Wang Y, Zhao J, Wu X. Mothers' negative emotional expression and preschoolers' negative emotional regulation strategies in Beijing, China: The moderating effect of maternal educational attainment. *Child Abuse Negl*. 2018; 84: 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.018>.
  38. Scott P. Mirabile, Parents' inconsistent emotion socialization and children's socioemotional adjustment, *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2014; 35(5): 392-400. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2014.06.003>.



## Pengelolaan Pasien Stroke Hemoragik dengan Aritmia di Instalasi Gawat Darurat: Studi Kasus

### *Management of Hemorrhagic Stroke Patient with Arrhythmia in The Emergency Department: Case Study*

Vaniya Safira<sup>1\*</sup>, Hersinta Retno Martani<sup>2</sup>, Setyawan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan,  
Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan  
Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup>Instalasi Gawat Darurat, Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada

**Submitted:** 26 Juni 2024

**Revised:** 04 Oktober 2024

**Accepted:** 19 November 2024

#### ABSTRACT

**Background:** A patient with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage (sICH) has a high risk of experiencing arrhythmia and can cause cardiac arrest.

**Objective:** To determine the nursing problem, management, and nursing role of sICH patient with arrhythmia in the Emergency Department.

**Case report:** A 54-year-old woman came to the ER with GCS E1V2M5, blood pressure 162/106 mmHg, HR 62 times/minute regularly, SpO<sub>2</sub> 98%, RR 22 times/minute, and a history of sudden loss of consciousness, seizures and vomiting. The previous complaint of headache was denied. Positive Babinski reflex and lateralization to the right were found. After 2 hours of treatment in the ER, the patient experienced arrhythmia and cardiac arrest. CPR was performed for 3 cycles then ROSC with blood pressure of 54/30 mmHg.

**Outcome:** The main nursing problem is a risk of ineffective cerebral tissue perfusion and decreased cardiac output. Acute management of sICH in the ER includes hemostasis management, ICP management, and monitoring. When a patient has cardiac arrest with an asystole rhythm, treatment is carried out according to AHA guidelines, then ROSC with a BP of 54/30 mmHg. Management of hypotension is directly carried out by administering vasopressors regarding the sICH experienced by the patient. Nursing interventions are carried out include management of sICH, management of asystole, and management of post-ROSC hypotension.

**Conclusion:** The acute management of sICH, cardiac arrest, and post ROSC in the ER had been carried out according to the existing algorithm by the nurses as per their roles. At the end of the intervention, the patient had experienced a decrease in consciousness to coma with GCS E1V1M1, BP 133/93 mmHg, MAP 106 mmHg, SpO<sub>2</sub> 100% with ventilator mode PSIMV PC 14 I: E 1: 2 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 90 RR 14. This could be caused by complications experienced by the patient in the form of cardiac arrest which was supported by a history of hypertension.

**Keywords:** Arrhythmia; Emergency Department; management; nursing intervention; stroke.

#### INTISARI

**Latar belakang:** Pasien dengan kondisi *Spontaneous Intracerebral Haemorrhage* (sICH) memiliki risiko tinggi untuk mengalami aritmia dan dapat menyebabkan *cardiac arrest*.

**Tujuan:** Mengetahui masalah keperawatan, penatalaksanaan, dan peran perawat dalam pengelolaan pasien stroke hemoragik dengan aritmia, di Instalasi Gawat Darurat RSA UGM, Yogyakarta.

**Laporan kasus:** Seorang wanita usia 54 tahun datang ke IGD dengan GCS E1V2M5, tekanan darah 162/106 mmHg, HR 62 kali/menit reguler, SpO<sub>2</sub> 98%, RR 22 kali/menit, serta riwayat penurunan kesadaran mendadak, kejang, dan muntah. Keluhan nyeri kepala sebelumnya disangkal. Ditemukan refleksi Babinski positif dan *lateralisasi* ke kanan. Setelah 2 jam perawatan di IGD, pasien lalu mengalami aritmia dan *cardiac arrest*. Dilakukan RJP 3 siklus, kemudian ROSC dengan tekanan darah 54/30 mmHg.



**Hasil:** Masalah keperawatan utama, yaitu risiko tidak efektifnya perfusi jaringan otak dan penurunan curah jantung. Penatalaksanaan akut sICH di IGD yang dilakukan berupa manajemen hemostasis, manajemen ICP, dan monitoring. Saat pasien mengalami *cardiac arrest* dengan irama *asystole*, dilakukan tata laksana sesuai panduan AHA, lalu ROSC dengan TD 54/30 mmHg. Manajemen hipotensi langsung dilakukan dengan pemberian *vasopressor* berkenaan dengan sICH yang dialami pasien. Intervensi keperawatan yang dilakukan di antaranya manajemen sICH, manajemen *asystole*, dan manajemen hipotensi post ROSC.

**Simpulan:** Tata laksana akut sICH, *cardiac arrest*, dan post ROSC di IGD sudah dilakukan sesuai dengan algoritma yang ada dan perawat telah melaksanakan intervensi sesuai dengan perannya. Di akhir intervensi, pasien mengalami penurunan kesadaran menjadi koma dengan GCS E1V1M1, TD 133/93 mmHg, MAP 106 mmHg, SpO<sub>2</sub> 100% dengan ventilator mode PSIMV PC 14 I:E 1:2 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 90 RR 14. Hal tersebut dapat disebabkan karena komplikasi yang dialami pasien berupa *cardiac arrest* dan riwayat hipertensi yang dialami pasien.

**Kata kunci:** Aritmia; IGD; pengelolaan; intervensi keperawatan; *stroke*.

## PENDAHULUAN

*Stroke* merupakan defisit neurologis *fokal* yang bersifat akut akibat cedera vaskular (infark, perdarahan) pada sistem saraf pusat.<sup>1</sup> Data dari World Stroke Organization (WSO) menunjukkan bahwa terdapat 13,7 juta kasus *stroke* baru, setiap tahunnya dengan 5,5 juta kematian.<sup>2</sup>

*Spontaneous Intracerebral Haemorrhage* (sICH) merupakan salah satu *sub-tipe* *stroke* yang terdapat hematom di dalam parenkim otak dengan atau tanpa perluasan darah ke dalam ventrikel otak. Kondisi sICH ini menyumbang 10-20% dari semua *stroke* akut di seluruh dunia dan merupakan jenis *stroke* yang paling fatal, dengan angka kematian dalam 30 hari mencapai 40%, dan angka kematian dalam satu tahun mencapai 60%.<sup>3</sup> Penatalaksanaan sICH di IGD memiliki tujuan utama untuk meminimalkan risiko perdarahan ulang dan perluasan hematom dalam 24 hingga 72 jam pertama.<sup>4</sup>

Pasien dengan sICH berisiko mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan otak berkenaan dengan perdarahan otak yang dialami. Dalam hal ini, perawat memiliki peran penting dalam manajemen sICH. Peran perawat dalam tata laksana sICH berpusat pada pemantauan kewaspadaan terhadap perburukan kondisi pasien. Pada pasien dengan peningkatan *intracranial pressure* (ICP), pemberian terapi untuk menurunkan ICP perlu dilakukan sesuai ketentuan. Selain itu, pemantauan terhadap pasien yang mendapatkan *support* obat *vasoaktif* dengan titrasi juga harus dilakukan dengan ketat.<sup>5</sup>

Pasien dengan *stroke* akut, sering mengalami perubahan irama jantung meskipun tidak memiliki riwayat atau tanda-tanda penyakit jantung yang mendasarinya. Prevalensi EKG abnormal pada pasien *stroke* akut mencapai 92%. Data dari penelitian prospektif melaporkan bahwa risiko aritmia jantung serius setelah *stroke* akut, paling tinggi terjadi pada 24 jam pertama setelah masuk rumah sakit dan menurun seiring berjalannya waktu selama 3 hari pertama. *Stroke* akut pada area tertentu di otak dapat mengganggu kontrol otonom pusat jantung, memicu aritmia jantung, kelainan EKG, cedera miokard, dan terkadang kematian. *Stroke* akut menyebabkan produksi *katekolamin* berlebih yang berdampak terhadap aktivasi

berlebihan pada reseptor  $\beta$ -adrenergik yang berpengaruh terhadap pembukaan saluran kalsium. Kalsium di intraseluler menjadi berlebih, yang dapat menyebabkan kontraksi otot jantung berkepanjangan, yang dapat menyebabkan kerusakan, bahkan kematian sel otot jantung. Selain itu, kelebihan *katekolamin* dapat mengubah sifat listrik *kardiomyosit* dan dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya aritmia.<sup>6</sup>

Perawat memiliki peran penting dalam penatalaksanaan pasien dengan sICH berkenaan adanya risiko aritmia yang mungkin terjadi. Aritmia dapat menyebabkan komplikasi yang serius pada pasien, bahkan dapat menyebabkan kematian. Monitoring EKG pada pasien sICH dilakukan minimal 24 jam setelah masuk rumah sakit. Pemantauan yang diperpanjang selama 72 jam pertama *stroke* akut, dapat meningkatkan kemungkinan mendeteksi aritmia jika memungkinkan. Aritmia yang sering terjadi pada pasien *stroke* akut, yaitu *atrial fibrillation* diikuti dengan *ventrikular* aritmia.<sup>6</sup> Aritmia tersebut merupakan penyebab utama dari henti jantung.

Penatalaksanaan henti jantung dilakukan berdasarkan algoritma henti jantung sesuai panduan American Heart Association (AHA) tahun 2020. Pasien dengan *cardiac arrest* di rumah sakit memiliki persentase kelangsungan hidup hingga 25%. Meskipun memiliki kemungkinan untuk *return of spontaneous circulation* (ROSC), sebagian besar kematian terjadi dalam 24 jam post *cardiac arrest*.<sup>7</sup> Perawatan post *cardiac arrest* dilakukan dengan rencana sistem menyeluruh dan pengobatan proaktif. Berdasarkan AHA, penatalaksanaan pasien post *cardiac arrest* di antaranya optimalisasi ventilasi dan oksigenasi, pemulihan tekanan darah, hipotermia, dan pengobatan penyakit yang mendasarinya.<sup>8</sup>

Pasien dengan henti jantung mengalami masalah keperawatan berupa penurunan curah jantung. Peran perawat dalam tata laksana henti jantung, yaitu menjadi bagian dari tim resusitasi dan mendokumentasikan proses keperawatan CPR.<sup>9</sup> Selain itu, perawat juga berperan dalam hal penyediaan alat dan obat untuk CPR.<sup>10</sup> Setelah pasien mengalami ROSC, perawat berperan dalam pengaturan hemodinamik pasien dengan intervensi utama yaitu monitoring dan pengelolaan titrasi obat *inotropic*, terutama ketika pasien mengalami hipotensi.<sup>11</sup>

Berdasarkan keterangan di atas, tata laksana pasien *stroke* akut yang mengalami *cardiac arrest* membutuhkan pengelolaan yang kompleks. Oleh karena itu, studi kasus ini dibuat untuk mengetahui masalah keperawatan dan pengelolaan pasien *stroke* akut dengan aritmia di IGD dan kesesuaian dengan algoritma yang ada.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kasus mengenai pengelolaan pasien *stroke* akut yang mengalami aritmia. Subjek penelitian adalah seorang perempuan berusia 54 tahun datang ke IGD RSA UGM diantar keluarganya dengan keluhan tidak sadar sejak 30 menit sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Pagi hari sebelum kejadian, pasien tampak lemah saat beraktivitas, kemudian tiba-tiba terjatuh dan gigi kaku *nggeget*. Pasien lalu mengalami penurunan kesadaran dan sempat muntah. Pasien kemudian dibawa ke IGD RSA. Dalam perjalanan, pasien sempat

membuka mata, tetapi tidak ada kontak mata dan muntah. Pasien dikatakan sempat mengorok dan *mengiler* selama perjalanan. Keluhan nyeri kepala sebelumnya disangkal. Pasien memiliki riwayat hipertensi periksa rutin terprogram dengan Amlodipine 1x10 mg.

Diagnosa medis yang ditegakkan, yaitu *intracerebral haemorrhage* (ICH). Berdasarkan pemeriksaan fisik, tidak terdapat jejas di kepala dan leher, pupil isokor 3 mm/ 3 mm, refleks cahaya (+/+), refleks kornea (+/+), tidak ada tanda anemia dan ikterus. Pada pemeriksaan toraks, bentuk dan gerak simetris, tidak ada ketinggalan gerak, bunyi jantung S1S2 reguler, tidak ada bising dan *murmur*, SDV (+/+), tidak ada *ronkhi* dan *wheezing*. Pada pemeriksaan abdomen, tidak ada distensi abdomen, bising usus normal, tidak ada nyeri tekan, bunyi timpani, dan tidak ada pembesaran hepar. Pada ekstremitas ditemukan adanya refleks Babinski positif dan *lateralisasi* ke kanan. Hasil *primary survey* ditampilkan pada Tabel 1.

**Tabel 1. Hasil *primary survey***

<b>Response</b>	Tingkat kesadaran delirium, GCS E1V2M5, refleks cahaya (+/+).
<b>Airway</b>	Terdapat potensi <i>airway</i> tidak paten karena lidah jatuh ke belakang (pasien mengalami penurunan kesadaran), riwayat mual (+) dan muntah (+).
<b>Breathing</b>	Pernapasan spontan, SpO <sub>2</sub> 98%, pengembangan dada simetris, SDV (+/+), tidak ada <i>ronkhi</i> dan <i>wheezing</i> , RR 22 x/menit
<b>Circulation</b>	CRT tangan < 2 detik, warna kulit normal, nadi teraba kuat, tekanan darah 162/106 mmHg, HR 62 x/ menit reguler.
<b>Disability</b>	Akral hangat, refleks Babinski positif, terdapat <i>lateralisasi</i> ke kanan.
<b>Exposure</b>	Riwayat jatuh mendadak, tidak terdapat jejas di kepala dan leher.

Pasien kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang, meliputi pemeriksaan laboratorium darah lengkap yang datanya tersaji pada Tabel 2.

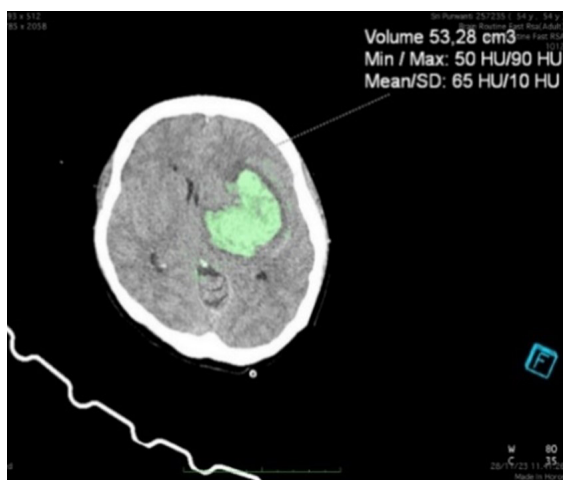
**Tabel 2. Hasil pemeriksaan laboratorium**

Indikator Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
Eritrosit	4,5	3,8 – 5,2	Normal
Hemoglobin	12,7	11,7 – 15,5	Normal
Hematokrit	38,3	35 – 47	Normal
MCV	84,7	80 – 100	Normal
MCH	28,1	26 – 34	Normal
MCHC	33,2	32 – 36	Normal
Leukosit	6,5	3,6 – 11	Normal
Neutrofil Absolut	3,09	1,5 - 5	Normal
Limfosit Absolut	3,05	1.05 – 2,87	Tinggi
Monosit Absolut	0,27	0,22 – 0,63	Normal
Eusinofil Absolut	0,1	0,03 – 0,27	Normal
Basofil Absolut	0,03	0,02 – 0,07	Normal
NLR	1,01	< 3,13	Normal
RDW (CV)	12	11,5 – 14,5	Normal
Trombosit	317	150 – 450	Normal
Ureum	28,9	10,7 – 42,8	Normal
Kreatinin	0,46	0,5 – 1,1	Rendah
Na	136	135 - 145	Normal
K	3,4	3,5 – 5,1	Rendah
Cl	103	95 - 115	Normal
Glukosa sewaktu	130	60 – 199	Normal
PPT kontrol	14,4		
PPT pasien	13,2	11,6 – 14,5	Normal
INR	0,9	0,7 – 1,2	Normal
APPT kontrol	30,6		
APPT pasien	28,6	28,6 – 42,2	Normal

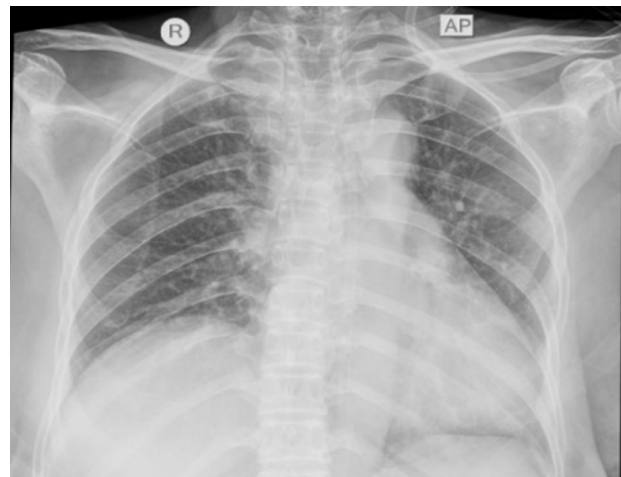
Indikator Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
HBsAg (CLIA)	0,14	< 0.9	Negatif
Anti HIV	Non reaktif	Non reaktif	Normal

Berdasarkan pemeriksaan laboratorium, terdapat beberapa hasil yang menyimpang dari nilai normal, yaitu nilai K pada pemeriksaan elektrolit 3,4 mmol/ L tergolong rendah dan nilai kreatinin 0,46 mg/dL juga tergolong rendah. Pada pemeriksaan MSCT kepala didapatkan adanya ICH dengan estimasi volume  $\pm$  53 ml. Pada pemeriksaan rontgen toraks didapatkan adanya bronkitis dan *kardiomegali*.

Hasil *multislice computerized tomography* (MSCT) kepala pada 28 November 2023 ditampilkan pada Gambar 1. Kesan: ICH *ganglia basalis sinistra* dan lobus *parietotemporal*



Gambar 1. Hasil MSCT scan kepala



Gambar 2. Hasil rontgen toraks proyeksi AP,

*sinistra*, dengan estimasi volume  $\pm$  53 ml, disertai *perifocal edema*, penyempitan ventrikel *lateralis sinistra*, dan deviasi *midline* ke *dextra* sejauh  $\pm$ 1 cm.

Hasil pemeriksaan rontgen toraks pada 28 November 2023 pukul 11.33 WIB ditampilkan pada Gambar 2. Kesan: *Bronchitis paracardial* dan *perihiler* pada *chest X-Ray* saat ini *cardiomegaly suspect* HHD.

Setelah tegak diagnosis ICH berdasarkan temuan klinis dan hasil pemeriksaan penunjang, pasien dilakukan penatalaksanaan akut sICH. Setelah 2 jam perawatan di IGD, pasien mengalami perubahan irama jantung dari sinus *rythme* berubah menjadi *ventrikular* takikardi (VT) dengan nadi, lalu kembali menjadi sinus *rythme*, lalu berubah menjadi *asystole*. Kemudian, pasien diberi tata laksana henti jantung selama 3 siklus dengan irama *asystole*. Pasien mengalami ROSC dengan TD 54/30 mmHg, HR 138 kali/menit, SpO<sub>2</sub> 48%, RR 5 kali/menit lalu. Pasien lalu dilakukan tata laksana *post-cardiac arrest care*.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan setelah pasien ROSC, yaitu pemeriksaan analisis gas darah (AGD). Pada pemeriksaan AGD yang dilakukan setelah pasien ROSC dan terintubasi, menunjukkan adanya asidosis *respiratorik* tidak terkompensasi, dengan pH rendah di bawah 7,35, pCO<sub>2</sub> di atas rentang normal, dan HCO<sub>3</sub> di bawah rentang normal.

Hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil pemeriksaan laboratorium analisis gas darah

Indikator pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
Temperatur	36,0		
FiO <sub>2</sub>	1		
tHb	12,6	11,5 – 17,4	Normal
pH	7,07	7,35 – 7,45	Rendah
pCO <sub>2</sub>	67,8	35 – 45	Tinggi
pO <sub>2</sub>	69	80 – 100	Rendah
SO <sub>2</sub> %	90	>96	Rendah
cHCO <sub>3</sub>	19	22 – 28	Rendah
ctCO <sub>2</sub> (B)	21,5		
BE	-11,9	(-2) – 2	Rendah
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (st)	15	22 – 28	Rendah
BEecf	-11,1		
SO <sub>2</sub> (c)	84		
AaDO <sub>2</sub>	558		

Ringkasan intervensi yang dilakukan pada pasien dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Catatan intervensi pasien

## HASIL

Penatalaksanaan sICH yang dilakukan pada pasien, yaitu posisi *head up* 30°, pemberian infus Mannitol 250 cc IV 20 tpm, injeksi Asam Tranexamat 500 mg/ 12 jam IV, dan injeksi Pantoprazole 40 mg/ 24 jam IV. Tekanan darah pasien ketika masuk IGD yaitu 162/106 mmHg dan tidak dilakukan penatalaksanaan penurunan tekanan darah. Selain itu, dilakukan monitoring terhadap kondisi pasien untuk mencegah komplikasi akut dari sICH.

Pengelolaan pasien dengan sICH dan aritmia di IGD, sudah dilakukan sesuai dengan algoritma yang ada. Meskipun ada perbedaan teori mengenai manajemen tekanan darah pada pasien *stroke* akut, tetapi tekanan darah pada pasien 162/106 mmHg ini belum termasuk dalam rentang kritis. Selain itu, pasien juga memiliki riwayat hipertensi dengan pengobatan rutin Amlodipine 1x10 mg.

Setelah pasien mengalami *cardiac arrest* dan ROSC, tekanan darah pasien menjadi 54/30 mmHg. Tata laksana hipotensi pada pasien langsung dilakukan dengan pemberian *vasopressor* tanpa diberikan *loading* cairan. Hal ini karena pasien mengalami sICH yang dapat berisiko pada peningkatan ICP.

Masalah keperawatan utama yang ditemukan pada pasien, yaitu risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dan penurunan curah jantung. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dapat dibedakan menjadi 3, yaitu manajemen sICH, manajemen *asystole*, dan manajemen hipotensi post ROSC. Pada manajemen sICH, perawat memiliki peran dalam monitoring perubahan fisiologis pasien, kolaborasi pemberian obat pada pasien, dan memberikan posisi *head up* 30°.

Pada manajemen *asystole*, perawat memiliki peran menjadi bagian dalam tim resusitasi, mendokumentasikan proses CPR, serta menyediakan alat dan obat CPR. Pada manajemen hipotensi post ROSC, perawat memiliki peran dalam monitoring tekanan darah pasien, mengelola pemberian obat *vasopressor*, serta memantau respons pasien terhadap pemberian obat *vasopressor*. Tujuan utama dari pemberian intervensi keperawatan tersebut, yaitu mempertahankan perfusi jaringan serebral adekuat dengan indikator tidak adanya peningkatan ICP, serta mempertahankan status sirkulasi adekuat dengan indikator tekanan darah, MAP, dan saturasi oksigen dalam batas normal. Meskipun tata laksana telah dilakukan sesuai dengan algoritma dan perawat telah melaksanakan tugasnya dengan baik, di akhir intervensi, pasien mengalami penurunan kesadaran menjadi koma dengan GCS E1V1M1. Hal tersebut dapat disebabkan oleh komplikasi yang dialami pasien berupa *cardiac arrest* dan didukung dengan riwayat hipertensi yang dialami pasien.

Tata laksana *cardiac arrest* pada pasien tergolong berhasil, yang dibuktikan dengan pasien ROSC. Hal tersebut karena tata laksana dilakukan dengan cepat dan tepat sesuai algoritma yang ada. Selain itu, keahlian, kompetensi, dan kolaborasi antar-tenaga kesehatan yang menangani pasien juga mendukung dalam keberhasilan CPR. Setelah ROSC, perawat melakukan perawatan post ROSC dengan intervensi utama, yaitu mengelola pemberian titrasi

*vasopressor*. Di akhir intervensi, tekanan darah pasien 133/93 mmHg, MAP 106 mmHg, SpO<sub>2</sub> 100% dengan ventilator mode PSIMV PC 14 I:E 1:2 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 90 RR 14. Hal tersebut menunjukkan bahwa status sirkulasi pasien adekuat, yang berarti tujuan dari intervensi keperawatan telah tercapai.

## PEMBAHASAN

Prevalensi sICH menyumbang 10-20% dari semua pasien stroke akut di seluruh dunia, dan sebesar 85% disebabkan oleh hipertensi.<sup>4</sup> Pasien sICH memiliki risiko tinggi untuk mengalami aritmia dengan prevalensi cukup tinggi, yang dapat menyebabkan *cardiac arrest*.<sup>6</sup> Hal tersebut sejalan dengan kasus ini, pasien perempuan berusia 54 tahun, mengalami spontan ICH dengan faktor risiko berupa hipertensi kronis. Kemudian, pasien mengalami aritmia jantung, lalu *cardiac arrest*.

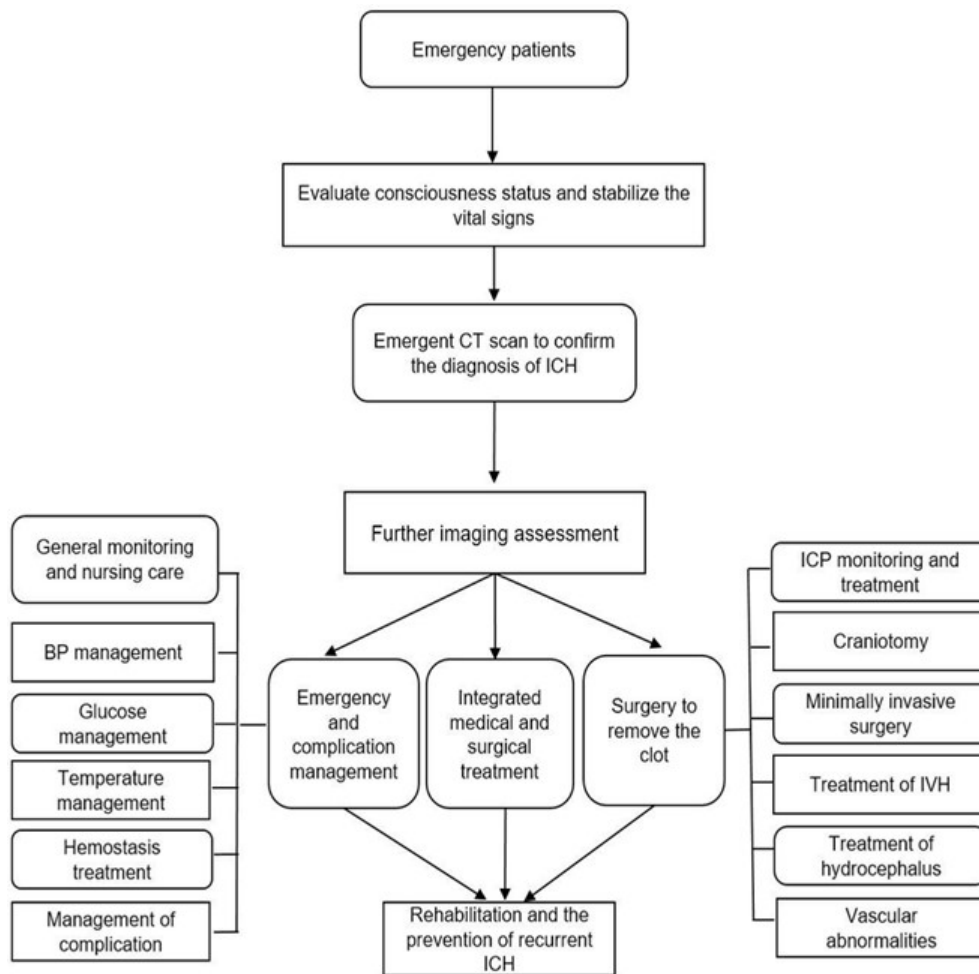
Perbandingan manifestasi klinis yang ditemukan pada pasien dengan manifestasi klinis sesuai teori, dapat dilihat pada Tabel 4 di bawah ini.

**Tabel 4. Perbandingan manifestasi klinis pada pasien dengan teori**

Gejala yang ditemukan	Gejala sesuai literatur
Tidak sadar sejak 30 menit SMRS	Defisit neurologis fokal secara tiba-tiba yang dikaitkan dengan penurunan kesadaran. <sup>12</sup>
Gigi kaku nggeget (indikasi kejang)	Kejang biasanya terjadi pada pasien spontan ICH (sICH) di awal perdarahan atau dalam 24 jam pertama. <sup>13</sup>
Muntah	Mual dan muntah. <sup>13</sup>
Nyeri kepala sebelumnya disangkal	Nyeri kepala. <sup>13</sup>
Tekanan darah 162/106 mmHg	Peningkatan tekanan darah diastolik (>110 mmHg). <sup>12</sup>
Refleks Babinski positif	Respons plantar ekstensi (tanda refleks Babinski positif). <sup>14</sup>

Berdasarkan tabel di atas, terdapat manifestasi klinis yang sering kali dialami pasien spontan ICH pada umumnya, tetapi tidak dialami pada pasien tersebut, yaitu nyeri kepala. Berdasarkan keterangan keluarga, pasien tidak pernah mengalami nyeri kepala sebelumnya. Peningkatan tekanan darah pada pasien tidak terjadi secara signifikan, yang ditunjukkan dengan tekanan darah diastolik < 110 mmHg. Berdasarkan panduan AHA, penatalaksanaan akut pasien sICH ditujukan untuk mencegah perburukan, melalui pencegahan *hematoma expansion* (HE) dengan penatalaksanaan tekanan darah dan pembalikan antikoagulan, serta melalui pencegahan dan penatalaksanaan cedera otak sekunder akibat kejang, peningkatan *intracranial pressure* (ICP), *hiperglikemia*, dan demam.<sup>15</sup> Algoritma manajemen sICH di IGD, dapat dilihat pada Gambar 4. Sementara perbandingan penatalaksanaan intervensi pada pasien sICH di IGD dengan panduan intervensi yang seharusnya dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 5.





Gambar 4. Algoritma manajemen sICH.<sup>16</sup>

Tabel 5. Perbandingan intervensi sICH berdasarkan teori dan kondisi pada pasien

Intervensi Berdasarkan Teori	Penatalaksanaan Sesuai Kondisi pada pasien
<p><b>General monitoring and nursing care</b> Pemantauan demam, <i>hiperglikemia</i>, dan disfungsi menelan dalam 72 jam pertama pada pasien <i>stroke</i> akut setelah masuk rumah sakit terbukti menurunkan LOS, kematian, dan kecacatan pasien dalam 90 hari.<sup>17</sup></p>	<p>Pemantauan yang dilakukan pada Ny. SP di IGD di antaranya pemantauan gula darah, suhu, kejang, hemodinamika, dan tanda peningkatan tekanan <i>intracranial</i>.</p>
<p><b>Manajemen tekanan darah</b> Terdapat perbedaan teori mengenai manajemen penurunan tekanan darah pada pasien sICH. Berdasarkan rekomendasi utama, penurunan SBP menjadi 130-140 mmHg dapat meningkatkan hasil fungsional pada pasien sICH akut dengan SBP 150 – 220 mmHg.<sup>18</sup></p>	<p>Tidak dilakukan manajemen tekanan darah pada Ny. SP. Tekanan darah pasien 162/106 mmHg.</p>
<p><b>Manajemen hemostasis dan koagulopati</b> Manajemen hemostasis dilakukan dengan pemberian <i>recombinant factor VIIa</i> atau Asam Tranexamat. Manajemen <i>koagulopati</i> dilakukan pada pasien sICH dengan terapi antikoagulan.<sup>18</sup></p>	<p>Ny. SP diberikan Asam Tranexamat untuk mencegah perdarahan lebih lanjut. Ny. SP tidak ada riwayat terapi <i>antikoagulan</i>.</p>
<p><b>Manajemen gula darah</b> Mencegah kondisi hipoglikemia (&lt;40-60 mg/dL, &lt;2,2-3,3 mmol/L) dan hiperglikemia (&gt;180-200 mg/dL, &gt;10,0-11,1 mmol/L) pada pasien sICH.<sup>18</sup></p>	<p>Tidak dilakukan manajemen gula darah pada Ny. SP. Gula darah sewaktu Ny. SP yaitu 130 mg/dL.</p>



Tabel 5. Perbandingan intervensi sICH berdasarkan teori dan kondisi pada pasien (lanjutan)

Intervensi Berdasarkan Teori	Penatalaksanaan Sesuai Kondisi pada pasien
<b>Manajemen suhu</b> Terapi farmakologi diberikan pada pasien sICH dengan suhu $\geq 37,5$ °C. <sup>18</sup>	Suhu Ny SP ketika sampai di IGD yaitu 36,3 °C. Tidak diberikan terapi farmakologi untuk manajemen suhu.
<b>Manajemen ICP</b> Manajemen standar untuk peningkatan ICP yaitu posisi head up 30°, inisiasi sedasi, hiperventilasi singkat, dan penggunaan hipertonik, seperti Mannitol atau saline hipertonik. <sup>15</sup>	Ny SP diposisikan head up 30° serta diberikan terapi infus Mannitol 250 cc IV 20 tpm dan injeksi Pantoprazole 40 mg/ 24 jam IV. Pasien juga dipasang NGT berkaitan dengan risiko stres <i>ulcer</i> yang mungkin dialami.
<b>Manajemen kejang</b> Manajemen kejang dilakukan dengan pemberian obat anti-kejang. <sup>18</sup>	Tidak dilakukan manajemen kejang pada Ny SP. Saat sampai di IGD pasien tidak mengalami kejang.

Pasien dengan sICH mengalami masalah keperawatan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi (TD 162/106 mmHg, riwayat hipertensi) dan cedera otak (terdapat sICH). Masalah keperawatan, intervensi, dan peran perawat dalam tata laksana stroke hemoragik dapat dilihat pada Tabel 6.

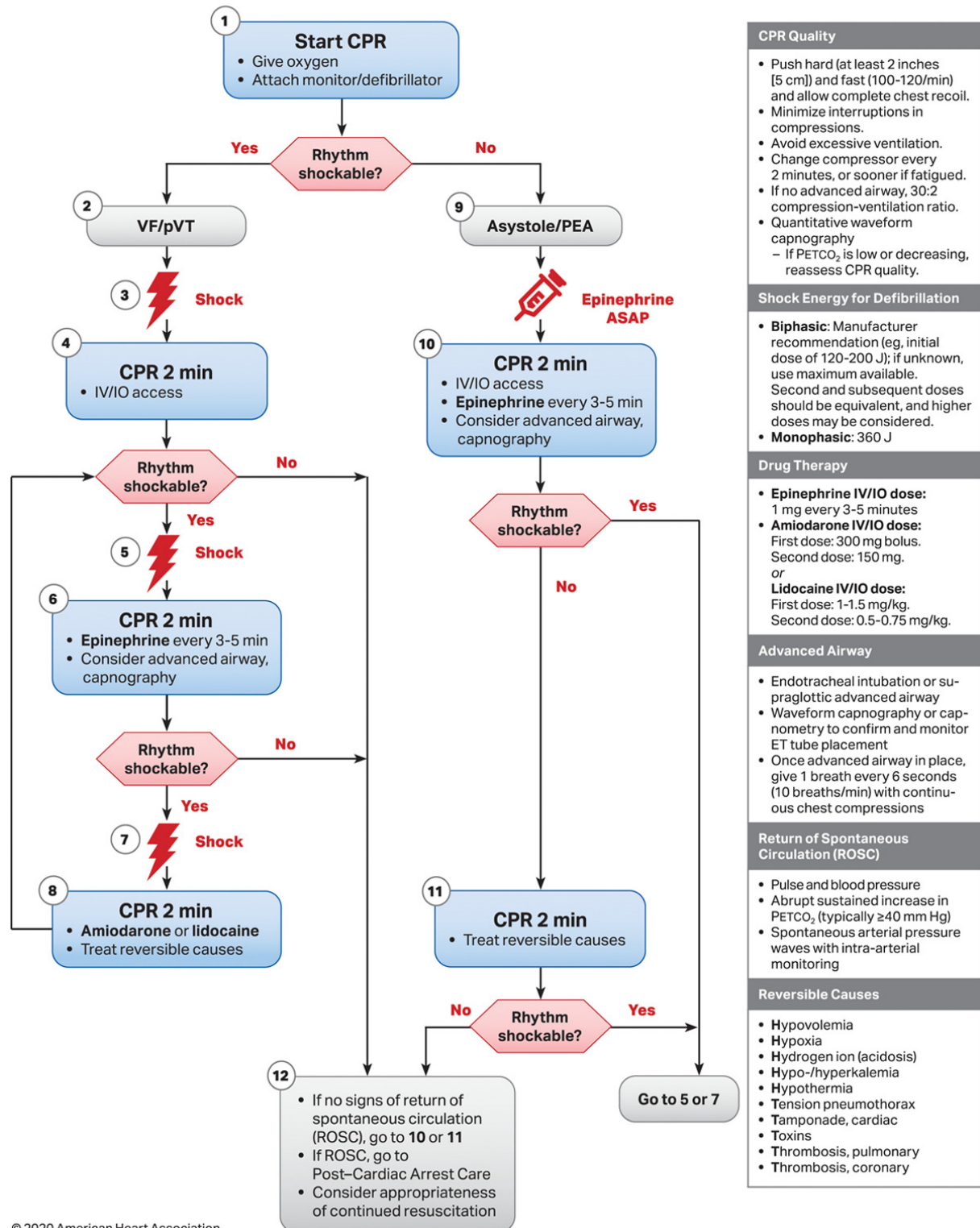
Tabel 6. Masalah keperawatan, intervensi, dan peran perawat pada pasien stroke hemoragik

Masalah Keperawatan	Intervensi	Peran Perawat
Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi (TD 162/106 mmHg, riwayat hipertensi) dan cedera otak (terdapat sICH).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring hemodinamika dengan menggunakan <i>bed side</i> monitor.</li> <li>• Pengambilan sampel darah lengkap, kimia darah, APTT, pemasangan infus NS 0,9% 20 tpm dengan IV <i>cath</i> no.18 di tangan kiri, perekaman EKG, pemasangan NGT no.16 di lubang hidung kiri, dan pemasangan DC no.16.</li> <li>• Pemantauan gula darah, suhu, kejang, hemodinamika, dan tanda peningkatan tekanan <i>intracranial</i>.</li> <li>• Manajemen hemostasis dengan kolaborasi pemberian Asam Tranexamat.</li> <li>• Manajemen ICP dengan memosisikan pasien <i>head up</i> 30°, kolaborasi pemberian infus Mannitol 250 cc IV 20 tpm dan injeksi Pantoprazole 40 mg/ 24 jam IV.</li> <li>• Memasang NGT berkaitan dengan risiko stres <i>ulcer</i> yang mungkin dialami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor hemodinamika dan perubahan fisiologis yang dialami pasien.</li> <li>• Memonitor ICP.</li> <li>• Pemantauan terhadap kecukupan oksigenasi, tekanan darah, demam, dan kontrol glukosa darah.<sup>5</sup></li> <li>• Pemantauan EKG.<sup>6</sup></li> <li>• Memosisikan pasien head up 30° sebagai manajemen ICP.</li> <li>• Kolaborasi pemberian terapi untuk menurunkan ICP (inisiasi sedasi, hiperventilasi singkat, dan penggunaan hipertonik, seperti Mannitol atau saline hipertonik.<sup>15</sup></li> </ul>

Tujuan utama dari pemberian intervensi keperawatan tersebut, yaitu mempertahankan perfusi jaringan serebral adekuat dengan indikator tidak adanya peningkatan ICP. Di akhir intervensi, kesadaran pasien berubah menjadi koma dengan GCS E1V1M1. Hal tersebut dapat disebabkan karena pasien juga mengalami *cardiac arrest*.

Pada saat dilakukan manajemen sICH, pasien mengalami perubahan irama jantung dari sinus *rythme* berubah menjadi *ventrikular* takikardi (VT) dengan nadi, lalu kembali menjadi sinus *rythme*, lalu berubah menjadi *asystole*. Kemudian, pasien mendapat tata laksana henti jantung selama 3 siklus dengan irama *asystole* berdasarkan panduan AHA yang dapat dilihat pada Gambar 5.

**Adult Cardiac Arrest Algorithm**



**Gambar 5. Algoritma cardiac arrest<sup>19</sup>**

Masalah keperawatan yang dialami pasien dengan *cardiac arrest* yaitu penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan EKG. Masalah keperawatan, intervensi, dan peran perawat dalam tata laksana henti jantung dengan irama *asystole*, dapat dilihat pada Tabel 7.

Tabel 7. Masalah keperawatan, intervensi, dan peran perawat pada pasien henti jantung

Masalah Keperawatan	Intervensi	Peran Perawat
Penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan EKG.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RJP 30:2 selama 3 siklus.</li> <li>• Pada siklus pertama dan kedua, irama jantung menunjukkan <i>asystole</i>, lalu diberikan epinephrine 1 mg/mL IV pada masing-masing siklus.</li> <li>• Pada siklus ke-3 pasien ROSC.</li> <li>• Pasien dipasang ETT no. 7 kedalam 21 cm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjadi bagian dari tim resusitasi dengan memberikan <i>high quality compression</i>, melakukan manajemen <i>airway</i> dan ventilasi, memberikan <i>defibrilasi</i>, mengelola akses vena, pemberian obat, dan pemasangan <i>tubes</i> misalnya kateter dan NGT.</li> <li>• Mendokumentasikan proses CPR di antaranya jumlah dosis obat yang diberikan, irama jantung pasien, waktu <i>shock</i> dan besarnya energi yang digunakan jika irama pasien <i>shockable</i>, serta urutan resusitasi.<sup>9</sup></li> <li>• Menyediakan alat dan obat untuk CPR.<sup>10</sup></li> </ul>

Penanganan akut setelah sICH tidak hanya berfokus pada penanganan sICH dan pencegahan HE. Namun, juga berfokus pada identifikasi dini dan pencegahan komplikasi medis akut. Komplikasi akut yang mungkin dialami pasien sICH, yaitu gangguan menelan, *imobilitas*, respons dan stabilitas hemodinamika, infeksi, delirium perawatan intensif, dan perubahan kesadaran.<sup>18</sup> Berdasarkan hasil penelitian pada 19 unit *stroke* akut di Australia tahun 2005 – 2010, menunjukkan bahwa pemantauan demam, hiperglikemia, dan disfungsi menelan dalam 72 jam pertama pada pasien *stroke* akut setelah masuk rumah sakit terbukti menurunkan LOS, kematian, dan kecacatan pasien dalam 90 hari.<sup>17</sup> Pemantauan yang dilakukan pada pasien di IGD di antaranya pemantauan gula darah, suhu, kejang, hemodinamika, dan tanda peningkatan tekanan *intracranial*. Manajemen gula darah, suhu, dan kejang tidak dilakukan pada pasien dikarenakan masih dalam batas normal.

Terdapat perbedaan teori mengenai manajemen penurunan tekanan darah pada pasien sICH. Penurunan tekanan darah pada pasien sICH dapat mencegah HE, tetapi target tekanan darah masih kontroversial. Berdasarkan dua uji coba terkontrol acak (RCTs) mengenai penurunan tekanan darah akut setelah sICH, yaitu *Intensive Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Hemorrhage Trial 2* (INTERACT2) dan *Antihypertensive Treatment of Acute Cerebral Hemorrhage II* (ATACH-2) yang membandingkan penurunan tekanan darah intensif akut dengan target SBP < 140 mmHg dengan SBP < 180 mm Hg, menunjukkan tidak ada perbedaan mengenai hasil pada kematian dan kecacatan setelah tiga bulan.<sup>15</sup> Meskipun begitu, berdasarkan rekomendasi utama dari AHA/ ASA, penurunan SBP menjadi 130 – 140 mmHg dapat meningkatkan hasil fungsional pada pasien spontan sICH ringan hingga sedang dengan SBP 150 – 220 mmHg. Penurunan SBP secara akut hingga < 130 mmHg pada pasien dengan sICH dan peningkatan tekanan darah berpotensi membahayakan pasien dan harus dihindari. Penurunan SBP < 130 mmHg dikaitkan dengan peningkatan disfungsi fisik serta SBP < 110 mmHg dikaitkan dengan peningkatan fungsi ginjal dan *serious adverse event* (SAE).<sup>18</sup>

Posisi *head up* 30° dan pemberian infus Mannitol merupakan manajemen ICP yang dilakukan pada pasien. Manajemen standar untuk peningkatan ICP, yaitu posisi *head up* 30°,

inisiasi sedasi, hiperventilasi singkat, dan penggunaan *hipertonik*, seperti Mannitol atau *saline* hipertonik.<sup>15</sup> Berdasarkan manajemen standar tersebut, manajemen ICP pada pasien sudah sesuai. Pemberian sedasi dan hiperventilasi tidak dilakukan dikarenakan pasien sudah dalam kondisi penurunan kesadaran dengan nilai SpO<sub>2</sub> dan RR yang normal.

Penurunan kesadaran pada pasien dapat mengindikasikan adanya peningkatan ICP. Berdasarkan literatur, *cardiac arrest* yang terjadi bukan merupakan penyebab langsung dari peningkatan ICP. Namun, mekanisme *hypoxic-ischemic encephalopathy* yang dapat menyebabkan perubahan jaringan otak dan edema otak, serta dapat meningkatkan ICP setelah *cardiac arrest*.<sup>20</sup> Selain itu, hal ini diperparah dengan kondisi sICH yang mendasari kondisi klinis pasien.

Pasien dengan *stroke* akut sering mengalami perubahan irama jantung atau aritmia. Berdasarkan literatur terbaru, dianjurkan pemantauan EKG minimal 24 jam setelah masuk rumah sakit.<sup>6</sup> Pada pasien, pemantauan EKG dilakukan dengan pemasangan *bed side* monitor. Pada saat pemberian intervensi manajemen sICH, pasien mengalami perubahan irama jantung secara cepat, yaitu sinus takikardi. Kemudian berubah menjadi ventrikel takikardi dengan nadi, kemudian menjadi *asystole*. Setelah itu, pasien diberi tata laksana *cardiac arrest*, lalu pasien mengalami ROSC.

Tata laksana *in-hospital cardiac arrest* (IHCA) dilakukan dengan pengenalan, aktivasi emergensi respons, *high quality CPR*, *defibrillation*, *post-cardiac arrest care*, dan rehabilitasi.<sup>20</sup> Ketika perawat mendapati pasien yang dicurigai *cardiac arrest*, perawat dapat langsung melakukan tindakan *life saving* tanpa instruksi dari dokter. Perawat dapat menjadi bagian dari tim resusitasi dengan memberikan *high quality CPR*, pemasangan *tubes*, serta kolaborasi dalam manajemen *airway*, *breathing*, dan pemberian obat-obatan emergensi.<sup>9</sup>

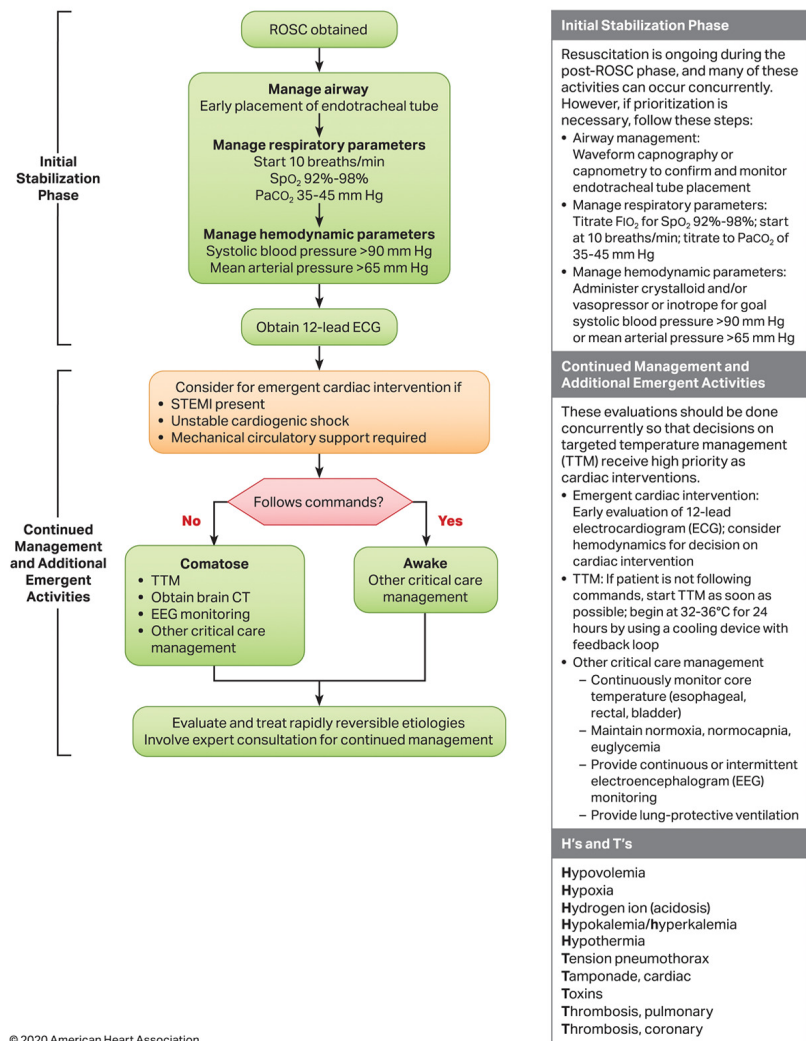
Setelah pasien ROSC, pasien dilakukan manajemen *post-cardiac arrest care*. Gambar 6 menunjukkan algoritma *post-cardiac arrest care*. Pasien mengalami ROSC dengan TD 54/30 mmHg. Perbandingan pengelolaan hipotensi post ROSC pada pasien sICH di IGD dengan panduan yang seharusnya dilakukan, dapat dilihat pada Tabel 8.

**Tabel 8. Perbandingan intervensi post ROSC berdasarkan teori dan kondisi pada pasien**

<b>Intervensi sesuai AHA</b>	<b>Penatalaksanaan pada pasien</b>
IV bolus 1-2 L normal <i>saline</i> atau <i>ringers lactate</i> .	Tidak dilakukan pada pasien karena adanya risiko peningkatan ICP pada pasien sICH.
<b>Pemberian infus <i>vasopressor</i></b> Epinephrine 0,1 – 0,5 mcg/kgBB/menit atau Dopamine 5-10 mcg/kg/menit atau Norepinephrine 0,1 – 0,5 mcg/kgBB/menit.	Pemberian infus Norepinephrine (NE) 0,4 mcg = 21 cc/ jam karena HR 138 kali/menit (takikardi).

Tata laksana hipotensi pada pasien langsung dilakukan dengan pemberian *vasopressor* tanpa diberikan loading cairan. Hal ini karena pasien mengalami sICH yang dapat berisiko pada peningkatan ICP. Masalah keperawatan, intervensi, dan peran perawat dalam tata laksana pasien post ROSC dapat dilihat pada Tabel 9.

Adult Post-Cardiac Arrest Care Algorithm



Gambar 6. Algoritma *post-cardiac arrest care*<sup>19</sup>

Tabel 9. Masalah keperawatan, intervensi, dan peran perawat *post ROSC*

Masalah Keperawatan	Intervensi	Peran Perawat
Penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan tekanan darah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manajemen <i>airway</i> dengan pemasangan ETT no. 7 kedalam 21.</li> <li>Manajemen respirasi dengan pemasangan ventilator mode PSIMV PC 14 I:E 1:2 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 90 RR 14 karena pasien mengalami hipoksia dengan SpO<sub>2</sub> 48% dan RR 5 kali/menit</li> <li>Manajemen hemodinamika dengan pemberian Norepinephrine 0,4 meq = 21 cc/jam karena pasien mengalami hipotensi dengan TD 54/30 mmHg.</li> <li>Dilakukan perekaman EKG, didapatkan hasil irama STc.</li> <li>Tata laksana penyebab <i>cardiac arrest</i> dengan pengelolaan sICH, yang dicurigai sebagai penyebab <i>cardiac arrest</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor hemodinamika pasien.</li> <li>Kolaborasi pengelolaan pemberian obat <i>vasopressor</i> dengan hati-hati.</li> <li>Memantau respons pasien terhadap pemberian obat <i>vasopressor</i>.</li> <li>Perekaman EKG.</li> <li>Pengambilan sampel darah vena dan arteri.</li> <li>Pemantauan produksi urine, HR, dan CRT PEEP.<sup>11</sup></li> </ul>

Tujuan utama dari pemberian intervensi keperawatan *post ROSC*, yaitu mempertahankan status sirkulasi adekuat dengan indikator tekanan darah, MAP, dan saturasi oksigen dalam batas normal. Di akhir intervensi, tekanan darah pasien 133/93 mmHg, MAP 106 mmHg, SpO<sub>2</sub>

100% dengan ventilator mode PSIMV PC 14 I:E 1:2 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 90 RR 14.

Hipotensi merupakan hal yang sering dialami pada pasien setelah ROSC. Hal ini disebabkan karena menurunnya fraksi ejeksi ventrikel kiri secara signifikan, terutama dalam 24-48 jam setelah ROSC.<sup>22</sup> Berdasarkan penelitian, prevalensi hipotensi post *cardiac arrest* mencapai 25-90%. Hipotensi lebih sering terjadi pada pasien wanita dengan ritme *non-shockable* dan CPR yang berkepanjangan (lebih dari 15 menit).<sup>22</sup> Meskipun begitu, berdasarkan temuan pada case report ini, hipotensi juga dapat terjadi pada pasien dengan CPR < 15 menit.

Hipotensi merupakan suatu kondisi ketika *systolic blood pressure* (SBP) < 90 mmHg, *diastolic blood pressure* (DBP) < 40 mmHg, dan *mean arterial pressure* (MAP) < 65 mmHg.<sup>24</sup> Sesaat setelah ROSC, efek adrenalin yang diberikan selama CPR masih cenderung meningkatkan tekanan darah, tetapi akan hilang setelah 5-10 menit. Hipotensi menjadi hal yang harus ditangani segera karena berkaitan dengan sirkulasi *coronary* dan cerebral.<sup>22</sup> Penanganan hipotensi dilakukan dengan target SBP ≥ 90 mmHg atau MAP ≥ 65 mmHg.<sup>8</sup> Penatalaksanaan hipotensi merupakan masalah yang harus segera ditangani setelah optimalisasi ventilasi dan oksigenasi pasien *post-cardiac arrest*. Penatalaksanaan hipotensi post *cardiac arrest* dapat dilakukan dengan *loading* cairan 1-2 liter normal *saline* atau *ringer's lactate*, atau dengan pemberian titrasi *vasopressor*.<sup>8</sup>

Pada pasien, penatalaksanaan hipotensi dilakukan dengan pemberian *vasopressor*, yaitu Norepinephrine 1 mg/mL. *Vasopressor* bekerja dengan meningkatkan *cardiac output* (CO) dan *systemic vascular resistance* (SVR) melalui peningkatan *kontraktilitas* dan *heart rate* serta menginduksi vasokonstriksi perifer.<sup>25</sup> Secara teoretis, MAP yang lebih tinggi dapat meningkatkan aliran darah koroner. Namun di sisi lain, penggunaan *vasopressor* dapat mengakibatkan peningkatan kebutuhan oksigen jantung dan aritmia.<sup>23</sup> Oleh karena itu, pemantauan EKG setelah pemberian *vasopressor* perlu dilakukan. Penggunaan *vasopressor* diberikan ketika terjadi hipotensi persisten setelah pemberian cairan. Namun, pada pasien tersebut, penatalaksanaan hipotensi dilakukan dengan langsung memberikan *vasopressor*. Hal tersebut karena pemberian *loading* cairan berisiko meningkatkan ICP sehingga tidak dapat dilakukan pada pasien sICH.

Penatalaksanaan cairan pada pasien sICH harus ditargetkan pada *euvolemia* menggunakan cairan isotonik.<sup>26</sup> Cairan isotonik seperti *saline* 0,9% dengan kecepatan sekitar 1 ml/kg/jam harus diberikan sebagai cairan pengganti intravena standar untuk pasien dengan sICH dan dioptimalkan untuk mencapai keseimbangan *euvolemik* dan diuresis per jam >0,5 cc/kg. Keadaan *euvolemia* harus dipertahankan dengan memantau keseimbangan cairan dan berat badan, dengan mempertahankan tekanan vena sentral normal (5-8 mmHg).<sup>27</sup> Oleh karena itu, *loading* cairan untuk mengatasi hipotensi tidak dapat dilakukan pada pasien sICH.

Pemantauan respons pasien terhadap pemberian obat *vasopressor* perlu dilakukan. Variabel minimal yang diperlukan untuk menentukan pengobatan hipotensi meliputi produksi urine, keseimbangan cairan, denyut jantung, waktu pengisian kapiler, kadar laktat, nilai gas

darah arteri, dan kadar PEEP.<sup>11</sup> Oleh karena itu, pengambilan sampel darah vena dan arteri perlu dilakukan setelah pasien ROSC. Selain itu, pemantauan produksi urine, HR, dan CRT juga perlu dilakukan oleh perawat dalam manajemen hipotensi.

Setelah pemberian *vasopressor*, tekanan darah pasien mencapai 133/93 mmHg. Tekanan darah tersebut sudah mencapai target dengan SBP  $\geq$  90 mmHg dan MAP  $\geq$  65 mmHg, serta tergolong aman untuk pasien dengan sICH. Tekanan darah pasien pada pasien sICH tidak boleh terlalu tinggi atau terlalu rendah karena dapat berpotensi membahayakan pasien. Berdasarkan rekomendasi utama dari AHA, SBP antara 130 - 140 mm Hg adalah aman dan dapat meningkatkan hasil fungsional pada pasien dengan sICH akut.<sup>18</sup>

## SIMPULAN DAN SARAN

Masalah keperawatan yang dialami pasien, yaitu risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dan penurunan curah jantung. Tata laksana sICH yang dilakukan bertujuan untuk mencegah perburukan kondisi pasien, melalui pencegahan HE dengan manajemen tekanan darah, manajemen hemostasis dan *koagulopati*, serta bertujuan untuk mencegah cedera otak sekunder melalui manajemen gula darah, suhu, ICP, dan kejang. Pemantauan EKG pada pasien sICH juga perlu dilakukan karena pasien dengan *stroke* akut memiliki risiko tinggi untuk mengalami aritmia. Tata laksana ketika pasien mengalami *cardiac arrest* dilakukan berdasarkan algoritma AHA. Setelah pasien ROSC, dilakukan *post-cardiac arrest care* dengan penatalaksanaan *airway* dan *breathing*, manajemen hemodinamika, perekaman EKG dan tata laksana penyebab *cardiac arrest*. Manajemen hipotensi post ROSC pada pasien sICH perlu diperhatikan karena tidak dapat diberikan *loading* cairan berkenaan dengan peningkatan ICP yang mungkin terjadi, sehingga manajemen dilakukan dengan pemberian titrasi *vasopressor*. Perawat memiliki peran penting dalam penatalaksanaan pasien *stroke* hemoragik dengan sICH dan aritmia. Intervensi yang diberikan dapat berupa tindakan mandiri, monitoring, dan kolaborasi perawat dengan tenaga kesehatan lain.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada pasien dan keluarga, Program Studi Ners FK-KMK UGM, dan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta yang telah memberikan dukungan pada peneliti sehingga studi kasus ini dapat diselesaikan dengan baik dan lancar.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Murphy SJ, Werring DJ. Stroke: Causes and Clinical Features. *Med (United Kingdom)*. 2020; 48(9): 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>.
2. Lindsay MP, Author C, Norrving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, et al. Global Stroke Fact Sheet 2019. *World Stroke Organ. Int J Stroke*. 2019; 14(8): 806-817. <https://doi.org/10.1177/1747493019881353>.
3. Hillal A, Ullberg T, Ramgren B, Wassélius J. Computed Tomography in Acute Intracerebral Hemorrhage: Neuroimaging Predictors of Hematoma Expansion and Outcome. *Insights Imaging [Internet]*. 2022; 13(1): 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13244-022-01309-1>.
4. Rajashekar D, Liang JW. Intracerebral Hemorrhage. *StatPearls [homepage on the nternet]*. c.2023. [update 2023; cited 2024]; Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553103/>.



5. Presciutti M. Nursing Priorities in Caring for Patients with Intracerebral Hemorrhage. *J Neurosci Nurs*. 2006; 38(4): 296-299. [https://www.medscape.com/viewarticle/550817\\_8?form=fpf](https://www.medscape.com/viewarticle/550817_8?form=fpf).
6. Ruthirago D, Julayanont P, Tantrachoti P, Kim J, Nugent K. Cardiac Arrhythmias and Abnormal Electrocardiograms after Acute Stroke. *Am J Med Sci*. 2016; 351(1): 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2015.10.020>.
7. Andersen LW, Holmberg MJ, Berg KM, Donnino MW, Granfeldt A. In-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *JAMA - Journal of The American Medical Association*. American Medical Association. 2019; 321(12): 1200-1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>.
8. Peberdy MA, Callaway CW, Neumar RW, Geocadin RG, Zimmerman JL, Donnino M, et al. Part 9: Post-Cardiac Arrest Care: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010; 122(2): 768-786. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.110.971002>.
9. Heng KWJ, Fong MK, Wee FC, Anantharaman V. The Role of Nurses in The Resuscitation of in-Hospital Cardiac Arrests. *Singapore Med J*. 2011; 52(8): 611-5. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.110.971002>.
10. Patel K, Hipskind JE, Akers SW. Cardiac Arrest (Nursing) [homepage on the internet]. c.2023 [update 2023; cited 2024]; Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568720/>.
11. Van der Ven WH, Schuurmans J, Schenk J, Roerhorst S, Cherpanath TGV, Lagrand WK, et al. Monitoring, Management, and Outcome of Hypotension in Intensive Care Unit patients, An International Survey of The European Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care*. 2022; 67: 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.10.008>.
12. Rajashekar D, Liang. JW. Intracerebral Hemorrhage [Internet]. StatPearls Publishing. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553103/tle>.
13. An SJ, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *J Stroke*. 2017; 19(1): 3-10. <https://doi.org/10.5853/jos.2016.00864>.
14. Tilo N, Mamakhala C, Avra G, Sebaka M, Benjamin B, Steven GM. Stroke Treatment in A Low Resource Setting: The Motebang Hospital Protocol. *African J Neurol Sci*. 2020; 39(2): 89-100. <https://www.ajol.info/index.php/ajns/article/view/211449/199371>.
15. Magid-Bernstein J, Girard R, Polster S, Srinath A, Romanos S, Awad IA, et al. Cerebral Hemorrhage: Pathophysiology, Treatment, and Future Directions. *Circ Res*. 2022; 130(8): 1204-1229. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319949>.
16. Cao Y, Yu S, Zhang Q, Yu T, Liu Y, Sun Z, et al. Chinese Stroke Association Guidelines for Clinical Management of Cerebrovascular Disorders: Executive Summary and 2019 Update of Clinical Management of Intracerebral Haemorrhage. *Stroke Vasc Neurol*. 2020; 5(4): 396-402. <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000433>.
17. Middleton S, Coughlan K, Mnatzaganian G, Low Choy N, Dale S, Jammali-Blasi A, et al. Mortality Reduction for Fever, Hyperglycemia, and Swallowing Nurse-Initiated Stroke Intervention: QASC Trial (Quality in Acute Stroke Care) Follow-Up. *AHA/ASA Journals Stroke*. 2017; 48(5): 1331-6. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016038>.
18. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. 2022 Guideline for The Management of Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From The American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Journals Stroke*. 2022; 53(7): 282-361. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407>.
19. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, Kudenchuk PJ, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020; 142(suppl 2):S366-S468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>.
20. Reis C, Akyol O, Araujo C, Huang L, Enkhjargal B, Malaguit J, et al. Pathophysiology and The Monitoring Methods for Cardiac Arrest Associated Brain Injury. *Int J Mol Sci*. 2017; 18(1): 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijms18010129>.
21. Berg KM, Cheng A, Panchal AR, Topjian AA, Aziz K, Bhanji F, et al. Part 7: Systems of CVare 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020; 142(42): 580-604. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000899>.
22. Willim HA, Ketaren I, Supit AI. Tatalaksana Pasca-Henti Jantung. *Cermin Dunia Kedokt*. 2021; 48(7): 375-379. <https://doi.org/10.55175/cdk.v48i7.89>.
23. Skrifvars MB, Ameloot K, Aneman A. Blood Pressure Targets and Management during Post-Cardiac Arrest Care. *Resuscitation*. Elsevier Ireland. 2023; 189. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109886>.
24. Tritapepe L, Nencini C, Frascaccio G, Tallarico D. Hypotension. *Textb Echocardiogr Intensivists Emerg Physicians* [homepage on the nternet]. c.2023 [update 2023; cited 2023 Dec 24]; 305-315. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499961/>.
25. Saric L, Prkic I, Karanovic N. Inotropes and Vasopressors. *Signa Vitae* [homepage on the internet]. c.2023 [update 2023; cited 2023 Dec 24]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482411/>.
26. Van der Jagt M. Fluid Management of The Neurological Patient: A Concise Review. *Crit Care*. 2016; 20(1): 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1309-2>.
27. Rincon F, Mayer SA. Clinical Review: Critical Care Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Crit Care*. 2008; 12(6): 237. <https://doi.org/10.1186/cc7092>.



## Pencegahan Hipotermia Intraoperatif selama Laparoscopi Apendiks pada Pasien Anak di IBS RSA UGM: Studi Kasus

### *Intraoperative Hypothermia Prevention during Appendix Laparoscopic Procedure in Pediatric Patients at IBS RSA UGM: Case Study*

Qory Nurulita Andayani<sup>1\*</sup>, Arifin Triyanto<sup>2</sup>, Anita Ruswanti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup>Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada

**Submitted:** 22 Juli 2024

**Revised:** 25 Oktober 2024

**Accepted:** 19 November 2024

#### ABSTRACT

**Background:** Children have a higher risk in experiencing intraoperative hypothermia (a body temperature below 36 °C) compared to adults. This is due to an ineffective thermoregulation system, higher surface area compared to volume, and limited subcutaneous fat reserves.

**Objective:** To determine effective management to prevent intraoperative hypothermia in pediatric patients.

**Case report:** Pediatric patient A, 7 year old female with a diagnosis of acute appendicitis underwent appendix laparoscopy procedure. The patient's preoperative temperature was 36,9 °C, the procedure took around 55 minutes, and the operating room temperature was between 18 - 20 °C. Nurse gave active and passive mechanisms to prevent intraoperative hypothermia. The active mechanism was done by using a warming blanket with a temperature of 39 °C. Passive management involved the use of 4 sterile draping, the draping process was carried out quickly to minimize the time patient's body was exposed to the cold air of the operating room, and in addition, blanket was applied over patient's body while mobilized from the reception room to the pick-up room.

**Outcome:** After intervention using active and passive mechanisms, it was found that the child did not shiver, the temperature was 36 °C post-operatively, and no acral cyanosis was found.

**Conclusion:** The application of active mechanisms in the form of using warming blankets and passive mechanisms using blankets and draping is effective in preventing intraoperative hypothermia in children.

**Keywords:** Children; intraoperative hypothermia; warming blanket.

#### INTISARI

**Latar belakang:** Anak memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipotermia intraoperatif (keadaan temperatur tubuh di bawah 36°C) dibandingkan dewasa. Hal tersebut karena anak memiliki sistem termoregulasi yang belum efektif, luas permukaan tubuh yang lebih tinggi dibandingkan dengan volume, dan cadangan lemak subkutan yang terbatas.

**Tujuan:** Mengetahui manajemen yang efektif untuk mencegah hipotermia intraoperatif pada pasien anak.

**Laporan kasus:** Pasien An. A, anak perempuan berusia 7 tahun dengan diagnosis apendisitis akut dilakukan laparoscopi apendiks. Suhu *pre*-operatif pasien yaitu 36,9°C, tindakan berlangsung sekitar 55 menit, dengan suhu kamar operasi antara 18 - 20 °C. Perawat melakukan mekanisme aktif dan pasif untuk mencegah hipotermia intraoperatif. Mekanisme aktif dilakukan melalui penggunaan *warming blanket* dengan suhu 39 °C. Manajemen pasif melalui penggunaan *draping* dengan 4 duk steril, proses *draping* dilakukan dengan cepat untuk meminimalkan waktu tubuh pasien terpapar udara dingin kamar operasi dan ditambah dengan penggunaan selimut pada tubuh pasien, saat dipindahkan mulai dari ruang penerimaan sampai dengan ruang penjemputan.

**Hasil:** Setelah dilakukan intervensi aplikasi mekanisme aktif dan pasif pencegahan hipotermia intraoperatif, didapatkan hasil pasien anak tidak menggigil, suhu *post-operatif* 36 °C, dan tidak ditemukan sianosis pada akral.

**Simpulan:** Penerapan mekanisme aktif berupa penggunaan *warming blanket* dan mekanisme pasif dengan penggunaan selimut serta *draping*, terbukti efektif untuk mencegah terjadinya hipotermia intraoperatif pada anak.

**Kata kunci:** Anak; hipotermia intraoperatif; *warming blanket*.

## PENDAHULUAN

Tindakan pembedahan merupakan bentuk penanganan penyakit yang paling umum, baik pada pasien dewasa maupun anak. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI)<sup>1</sup> tahun 2021, pembedahan menempati posisi ke-11 dari 50 penanganan penyakit di Indonesia. Jumlah kasus bedah anak di Indonesia setiap tahunnya tidak diketahui dengan jelas. Sementara itu, di Amerika Serikat terdapat 4,7% atau rata-rata sebanyak 3,9 juta anak menjalani prosedur bedah setiap tahunnya.<sup>2</sup>

Prosedur bedah dibagi menjadi prosedur bedah elektif dan darurat. Menurut British Association of Paediatric Surgeons<sup>3</sup> pada tahun 2023, dalam populasi anak, prosedur bedah elektif yang paling sering dilakukan adalah herniotomi, koreksi testis yang tidak turun, sirkumsisi, dan perbaikan hernia *umbilikal*. Sementara untuk prosedur darurat yang sering dilakukan adalah apendiktomi, koreksi torsi testis, dan *piloromiotomi*.

Prosedur bedah pada pasien anak memiliki tantangan tersendiri dibandingkan pada pasien dewasa. Hal tersebut karena anak-anak memiliki patologi bedah, respons terhadap anestesi, dan kebutuhan perioperatif yang berbeda dengan orang dewasa.<sup>4</sup> Secara anatomi, anak-anak memiliki perbedaan besar tubuh dibanding orang dewasa, khususnya di masa bayi dan prasekolah. Perbedaan tersebut, meliputi jaringan subkutan yang lebih tipis, jaringan otot, struktur kerangka tulang yang masih tumbuh, jalan napas yang memiliki risiko tinggi mengalami obstruksi, serta organ pencernaan khususnya hati dan limpa yang masih kurang terlindungi oleh rusuk. Namun, ketika anak menginjak usia 18 tahun, maka anak-anak telah memiliki karakteristik yang sama dengan orang dewasa.<sup>5</sup> Begitu juga dengan fisiologi anak, baik metabolisme maupun pengaturan hormonnya berbeda dan berdampak pada respons anestesi, manajemen nyeri, serta pemulihan paska operasi yang berbeda pula.<sup>6</sup> Beberapa komplikasi yang sering dijumpai dalam bedah anak berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Islam *et al.*<sup>7</sup> di tahun 2021 pada anak-anak usia 1 bulan – 18 tahun adalah bradikardi, takikardi, hipotensi, henti jantung, *bronkospasme*, *hipoventilasi*, nyeri, menggigil atau hipotermia, perdarahan, gangguan pernapasan berat, dan laringospasme.

Salah satu komplikasi yang kerap muncul pada anak saat dilakukan operasi adalah hipotermia intraoperatif. Hipotermia intraoperatif didefinisikan sebagai hilangnya panas tubuh karena hubungan dengan lingkungan yang dingin dan lama, atau keadaan saat temperatur tubuh di bawah 36 °C, yang terjadi selama proses operasi.<sup>8,9</sup> Menurut Mekete *et al.*,<sup>10</sup> hipotermia

intraoperatif terjadi pada lebih dari 70% pasien dalam prosedur bedah dan anestesi. Penelitian lain menyebutkan bahwa hipotermia intraoperatif terjadi pada 25-90% pasien yang menjalani bedah di bawah pengaruh anestesi.<sup>11</sup> Pasien hipotermia memiliki tanda dan gejala, di antaranya suhu tubuh di bawah normal, kulit dingin, dan ujung jari sianosis. Selain itu, respons tubuh terhadap hipotermia secara umum, yaitu vasokonstriksi pembuluh arteri vena, menggigil, dan termogenesis tanpa menggigil pada bayi.<sup>11</sup>

Pada umumnya, penyebab terjadinya hipotermia karena adanya mekanisme radiasi, konveksi, evaporasi, dan konduksi.<sup>12,13</sup> Pada hipotermia intraoperatif, beberapa penyebabnya antara lain adanya gangguan termoregulasi terkait efek anestesi, yang mengarah pada redistribusi inti panas, paparan lingkungan kamar operasi, dan evaporasi cairan antiseptik di ruang operasi yang dingin.<sup>14</sup> Selain itu, jenis tindakan bedah juga berkontribusi pada meningkatnya risiko hipotermia intraoperatif. Pada operasi terbuka, tubuh berisiko kehilangan panas melalui penguapan, lebih besar dibandingkan pada tindakan dengan sayatan kecil seperti laparoskopi.<sup>15</sup> Akan tetapi, tindakan laparoskopi memerlukan insuflasi CO<sub>2</sub> pada rongga peritoneal yang memiliki kapasitas penguapan lebih besar dibandingkan udara sekitar. Kondisi hipotermia intraoperatif lebih banyak terjadi pada kelompok laparoskopi, dibandingkan dengan kelompok operasi terbuka.<sup>16</sup>

Kejadian hipotermia intraoperatif pada pasien anak lebih tinggi dibandingkan pada *pre*-operatif dan *post*operatif.<sup>10</sup> Sebuah studi retrospektif yang dilakukan oleh Görges *et al.*<sup>17</sup> di tahun 2019 pada 6.737 anak-anak usia 1,3 – 12,4 tahun, ditemukan kondisi hipotermia terjadi sebanyak 45%. Selain itu, pada penelitian yang dilakukan oleh Pearce *et al.*,<sup>18</sup> dilaporkan terdapat kejadian hipotermia intraoperatif sebanyak 52% dari 717 anak-anak. Anak-anak memiliki faktor risiko yang tinggi untuk mengalami hipotermia intraoperatif karena sistem termoregulasi anak yang masih belum efektif, luas permukaan tubuh yang tinggi dibandingkan dengan volume, dan cadangan lemak pada lapisan subkutan yang terbatas.<sup>19</sup>

Hipotermia pada pasien anak dikaitkan dengan berbagai konsekuensi, mulai dari ketidaknyamanan sampai dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Meskipun data tentang hal tersebut masih kurang, tetapi dapat diasumsikan bahwa anak-anak mengalami konsekuensi akibat hipotermia intraoperatif seperti yang dialami orang dewasa.<sup>19,20</sup> Konsekuensi akibat hipotermia intraoperatif di antaranya, yaitu menurunkan laju metabolisme, menurunkan laju jantung, asidosis metabolik, peningkatan konsumsi oksigen, pelepasan *norepinefrin*, dan iskemia miokard.<sup>21</sup> Dampaknya, waktu perawatan di rumah sakit dan waktu pemulihan di *recovery room* yang lebih lama, meningkatkan risiko perdarahan intraoperatif, dan infeksi pascaoperasi.<sup>22</sup> Sebagian besar pasien dapat menoleransi terjadinya hipotermia ringan (35,0-35,9 °C), asalkan tidak berhubungan dengan risiko morbiditas atau mortalitas yang signifikan. Namun, pada penderita hipotermia sedang (34,0-34,9 °C) memiliki angka kematian 21% dan penderita hipotermia berat (< 33,9 °C) memiliki angka kematian sebesar 40%.<sup>23</sup> Pasien dengan hipotermia intraoperatif berisiko terjadi mortalitas 4 kali lebih besar dan berisiko mengalami

komplikasi 2 kali lebih besar.<sup>24</sup>

Perawat mempunyai peran penting untuk mencegah hipotermia, baik selama *pre-operatif*, *intraoperatif*, dan *post-operatif*. Selama ini diketahui bahwa masih banyak terjadi kesenjangan pengetahuan tentang manajemen suhu tubuh dan pencegahan hipotermia di antara para perawat perioperatif. Mereka membutuhkan peningkatan kesadaran dan kepatuhan dalam memberikan intervensi yang efektif untuk mencegah hipotermia.<sup>23</sup> Pencegahan hipotermia *intraoperatif*, khususnya pada anak, perlu dilakukan karena anak-anak memiliki faktor risiko lebih tinggi mengalami hipotermia dibandingkan orang dewasa.<sup>14</sup> Menurut Nemeth *et al.*,<sup>19</sup> pencegahan hipotermia *intraoperatif* pada anak-anak dapat dilakukan di antaranya dengan memberikan penghangat seperti selimut saat memindahkan pasien, menggunakan penghangat aktif seperti *warming blanket* selama tindakan *intraoperatif*, menggunakan cairan infus hangat, dan memonitor suhu tubuh secara periodik.

Tidak efektifnya pencegahan hipotermia *intraoperatif* dapat berdampak negatif pada pasien dengan adanya peningkatan kejadian komplikasi, bahkan kematian. Selain itu, hal ini berdampak pula terhadap waktu pemulihan pasien yang lebih lama dan kejadian mortalitas pasien, hingga akhirnya juga memengaruhi penilaian terhadap rumah sakit tersebut.

Penerapan manajemen hipotermia *intraoperatif* pada pasien anak di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSA UGM perlu dibahas lebih mendalam untuk memberikan gambaran manajemen yang efektif dalam mencegah hipotermia pada pasien anak. Namun, *case report* tentang hal ini masih jarang ditemukan. Tujuan dari *case report* ini untuk memberikan gambaran tentang penerapan manajemen hipotermia *intraoperatif* pada pasien anak.

## METODE PENELITIAN

Anak A, perempuan berusia 7 tahun datang ke IGD pada tanggal 10 Desember 2023 dengan keluhan nyeri perut kanan bawah, disertai mual, tidak ada demam, tidak muntah, BAB terakhir 1 hari sebelumnya, dan tidak terdapat lendir darah, tidak ada *flatus*, masih bisa makan dan minum, perut tidak kembung, serta tidak ada nyeri pada ulu hati. Hasil pemeriksaan didapatkan HR 104 x/menit, RR 26 x/menit, suhu 36,7 °C, SpO<sub>2</sub> 99%, BB 20 kg, konjungtiva tidak anemia, sklera tidak ikterius, segmen abdomen tidak ada *distensi*, terdapat peristaltik 7 x/menit, timpani, supel, tidak teraba masa *periapendicular*. Hasil pemeriksaan *Mc Burney* positif, *Rovsing sign* positif, *psoas sign* positif, *obturator sign* positif, PAS score total 7. Penanganan awal pasien diberikan injeksi Paracetamol 200 mg, Ondansetron 2 mg, dan infus Asering 6 cc/kgBB/ jam. Dilakukan pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil ditampilkan pada Tabel 1.

Pasien didiagnosis mengalami *acute appendicitis* dengan rencana tindakan laparoskopi diagnostik sampai dengan apendektomi, pada tanggal 11 Desember 2024. Di bangsal, pasien mendapat terapi injeksi Paracetamol 300 mg/ 8 jam, injeksi Cefotaxim 1 g/ 12 jam, injeksi Metronidazole 200 mg/ 8 jam, dan ekstra injeksi Ketorolac 10 mg apabila pasien kesakitan.

Tabel 1. Hasil pemeriksaan laboratorium An. A

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Leukosit	19,2	103/ul	L: 3,8-10,6 P: 3,6-11,0
Hemoglobin	12,9	g/dl	L: 13,2-17,3 P: 11,7-15,5
Trombosit	285	103/ul	150 - 440
GDS	88	mg/dL	
APTT kontrol	32,3	Detik	
APTT pasien	30,1	Detik	28,6-42,2
PPT kontrol	15,2	Detik	
PPT pasien	15,6	Detik	11,6-14,5
Natrium (Na)	135	mmol/L	136-145
Kalium (K)	3,4	mmol/L	3,5-5,1
Klorida (Cl)	103	Mmol/L	95-115
Anti HIV	Non Reaktif		Non Reaktif
HbsAg	Non Reaktif		Non Reaktif

Pasien sampai di ruang penerimaan dengan kesadaran *compos mentis*, nadi 121 x/menit, suhu 36,9 °C, SpO<sub>2</sub> 98%. Pasien dikonfirmasi selama ± 7 menit di ruang penerimaan. Pasien telah diberi antibiotik Cefotaxim 1 gr dan Metronidazole 200 mg pada pukul 06.00 WIB. Kemudian masuk di ruang induksi dan mulai diinduksi jam 09.15 WIB dengan *pre*-medikasi Ondansetron 4 mg, Dexametason, diinduksi dengan Fentanyl 25 mcg, Propofol 70 mg, dan Atracurium 10 mg. Di ruang induksi, perawat menyelimuti pasien untuk mencegah dingin.

Di kamar operasi, perawat menyiapkan *warming blanket* yang diatur pada suhu 39 °C di atas *bed* operasi, yang di bawahnya sudah dibentangkan perlak, dan di atasnya dibentangkan seprai, serta *underpad*. Perawat juga memakaikan selimut tebal pada kaki pasien An. A untuk menjaga tetap hangat. Perawat menerapkan *draping* dengan 4 duk steril, proses *draping* dilakukan dengan cepat untuk meminimalkan waktu saat tubuh pasien terpapar udara dingin kamar operasi secara langsung. Suhu kamar operasi berubah-ubah di antara 18 - 20 °C. Prosedur dimulai pada pukul 09.50 WIB dan berakhir pada pukul 10.45 WIB dengan perdarahan sebanyak 20 cc. Selama prosedur operasi berlangsung, tidak ada pengukuran suhu yang dilakukan kepada pasien. Setelah operasi selesai, An. A dibangunkan dari anestesi. Pasien tidak menggigil, akan tetapi akral ekstremitas teraba dingin. Dalam *recovery room*, pasien diberi dua selimut untuk menjaga tubuhnya tetap hangat. Tanda-tanda vital pasien *post*-operasi tensi 91/42 mmHg, nadi 136 x/menit, suhu 36 °C, RR 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 100%. Pasien mendapat terapi Paracetamol 250 mg/6 jam dan Ondansetron 2 mg/12 jam dan dievaluasi setiap 15 menit menggunakan *Steward score*. Pasien dievaluasi tiga kali dengan skor 5,5, dan 6. Selanjutnya pasien dipindahkan ke bangsal.

## HASIL

Berdasarkan deskripsi kasus, dapat dibuat tabel analisis faktor risiko hipotermia intraoperatif berdasarkan risiko dan keadaan nyata pasien, yang ditampilkan dalam Tabel 2.

**Tabel 2. Analisis faktor dengan keadaan nyata pasien**

Faktor Risiko	Kasus
Pasien anak	An. A usia 7 tahun.
ASA > 1	ASA 2.
Sebelumnya mengalami hipotermia <i>pre-operatif</i>	Suhu <i>pre-operasi</i> An A 36,9 °C.
Adanya penyakit komorbid	An. A tidak memiliki penyakit komorbid. Kesadaran <i>compos mentis</i> , nadi 121 x/menit, suhu 36,9 °C, SpO <sub>2</sub> 98%.
Transfer panas konduksi berlebih	Pasien mengalami kontak dengan instrumen bedah dan meja operasi. Pasien mendapat terapi intravena dan irigasi saat prosedur.
Transfer panas konveksi berlebih	Kamar operasi bertekanan positif dan memiliki suhu 18-20 °C.
Transfer panas radiasi berlebih	Suhu kamar operasi berubah secara otomatis antara 18-20 °C. Tindakan berlangsung selama sekitar 55 menit
Ruang operasi memiliki suhu antara 22-27°C	Suhu kamar operasi berubah secara otomatis antara 18-20 °C.
<i>Vasodilatasi</i> akibat anestesi	Anestesi umum ETT.

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa An. A memiliki > 1 faktor risiko untuk mengalami hipotermia intraoperatif. Tanpa adanya manajemen pencegahan yang tepat, maka risiko kejadian hipotermia intraoperatif akan meningkat. Keadaan umum pasien setelah tindakan, ditampilkan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Keadaan umum An. A setelah tindakan**

Rentang Normal	Pasien An. A
Nadi 65-120 x/menit	Nadi 136 x/menit
RR 15-30 x/menit	RR 20 x/menit
Tekanan sistolik 92-110 mmHg	Tekanan sistolik 91 mmHg
Tekanan diastolik 60-74 mmHg	Tekanan diastolik 42 mmHg
Suhu 36,5-37,5°C	Suhu 36°C SpO <sub>2</sub> 100%.
Tidak menggigil	Tidak menggigil
Tidak ditemukan adanya sianosis pada akral	Tidak ditemukan adanya sianosis pada akral
Akral ekstremitas tidak teraba dingin	Akral ekstremitas teraba dingin

Setelah tindakan selesai, An. A dipindahkan ke *recovery room*. Suhu tubuh An. A sebelum tindakan operasi atau saat pasien di ruang penerimaan adalah 36,7 °C. Setelah tindakan selesai, suhu pasien diukur kembali saat di *recovery room* dan didapatkan hasil 36 °C. Akral An. A teraba dingin, akan tetapi tidak ditemukan adanya sianosis dan menggigil, baik selama intraoperatif maupun *post-operatif*.

## PEMBAHASAN

Proses perioperatif memiliki berbagai risiko yang dapat terjadi pada pasien, seperti risiko cedera akibat posisi operatif, risiko perdarahan, risiko infeksi, dan risiko hipotermia intraoperatif. Manajemen suhu merupakan salah satu asuhan keperawatan yang diterapkan dalam proses intraoperatif. Diagnosis NANDA yang diterapkan adalah risiko hipotermia perioperatif dengan faktor risiko transfer panas konduksi berlebih, transfer panas konveksi berlebih, transfer panas radiasi berlebih, dan suhu lingkungan yang rendah. Pasien dalam kasus ini masuk dalam populasi berisiko karena memiliki status ASA 2 dan kasus berkaitan dengan prosedur bedah.<sup>25</sup> Hipotermia intraoperatif dapat terjadi di antaranya karena pasien telah mengalami hipotermia

*pre*-operatif, *vasodilatasi* akibat anestesi, adanya penyakit komorbid, suhu kamar operasi yang dingin, dan masuknya berbagai cairan selama intraoperatif.<sup>26</sup>

Pada kasus ini, pasien juga mengalami nyeri *pre*-operatif sehingga dapat diambil diagnosis nyeri akut. Namun, manajemen nyeri tidak dibahas secara mendalam pada laporan ini. Hal tersebut karena intervensi yang diberikan bukan merupakan intervensi mandiri keperawatan dan intervensi hanya berupa kolaborasi pemberian analgesik Paracetamol 250 mg/ 6 jam. Nyeri menjadi salah satu dampak yang dapat terjadi akibat hipotermia intraoperatif. Pasien dengan hipotermia intraoperatif memiliki risiko lebih tinggi mengalami nyeri pada jam pertama postoperatif.<sup>27</sup>

Setiap bulan, terdapat 6 dari 10 pasien anak-anak yang mengalami hipotermia intraoperatif di rumah sakit.<sup>28</sup> Anak-anak memiliki risiko tinggi hipotermia intraoperatif karena luas permukaan tubuh yang lebih tinggi dibandingkan dengan volume, kapasitas termoregulasi hipotalamus yang belum matang, dan kurangnya lapisan subkutan. Selain itu, gangguan mekanisme termogenesis untuk produksi panas selama general anestesi, juga menjadi faktor penyebab terjadinya hipotermia.<sup>10</sup> Selain itu, terdapat hubungan yang signifikan antara status fisik ASA dengan kejadian hipotermia. Semakin baik status fisik ASA, maka semakin baik pula derajat hipotermia yang dialami pasien.<sup>29</sup> An. A berusia 7 tahun dan memiliki status ASA 2, sehingga lebih berisiko untuk mengalami hipotermia intraoperatif. Maka, diperlukan manajemen pencegahan hipotermia intraoperatif pada kasus An. A, yaitu perawat menggunakan *warming blanket*, selimut, dan *surgical drapes* terhadap pasien tersebut. Upaya lain untuk meminimalkan kejadian hipotermia dapat dilakukan dengan cara menurunkan skala status fisik ASA dengan cara mempersiapkan mental dan fisik pasien seoptimal mungkin, dari mulai merencanakan, memilih teknik, dan obat-obatan anestesi yang sesuai.<sup>29</sup>

Pasien dapat mengalami kehilangan panas dengan mekanisme radiasi, konduksi, dan konveksi di kamar operasi. Mekanisme konduksi berpengaruh pada kehilangan panas tubuh sebesar 5%, konveksi sebesar 30%, dan radiasi sebesar 40%. Mekanisme konduksi meningkatkan perpindahan panas melalui kontak dengan objek yang dingin.<sup>12</sup> Di kamar operasi, pasien mengalami kontak dengan beberapa objek, misalnya meja operasi, cairan infus, dan instrumen bedah. Pencegahan kehilangan panas secara konduksi pada kasus ini dilakukan dengan menempatkan *warming blanket* di atas meja operasi, sehingga pasien tidak mengalami kontak langsung dengan meja operasi. Selain itu, perawat juga dapat memberikan cairan (intravena dan irigasi) yang dihangatkan. Setiap liter cairan suhu rendah yang diberikan, dapat mengurangi suhu tubuh sebanyak 0,25 °C, sedangkan cairan hangat dapat meningkatkan suhu tubuh 0,5-0,7°C.<sup>23</sup>

Perpindahan panas secara konveksi terjadi akibat arus udara di sekitar pasien.<sup>12</sup> Kamar operasi memiliki tekanan positif, berarti terdapat aliran udara aktif di dalam kamar operasi yang dapat berkontribusi pada kehilangan panas tubuh pasien secara konveksi. Perpindahan panas secara konveksi dapat ditangani dengan penggunaan selimut dan *surgical drapes* yang

telah dilakukan dalam studi kasus ini.

Selanjutnya, kamar operasi yang dingin juga menjadi salah satu faktor risiko terjadinya hipotermia. Kamar operasi memiliki aturan tersendiri, khususnya terkait dengan suhu ruangan. Menurut peraturan Permenkes No. 7 tahun 2019 disebutkan bahwa ruang operasi harus memiliki suhu antara 22-27 °C, kelembapan 40-60 %, dan bertekanan positif.<sup>30</sup> Menurut rekomendasi dari American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), disetujui oleh Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) dan Joint Commission, menyebutkan bahwa ruang operasi harus bersuhu 68-75 °F (20-24°C) dengan kelembapan antara 20-60%. Pengaturan suhu merupakan salah satu upaya untuk mengurangi terjadinya infeksi di kamar operasi.<sup>31</sup> Ruangan operasi yang menjadi tempat pelaksanaan tindakan pada An. A memiliki suhu yang berubah-ubah secara otomatis dengan suhu antara 18-20 °C. Pasien yang berada di ruang operasi dengan suhu kurang dari 23 °C lebih berisiko mengalami hipotermia intraoperatif.<sup>26</sup> Oleh karena itu, meningkatkan suhu kamar operasi dapat dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya hipotermia intraoperatif.<sup>26</sup> Dengan tindakan tersebut, maka akan meminimalkan kehilangan panas tubuh secara radiasi.

Faktor risiko hipotermia intraoperatif lainnya adalah *vasodilatasi* akibat efek dari anestesi. Tindakan pada An. A menggunakan general anestesi. Induksi general anestesi dapat menyebabkan *vasodilatasi*. *Vasodilatasi* menyebabkan suhu tubuh pasien mengalir dari pusat ke suhu inti perifer, dan redistribusi suhu tubuh ini meningkatkan suhu tubuh perifer, akan tetapi menurunkan suhu tubuh inti.<sup>12</sup>

Telah dijelaskan sebelumnya berbagai macam intervensi yang telah diterapkan pada kasus An. A untuk mencegah hipotermia intraoperatif. Sesuai dengan teori, terdapat dua mekanisme yang dapat diterapkan untuk mencegah terjadinya hipotermia di kamar operasi, yaitu mekanisme pasif dan aktif.<sup>8</sup> Mekanisme penghangatan aktif dilakukan dengan mengatur suhu kamar operasi, memberikan cairan yang sudah dihangatkan pada suhu 37-38 °C, penggunaan selimut *forced air warming* dengan suhu *output* 38-44 °C, penggunaan *resistive warming systems* dengan serat karbon dan selimut resistif, penggunaan *self-warming blanket*, dan penggunaan *humidification warming systems*. Sementara itu, mekanisme penghangatan pasif dilakukan dengan memberikan selimut katun, *surgical drapes*, dan selimut atau pakaian yang terbuat dari *reflective composite fabric* (bahan fiber, *polyester*, *synthetic polyurethane leather*, *fleece*).<sup>23</sup> Selain itu, terdapat beberapa manajemen dalam intervensi pengaturan suhu perioperatif lainnya, yang disebutkan dalam *Nursing Intervention Classification* (NIC), yaitu menghangatkan pasien dengan peralatan penghangat yang aktif, minimal 15 menit sebelum mulai anestesi, memindahkan pasien menggunakan alat yang hangat, memberikan dan mengatur penggunaan penghangat, meminimalkan paparan pasien selama persiapan dan prosedur, memberikan cairan irigasi yang dingin atau hangat, menghangatkan cairan intravena yang dingin, dan memonitor peningkatan atau penurunan suhu tubuh yang abnormal atau yang tidak disengaja.<sup>32</sup>



Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Akademik UGM melakukan mekanisme aktif dan pasif dalam manajemen hipotermia intraoperatif. Mekanisme aktif tersebut berupa penggunaan *warming blanket* (Astopad) (Gambar 1) yang selama intraoperatif, diatur dalam suhu 39 °C. *Warming blanket* lebih sering digunakan di ruangan *recovery room* untuk pasien *post-operasi* yang merasa kedinginan sampai menggigil. Penggunaan *warming blanket* di kamar operasi hanya digunakan pada pasien anak. Hal ini karena anak lebih mudah mengalami hipotermia intraoperatif. Selain itu, penggunaan *warming blanket* pada pasien anak juga bertujuan untuk membantu mempercepat pemulihan dari anestesi. *Warming blanket* terbuat dari bahan serat polimer atau serat karbon yang bersifat konduktif. Energi listrik diubah menjadi energi panas, kemudian dihantarkan ke tubuh pasien melalui sistem konduktif.<sup>33</sup>



Gambar 1. *Warming Blanket*

Salah satu penelitian tentang penggunaan *warming blanket* selama intraoperatif dilakukan oleh Firmansyah<sup>34</sup>, yang mendapatkan hasil bahwa *warming blanket* efektif untuk memperbaiki stabilitas termoregulasi responden. Dalam penelitiannya, dibahas integrasi penggunaan *warming blanket* dengan teori dari Roy, yaitu stimulus *fokal*, kontekstual, maupun *residual* akan direspons oleh tubuh, sehingga tubuh dapat beradaptasi dengan optimal. Dalam keadaan dingin, tubuh melakukan mekanisme adaptasi secara fisik dan kimia untuk mempertahankan keseimbangan suhu inti tubuh. Jadi, disimpulkan bahwa *warming blanket* dapat menjadi alternatif selama intraoperatif untuk membantu menjaga keseimbangan suhu pasien.<sup>34</sup>

Selanjutnya, intervensi lain yang diberikan adalah penggunaan selimut, mulai dari penerimaan pasien sampai di ruang penjemputan. Selimut merupakan salah satu bahan *insulator* yang bertujuan untuk mencegah pengeluaran suhu dari tubuh ke lingkungan dengan mengurangi pertukaran panas secara radiasi dan konvektif.<sup>23,35</sup> Metode terakhir adalah penggunaan *surgical drapes*. *Drapes* yang digunakan dalam kasus ini adalah kain sebanyak

4 lembar. *Drapes* berfungsi untuk mempersempit area pembedahan. Bahan *surgical drapes* juga termasuk dalam kategori bahan *insulator* yang berfungsi sama dengan selimut, yaitu mencegah pengeluaran suhu dari dalam tubuh ke lingkungan. Dengan membuat udara dingin terperangkap di dalam bahan, sehingga mencegah terjadinya hipotermia intraoperatif.<sup>23,36</sup>

Melihat kasus An. A, penerapan mekanisme pencegahan hipotermia intraoperatif pada anak sudah efektif karena telah dilakukan mekanisme aktif maupun pasif. Pasien yang menderita hipotermia memiliki tanda dan gejala, yaitu suhu tubuh di bawah normal, kulit dingin, dan ujung jari sianosis. Selain itu, rentang tanda-tanda vital normal pada anak selama perioperatif adalah nadi 65-120 x/menit, RR 15-30 x/menit, tekanan darah sistolik 92-110 mmHg, diastolik 60-74 mmHg, suhu 36,5 – 37,5 °C.<sup>37</sup> Sementara pada kasus ini, selama perioperatif An. A tidak menggigil, tidak ditemukan adanya sianosis pada akral, tetapi akral ekstremitas terasa dingin. Tanda vital pasien *post-operatif*, yaitu tekanan darah 91/42 mmHg, nadi 136 x/menit, suhu 36 °C, RR 20 x/menit, dan SpO<sub>2</sub> 100%, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien tidak mengalami hipotermia intraoperatif. Namun, terdapat intervensi yang belum dilakukan pada kasus ini, salah satunya adalah evaluasi suhu tubuh pasien selama intraoperatif. Pemantauan dan pencatatan suhu tubuh pasien dilakukan setiap 15 menit untuk memastikan suhu tubuh stabil dan sesuai dengan suhu yang diharapkan, selama proses pembedahan.<sup>38,39</sup>

Dari penjelasan di atas, beberapa faktor risiko yang dapat dimodifikasi untuk memberikan pencegahan hipotermia pada kasus, di antaranya menaikkan suhu ruang operasi menjadi 23-27 °C dan mempertimbangkan penggunaan cairan yang telah dihangatkan. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan pengetahuan perawat, terkait manajemen pencegahan hipotermia intraoperatif pada pasien dengan risiko tinggi. Misalnya dengan mengadakan diskusi untuk membahas pengetahuan bersama atau seminar internal, agar pemberian perawatan dapat dilakukan dengan lebih optimal.

## SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan, mekanisme secara aktif berupa penggunaan *warming blanket* dan mekanisme pasif dengan penggunaan selimut dan draping terbukti efektif untuk mencegah hipotermia intraoperatif pada pasien anak. Selanjutnya, perawat dapat menambahkan beberapa intervensi pencegahan hipotermia intraoperatif yang belum dilakukan, seperti mengukur suhu secara periodik agar dapat memberikan hasil yang lebih optimal.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pasien di IBS RSA UGM yang telah berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus ini. Penulis juga berterima kasih kepada Prodi Studi Ilmu Keperawatan FK-KMK UGM atas dukungan dan fasilitas yang diberikan selama proses studi kasus ini berlangsung. Dukungan dan partisipasi dari semua pihak sangat berharga bagi keberhasilan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Ramadhan D, Faizal KM, Fitri N. Pengaruh Konseling dengan Pendekatan, Thinking, Feeling dan Acting (TFA) terhadap Tekanan Darah pada Pasien Pre-operasi. *J Penelit Perawat Prof.* 2023; 5(2): 637–644. <https://doi.org/10.37287/jppp.v5i2.1522>.
2. Rose Khavari NDR CYP. Epidemiology of Pediatric Surgery in The United States. Cravero J, Editor. *Pediatr Anesth.* 2020; 30(10): 1083–90. <https://doi.org/10.1111/pan.13993>.
3. British Association of Paediatric. Paediatric Surgery [homepage on the internet]. c.2023. [update 2023; cited 2024]. Available from <https://www.baps.org.uk/>
4. Peiffer S, Ssentongo AE, Keeney L, Amponsah-Manu F, Yeboako R, Ofosu-Akromah R, et al. Predictors of Poor Postoperative Outcomes in Pediatric Surgery Patients in Rural Ghana. *BMC Surg.* 2020; 20(1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00867-9>.
5. Kosif R, Kecialan R. Anatomical Differences between Children and Adults. *Int J Sci Res Manag.* 2020; 08(05): 355–9. <https://ijsrm.net/index.php/ijsrm/article/view/2696>.
6. Maheshwari M, Sanwatsarkar S, Katakwar M. Pharmacology Related to Paediatric Anaesthesia. *Indian J Anaesth.* 2019; 63(9): 698. [https://doi.org/10.4103/ija.IJA\\_487\\_19](https://doi.org/10.4103/ija.IJA_487_19).
7. Islam MA, Firoz A. Intra-Operative and Post-Operative Complications in Pediatric Anesthesia: A Prospective Observation Study. *EAS J Anaesthesiol Crit Care.* 2021; 3(4): 47–50. <https://doi.org/10.36349/easjacc.2021.v03i04.003>.
8. Simegn GD, Bayable SD, Fetene MB. Prevention and Management of Perioperative Hypothermia in Adult Elective Surgical Patients: A Systematic Review. *Ann Med Surg.* 2021; 72: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103059>.
9. Zhao J, Le Z, Chu L, Gao Y, Zhang M, Fan J, et al. Risk Factors and Outcomes of Intraoperative Hypothermia in Neonatal and Infant Patients Undergoing General Anesthesia and Surgery. *Front Pediatr.* 2023; 11(15): 1–8. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1113627>.
10. Mekete G, Gebeyehu G, Jemal S, Fentie Y. Magnitude and Associated Factors of Intra-Operative Hypothermia among Pediatric Patients Undergoing Elective Surgery: A Multi-center Cross-sectional Study. *Ann Med Surg.* 2022; 75(1). <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103338>.
11. Kelleci Y, Abdullayev R, Cakmak G, Ozdemir H, Umuroglu T, Saracoglu A. Perioperative Hypothermia and Associated Factors: A Prospective Cohort Study. *Anestezi Derg.* 2023; 31(4): 339–48. <https://doi.org/10.54875/jarss.2023.29964>.
12. Riley C, Andrzejowski J. Inadvertent Perioperative Hypothermia. *BJA Educ.* 2018; 18(8): 227–33. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.003>.
13. Kulsirichawaroj P, Lumbiganon D. Incidence and Associated Factors of Congenital Syphilis at A Tertiary Care Center in Thailand. *Asian Biomed.* 2023; 17(1): 13–21. <https://doi.org/10.2478/abm-2023-0039>.
14. Lee SY, Wan SYK, Tay CL, Tan ZH, Wong I, Chua M, et al. Perioperative Temperature Management in Children: What Matters? *Pediatr Qual Saf.* 2020; 5(5): 1-9. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000350>.
15. Chen HY, Su LJ, Wu HZ, Zou H, Yang R, Zhu YX. Risk Factors for Inadvertent Intraoperative Hypothermia in Patients Undergoing Laparoscopic Surgery: A Prospective Cohort Study. *PLoS One.* 2021; 16(9): 1–12. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0257816>.
16. Cumin D, Fogarin J, Mitchell SJ, Windsor JA. Perioperative Hypothermia in Open and Laparoscopic Colorectal Surgery. *ANZ J Surg.* 2022; 92(5): 1125–1131. <https://doi.org/10.1111/ans.17493>.
17. Görges M, Afshar K, West N, Pi S, Bedford J, Whyte SD. Integrating intraoperative physiology data into outcome analysis for the ACS Pediatric National Surgical Quality Improvement Program. *Paediatr. Anaesth.* 2019; 29: 27–37. <https://doi.org/10.1111/pan.13531>.
18. Pearce B, Christensen R, Voepel-Lewis T. Perioperative Hypothermia in the Pediatric Population: Prevalence, Risk Factors and Outcomes. *J. Anesth. Clin. Res.* 2010; 1: 102. <https://doi.org/10.4172/2155-6148.1000102>.
19. Nemeth M, Miller C, Bräuer A. Perioperative Hypothermia in Children. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(14): 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147541>.
20. Brindle ME, McDiarmid C, Short K, Miller K, MacRobie A, Lam JYK, et al. Consensus Guidelines for Perioperative Care in Neonatal Intestinal Surgery: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World J Surg.* 2020; 44(8): 2482–2492. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05530-1>.
21. Upadhyaya R K, Shenoy L, Venkateswaran R. Effect of Intravenous Dexmedetomidine Administered as Bolus or As Bolus-Plus-Infusion on Subarachnoid Anesthesia with Hyperbaric Bupivacaine. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2018; 34(3): 46–50. [https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP\\_132\\_16](https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_132_16).
22. Hu Y, Tian Y, Zhang M, Zhao J, Shu Q. Study of Risk Factors for Intraoperative Hypothermia during Pediatric Burn Surgery. *World J Pediatr Surg.* 2021; 4(1): 1–6. <https://doi.org/10.1136/wjps-2020-000141>.
23. Pratiwi NKDT, Raya NAJ, Puspita LM. Manajemen Hipotermia dalam Keperawatan Perioperatif pada Pasien yang Menjalani Pembedahan Abdomen: A Literature Review. *Coping Community Publ Nurs.* 2021; 9(5): 497-506. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/download/74560/43159>.
24. Billeter AT, Hohmann SF, Druen D, Cannon R, Polk HCJ. Unintentional Perioperative Hypothermia is Associated with severe Complications and High Mortality in Elective Operations. *Surgery.* 2014; 156(5): 1245–1252. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.04.024>.
25. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. 11th Ed.

- Jakarta: EGC Medical Publisher; 2018.
26. Fekede MS, Sahile WA. Magnitude and Associated Factors of Perioperative Hypothermia in Patients Who Underwent Elective Surgery at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Med Sci Clin Invent*. 2019; 6(2): 4332–4336. <https://doi.org/10.18535/ijmsci/v6i2.10>.
  27. Pereira NHC, De Mattia AL. Postoperative Complications Related to Intraoperative Hypothermia. *Enferm Glob*. 2019; 18(3): 270–284. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.328791>.
  28. Rini CA, Novitasari D, Cahyaningrum ED. Hubungan Usia dan Lama Operasi dengan Kejadian Hipotermia Pasca-General Anestesi di Instalasi Bedah Sentral RS Mitra Plumbon Indramayu. *Semin Nas Penelit dan Pengabdian Kpd Masy*. 2022; 2809(2767): 409–416. <https://prosiding.uhb.ac.id/index.php/SNPPKM/article/download/1063/359/product/N/affe>.
  29. Imam Prasetyo E, Nur Rahmat N, Aini Isnawati I. Hubungan Status Fisik American Society of Anesthesiologist dengan Derajat Shivering pada Pasien Pasca-Spinal Anestesi di RSUD Grati Kabupaten Pasuruan. *Nurs Updat J Ilm Ilmu Keperawatan*. 2023; 14(2): 313–22. <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/article/view/1243/1188>.
  30. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 2019. c.2019. [update 2019; cited 2024]. Available from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/111721/permenkes-no-7-tahun-2019>.
  31. Jacob B. Hammond, Grace M. Madura, Yu-Hui H. Chang, Elisabeth S. Lim, Elizabeth Habermann, Robert Cima, Dorin Colibaseanu, Eric T. Siebeneck DAE. The Influence of Operating Room Temperature and Humidity on Surgical Site Infection: A Multisite ACS-NSQIP Analysis. *Am J Surg*. 2023; 226(6): 840–844. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.06.039>.
  32. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 7th Indone. Elsevier Singapore Pte Ltd; 2018.
  33. Ackermann W, Fan Q, Parekh AJ, Stoicea N, Ryan J, Bergese SD. Forced-Air Warming and Resistive Heating Devices. Updated Perspectives on Safety and Surgical Site Infections. *Front Surg*. 2018; 5(64): 1–7. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2018.00064>.
  34. Firmansyah D, Nursanti I, Irawati D, Jumaiayah W. Efek Pemberian Blanket Warmer terhadap Termoregulasi Pasien Perioperatif Transurethral Resection of The Prostate (TURP). *J Perawat Indones*. 2022; 6(2): 1109–1118. <https://doi.org/10.32584/jpi.v6i2.1763>.
  35. Shaw CA, Steelman VM, DeBerg J, Schweizer ML. Effectiveness of Active and Passive Warming for The Prevention of Inadvertent Hypothermia in Patients Receiving Neuraxial Anesthesia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Anesth*. 2017; 38(3): 93–104. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0952818016304056>.
  36. Bräuer A, Perl T, Uyanik Z, English MJM, Weyland W, Braun U. Perioperative Thermal Insulation: Minimal Clinically Important Differences? *Br J Anaesth*. 2004; 92(6): 836–40. <https://doi.org/10.1093/bja/aei156>.
  37. A. RJ and L. Pediatric Vital Signs Normal Ranges [homepage on the internet]. c.2024. [update 2024; cited 2024]. Available from <https://medicine.uiowa.edu/iowaprotocols/pediatric-vital-signs-normal-ranges>.
  38. Bashaw MA. Guideline Implementation: Preventing Hypothermia. *AORN J*. 2016; 103(3): 304–313. <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.aorn.2016.01.009>.
  39. Sari NMS, Raya NAJ. Case Report of Perioperative Nursing: Body Temperature Management in Surgery Patient of Mitral Valve Repair with Cardiopulmonary Bypass. *J Ilmu Keperawatan Med Bedah*. 2023; 6(1): 43–55. <http://dx.doi.org/10.32584/jikmb.v6i1.1813>.

## Penerapan Teknologi Media Audiovisual untuk Meningkatkan Proses Orientasi Pasien Baru di Rumah Sakit Swasta di Kediri

### *Implementation of New Patient Orientation using Audiovisual Media at Private Hospital in Kediri*

Giovanni Iga Firmanda<sup>1\*</sup>, Aries Wahyuningsih<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

<sup>2</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Baptis Kediri

**Submitted:** 22 Agustus 2024

**Revised:** 02 Oktober 2024

**Accepted:** 19 November 2024

#### ABSTRACT

**Introduction:** New patient orientation is an important step in ensuring that patients understand hospital services, rights, and procedures. Effective orientation can increase patient satisfaction, reduce anxiety, and speed up the process of patient adaptation in the hospital environment, but it has not been implemented optimally in several hospitals in Indonesia. During patient orientation, conventional media, such as leaflets, is often considered less effective in conveying complex information thus audiovisual media may bring more effective result.

**Objective:** To evaluate the effectiveness of audiovisual media technology in improving the understanding of new patients at the one of Private Hospital in Kediri during the orientation process.

**Method:** This was quantitative research with a one-group approach pre-experiment pre and post-design. A total of 30 new patients randomly selected (proportionate stratified random sampling). Data was collected through a questionnaire created by the researcher himself which referred to aspects of communication and patient safety to measure patient understanding before and after orientation. Instrument validity test result was 0,85-0,93 and reliability was 0,62-0,76. Respondents were given an orientation using an audiovisual media lasting 5-10 minutes. Statistical test analysis used paired t-test to compare comprehension scores before and after intervention.

**Results:** There was knowledge improvement from 48,33 to 79,33 in hospital orientation among respondents. Significant improvement in respondents' comprehension scores after orientation using audiovisual media had p-value = 0,000 (p<0,05).

**Conclusion:** The use of audiovisual media is more effective in increasing patient understanding during the orientation process at the hospital. This technology can replace or complement conventional on boarding methods to improve the quality of service to new patients.

**Keywords:** Audiovisual media; new patient orientation; nurses.

#### INTISARI

**Latar belakang:** Orientasi pasien baru merupakan langkah penting dalam memastikan bahwa pasien memahami layanan, hak, dan prosedur di rumah sakit. Orientasi yang efektif dapat meningkatkan kepuasan pasien, mengurangi kecemasan, dan mempercepat proses adaptasi pasien di lingkungan rumah sakit. Namun, hal ini belum terlaksana secara optimal di beberapa rumah sakit di Indonesia. Saat melakukan orientasi pasien, penggunaan media konvensional, seperti *leaflet*, sering kali dianggap kurang efektif dalam menyampaikan informasi yang kompleks. Oleh karena itu media audiovisual diharapkan memberikan hasil yang lebih baik.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas teknologi media audiovisual dalam meningkatkan pemahaman pasien baru di salah satu rumah sakit swasta di Kediri selama proses orientasi.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *one group pre-experiment pre and post design*. Responden sebanyak 30 pasien baru yang dipilih secara acak (*proportionate stratified random sampling*). Data dikumpulkan melalui kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti, yang mengacu pada aspek komunikasi dan keselamatan pasien untuk mengukur pemahaman pasien sebelum dan sesudah orientasi. Hasil uji validitas instrumen (0,85-0,93) dan reliabilitas (0,62-0,76).



Pasien diberi orientasi menggunakan media audiovisual berdurasi 5-10 menit. Analisis uji statistik menggunakan *paired t-test* untuk membandingkan skor pemahaman sebelum dan sesudah intervensi.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan peningkatan pengetahuan mengenai rumah sakit selama orientasi, dari 48,33 menjadi 79,33 dalam kategori baik. Terdapat peningkatan signifikan pada skor pemahaman pasien setelah orientasi menggunakan media audiovisual dengan  $p\text{-value} = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

**Simpulan:** Penggunaan media audiovisual terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman pasien selama proses orientasi di rumah sakit. Teknologi ini dapat menggantikan atau melengkapi metode orientasi konvensional, untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien baru.

**Kata kunci:** Media audiovisual; orientasi pasien baru; perawat.

## PENDAHULUAN

Pasien yang baru dirawat di rumah sakit sering kali menghadapi beberapa situasi yang belum diketahui dan dihadapi sebelumnya. Situasi-situasi ini dapat memicu stres selama proses pengobatan.<sup>1,2</sup> Berdasarkan survei Agency for Health Research and Quality (AHRQ) dari 100 pasien baru, sebanyak 75% pasien baru melaporkan mengalami stres akut dalam 24-48 jam pertama rawat inap, terutama karena kurangnya orientasi yang tepat.<sup>3</sup> Oleh karena itu, orientasi pasien baru menjadi tahap yang penting karena bertujuan memberi informasi yang jelas dan komprehensif.<sup>4</sup> Informasi yang disampaikan mencakup fasilitas yang tersedia, prosedur yang harus diikuti, dan layanan yang disediakan oleh rumah sakit.

Di rumah sakit swasta, dengan lingkungan yang lebih kompetitif dan sering kali standar pelayanan yang lebih tinggi, orientasi pasien baru menjadi sangat krusial untuk memastikan adaptasi yang cepat dan mengurangi kecemasan pasien.<sup>1</sup> Rumah sakit swasta cenderung menawarkan lebih banyak fasilitas dan prosedur yang mungkin berbeda dari ekspektasi pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan di salah satu RS swasta di Kediri, saat ini menggunakan media konvensional berupa *leaflet* sebagai media orientasi pasien baru. *Leaflet* merupakan metode yang umum digunakan dalam penyampaian informasi kepada pasien. Namun, studi menunjukkan bahwa media *leaflet* cenderung memiliki kemampuan terbatas dalam menyampaikan informasi secara visual dan interaktif. Hal ini juga dapat membatasi pemahaman pasien, terutama dalam konteks yang lebih kompleks seperti informasi medis dan prosedur rumah sakit.<sup>5,6</sup> Dalam penelitian tersebut, ditemukan bahwa penggunaan *leaflet* sebagai media orientasi pasien baru, hanya efektif dalam menyampaikan informasi kepada 17 dari 34 (50%) pasien dan keluarga. Keterlibatan petugas kesehatan dalam memberikan penjelasan tambahan dan menjawab pertanyaan pasien juga dinilai kurang optimal. Hasilnya, tingkat kepuasan pasien terhadap proses orientasi ini lebih rendah dibandingkan aspek pelayanan lainnya. Temuan ini menunjukkan adanya kesenjangan antara informasi yang diberikan dan kebutuhan pemahaman pasien, serta potensi besar untuk meningkatkan pemahaman melalui media lain yang lebih efektif. Ketidakhahaman ini dapat memengaruhi proses perawatan pasien, meningkatkan kecemasan, dan menurunkan kepuasan terhadap layanan kesehatan.<sup>7</sup>

Penggunaan media audiovisual yang lebih interaktif dan menarik, berpotensi untuk menjembatani kesenjangan ini. Penelitian Smith *et al.*,<sup>8</sup> menunjukkan efektivitas video sebagai media orientasi pasien baru, terhadap penurunan kecemasan dibandingkan media leaflet. Oleh karena itu, penelitian dan implementasi orientasi pasien baru dengan pendekatan audiovisual menjadi sangat penting, untuk memastikan bahwa informasi yang diberikan tidak hanya jelas dan komprehensif, tetapi juga dapat mengurangi kecemasan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Orientasi pasien baru menggunakan media audiovisual merupakan langkah penting dalam meningkatkan pemahaman dan kenyamanan pasien di rumah sakit swasta. Dengan tantangan yang dihadapi oleh pasien terkait informasi medis yang kompleks, penggunaan media audiovisual dapat menawarkan pendekatan yang lebih interaktif dan menarik dibandingkan metode konvensional. Hal ini diharapkan tidak hanya mengurangi kecemasan pasien, tetapi juga meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan.

Penelitian tentang proses orientasi pasien baru di RS di Indonesia masih jarang dilakukan, terlebih jika terkait proses orientasi pasien baru, menggunakan media audiovisual. Oleh karena itu, peneliti merasa penelitian ini penting untuk dilakukan. Dengan demikian, diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi nyata dalam praktik pelayanan kesehatan, memastikan bahwa pasien mendapatkan informasi jelas, lengkap, komprehensif, dan mudah dipahami, yang pada akhirnya dapat meningkatkan pengalaman pasien secara keseluruhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas media audiovisual sebagai alat orientasi.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian pre-eksperimental. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2024 di Instalasi Rawat Inap di salah satu RS swasta di Kediri. Pengukuran dilakukan dalam 2 waktu, yaitu *pretest* dan *posttest* setelah diberi perlakuan/ intervensi.

Pemilihan responden dilakukan dengan teknik *proportionate stratified random sampling*, sebanyak 30 pasien baru dipilih secara acak. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien baru yang memenuhi syarat untuk menerima orientasi, berusia di atas 18 tahun, serta dapat memahami dan mengikuti instruksi yang diberikan. Sementara itu, kriteria eksklusi mencakup pasien dengan gangguan mental atau kondisi lain, yang menghalangi partisipasi dalam wawancara atau pengisian kuesioner.

Orientasi pasien baru dalam penelitian ini menggunakan metode berbasis video atau media audiovisual (orientasi: tata cara penggunaan bel, tata tertib, fasilitas, hak dan kewajiban pasien, serta jam kunjungan). Proses orientasi diberikan melalui video atau media audiovisual berdurasi 5-10 menit, diikuti dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diisi sebelum dan setelah orientasi, untuk mengukur pemahaman dan kepuasan pasien.

Instrumen standar orientasi pasien baru dirancang untuk mengevaluasi aspek komunikasi dan keselamatan pasien melalui 10 unit pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan ini disusun

berdasarkan Teori *Total Quality Management* (TQM), yang menekankan pada pentingnya komunikasi yang jelas dan keterlibatan pasien dalam proses perawatan. Setiap pertanyaan dinilai menggunakan skala 1-4, dengan skala 1 berarti "tidak jelas" dan 4 berarti "sangat jelas". Uji validitas instrumen dilakukan terhadap 20 pasien. Pengukuran pengetahuan dilakukan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitasnya (0,85-0,93) dan reliabilitasnya (0,62-0,76).

Analisis data dilakukan menggunakan uji normalitas *Shapiro-Wilk* untuk menilai distribusi skor pengetahuan responden. Selanjutnya, data dianalisis menggunakan uji t berpasangan (*paired t-test*) untuk mengevaluasi perbedaan skor pengetahuan sebelum dan sesudah orientasi pasien baru.

Penelitian ini telah mendapatkan izin kelayakan etika dari Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata dengan nomor 06/FKes/TK/VIII/2024. Semua responden yang bersedia terlibat dalam penelitian, diminta untuk menandatangani *informed consent* sebelum mengisi kuesioner.

## HASIL

Tabel 1 menyajikan data yang mencakup jenis kelamin, jenjang pendidikan, dan usia. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (66,7%), memiliki jenjang pendidikan tamat SMP dan diploma (masing-masing 33,4%). Rentang usia responden terbanyak pada 36-45 tahun, yakni 12 orang (40%).

**Tabel 1. Karakteristik responden penelitian di salah satu RS Swasta di Kediri tahun 2024 (n = 30)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	10	33,3
Perempuan	20	66,7
<b>Jenjang pendidikan</b>		
Tamat SD	5	16,6
Tamat SMP	10	33,4
Tamat SMA	5	16,6
Diploma/ Sarjana	10	33,4
<b>Usia</b>		
25-35 tahun	2	6,6
36-45 tahun	12	40,0
46-55 tahun	11	36,6
>55 tahun	5	16,8

Tabel 2 menggambarkan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan perlakuan (orientasi pasien baru menggunakan media audiovisual). Didapatkan data sebelum dilakukan perlakuan, mayoritas pasien memiliki pengetahuan dalam kategori cukup (75%). Setelah diberikan perlakuan (orientasi pasien baru menggunakan media audiovisual), mayoritas responden (85%) memiliki pengetahuan dalam kategori baik.



**Tabel 2. Persentase pengetahuan pasien di salah satu RS Swasta di Kediri sebelum dan sesudah perlakuan (n=30)**

Kategori pengetahuan	Pretest		Posttest	
	(%)	Mean ± SD	(%)	Mean ± SD
Baik (skor 67-100)	-	48,33 ± 4,57	85	79,33 ± 7,22
Cukup (skor 34-66)	75		15	
Kurang (skor 0-33)	25		-	
Total	100		100	

Untuk mengetahui perbedaan skor pengetahuan responden sebelum dan sesudah perlakuan, maka dilakukan analisis menggunakan *paired t-test* (data terdistribusi normal). Hasil analisis menunjukkan *p-value* sebesar 0,000. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang signifikan setelah intervensi, yang disajikan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Paired sample t-test**

Pengukuran	Mean	Std. Deviation	<i>p-value</i>
Pretest	48,33	4,57	0,000*
Posttest	79,33	7,22	

Keterangan: \*) signifikan  $p < 0,05$ .

## PEMBAHASAN

Penerapan orientasi pasien baru menggunakan video atau media audiovisual di salah satu RS swasta di Kediri terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman dan kenyamanan pasien. Penggunaan media audiovisual dalam proses orientasi, memungkinkan penyampaian informasi yang lebih jelas dan menarik, dibandingkan dengan metode konvensional seperti leaflet.<sup>9,10</sup> Media audiovisual mampu menyajikan informasi dengan kombinasi visual dan audio yang dapat menjelaskan prosedur rumah sakit, layanan yang tersedia, serta hak dan kewajiban pasien dengan cara yang lebih interaktif dan mudah dipahami oleh berbagai kalangan pasien, dengan tingkat pendidikan yang beragam.

Efektivitas media audiovisual ini juga didukung kemampuan menyampaikan pesan secara konsisten.<sup>11,12</sup> Setiap pasien menerima informasi yang sama tanpa variasi yang mungkin terjadi dalam penyampaian lisan oleh petugas yang berbeda. Selain itu, pasien dapat menonton video tersebut lebih dari sekali jika diperlukan, sehingga dapat memperkuat pemahaman mereka tentang informasi yang disampaikan. Hal ini sangat membantu, terutama bagi pasien yang mungkin merasa cemas atau bingung, selama proses orientasi awal di rumah sakit. Sejalan dengan penelitian Secco *et al.*,<sup>9</sup> menunjukkan bahwa orientasi pasien baru menggunakan media audiovisual, terbukti efektif mengurangi kecemasan dan ketakutan pada pasien yang menjalani kateterisasi jantung.

Media audiovisual memiliki kemampuan untuk menciptakan pengalaman belajar yang lebih menyenangkan dan menarik.<sup>13</sup> Efek suara, musik latar, dan animasi dapat menambah daya tarik presentasi sehingga pasien lebih fokus dan termotivasi untuk memperhatikan informasi yang disampaikan. Dengan demikian, pasien tidak hanya menerima informasi secara pasif, tetapi juga mengalami proses belajar yang lebih aktif dan menyenangkan.<sup>14</sup> Peningkatan pemahaman pasien melalui media audiovisual juga berdampak positif terhadap

pengalaman pasien secara keseluruhan.<sup>15,16</sup> Pasien merasa lebih percaya diri dan tenang karena mereka memahami proses dan prosedur yang akan mereka jalani. Hal ini tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien, tetapi juga dapat mengurangi beban kerja staf rumah sakit karena pasien yang lebih terpapar informasi, cenderung memiliki lebih sedikit pertanyaan dan kekhawatiran.<sup>12,17</sup> Lebih jauh lagi, penggunaan media audiovisual dalam orientasi pasien, dapat membantu meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit.<sup>18</sup> Dengan adanya video orientasi, staf rumah sakit dapat mengalokasikan waktu dan tenaga mereka untuk tugas-tugas lain yang juga penting sehingga meningkatkan produktivitas dan efisiensi kerja. Video orientasi juga dapat diperbarui dengan mudah, sesuai dengan perubahan kebijakan atau prosedur rumah sakit, untuk memastikan bahwa informasi yang diberikan selalu terkini dan akurat.

Penggunaan media audiovisual dalam orientasi pasien juga memiliki manfaat lain yang signifikan sehingga dapat disesuaikan dengan berbagai bahasa, memungkinkan rumah sakit untuk melayani pasien dari berbagai latar belakang budaya dan bahasa dengan lebih efektif.<sup>19,20</sup> Hal tersebut sangat penting di era globalisasi saat ini, ketika mobilitas manusia meningkat dan keberagaman pasien menjadi lebih umum. Secara keseluruhan, penerapan orientasi pasien baru menggunakan media audiovisual di RS swasta merupakan langkah yang efektif dalam meningkatkan kualitas layanan rumah sakit, serta kepuasan dan kenyamanan pasien. Penggunaan media ini tidak hanya meningkatkan pemahaman dan pengalaman pasien, tetapi juga berkontribusi pada efisiensi operasional rumah sakit.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Orientasi pasien baru berbasis media audiovisual berpengaruh signifikan dalam meningkatkan pengetahuan pasien. Media ini memfasilitasi penyampaian informasi dalam bentuk visual dan auditori secara bersamaan, sehingga memberikan kemudahan bagi pasien untuk memahami prosedur medis dan layanan yang tersedia. Selain itu, pengembangan konten video harus terus disesuaikan dengan kebutuhan pasien, termasuk penambahan visualisasi yang lebih interaktif dan informatif untuk berbagai kelompok usia dan latar belakang pendidikan. Evaluasi rutin terhadap efektivitas media ini juga penting dilakukan untuk memastikan bahwa informasi yang disampaikan tetap relevan dan mudah dipahami oleh pasien. Rumah sakit juga disarankan untuk menyediakan akses yang lebih luas terhadap media ini, misalnya dengan menempatkan video di ruang tunggu atau memberikan akses melalui platform digital yang dapat diakses oleh pasien di rumah. Hal ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan pasien, tetapi juga meningkatkan kepuasan mereka terhadap layanan yang diberikan oleh rumah sakit.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pasien di Instalasi Rawat Inap yang telah berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada salah satu RS swasta di Kediri yang telah memberikan kesempatan dan dukungan sebagai tempat pelaksanaan penelitian. Penulis juga berterima

kasih kepada Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri atas dukungan dan fasilitas yang diberikan selama proses penelitian ini berlangsung. Dukungan dan partisipasi dari semua pihak sangat berharga bagi keberhasilan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Rodiyah SP. The Provision of Orientation to The Anxiety Levels of The New Patient at The Ponok (obgyn) General Hospital Jombang. Indonesia Nurs J Educ Clin. 2015; 2(1): 88–91. <http://dx.doi.org/10.24990/injec.v2i1.15>.
2. Tiedman M. Anxiety Responses of Parents during and after The Hospitalization of Their 5 to 11 Years Old Children. J Pediatr Nurs. 1997; 12(2): 110–119. [https://doi.org/10.1016/s0882-5963\(97\)80031-0](https://doi.org/10.1016/s0882-5963(97)80031-0).
3. Zhafrirah NS & Palupi LM. Peran Keluarga sebagai Pengawas Menelan Minum Obat Anti Tuberkulosis pada Pasien TB Paru. Jurnal Media Keperawatan Politeknik Kesehatan Makassar. 2019; 11(1): 85–91. <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1534>
4. Kusnanto K, Guntarlin S, Arisandi DN. Admission Orientation Menurunkan Stres Pasien Awal Masuk Rumah Sakit. Jurnal Ners. 2017; 2(2): 141–146. <https://doi.org/10.20473/jn.v2i2.4971>.
5. Yanti F, Nuryani DD, Yanti DE. Peningkatan Pengetahuan dengan Menggunakan Media Video dan Booklet pada Klien yang Menjalani Kemoterapi. Jurnal Malahayati. 2022; 16(3): 204–214. [https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/view/7279/pdf\\_1](https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/view/7279/pdf_1).
6. Moe-Byrne T, Evans E, Benhebil N, Knapp P. The Effectiveness of Video Animations as Information Tools for Patients and The General Public: A Systematic Review. Front Digit Health. 2022; 4: 1–14. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1010779>.
7. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of Nurse-Patient Communication and Patient Satisfaction from Nursing Care. Nurs Open. 2019; 6(3): 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>.
8. Toralla O, Lopez Jornet P, Pons-Fuster E. The Effect of an Informative Video upon Anxiety and Stress in Patients Requiring an Oral Biopsy: A Randomized Controlled Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(2): 783–783. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020783>.
9. Secco AC, Beninca C, Scortegagna SA, Tognon AP, Espindola AV, Mognon J. Intervenção Psicológica Vídeo-Orientativa em Pacientes Submetidos ao Cateterismo Cardíaco. Psico. 2017; 48(3): 205–215. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.22773>.
10. Catherine H & May M. The Process of Developing Audiovisual Patient Information: Challenges and Opportunities. J Clin Nurs. 2007; 16(11): 2047–2055. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01758.x>.
11. Roymond S. Pengaruh Penyuluhan Identifikasi Pasien dengan Menggunakan Media Audiovisual terhadap Pengetahuan Pasien Rawat Inap. J Keperawatan Silampari. 2019; 3(1): 29–35. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.841>.
12. Bohdan B, Paravathaneni M, Hossain S, et al. Effect of Video Education about Potential Treatment-Related Side Effect on Patient's Anxiety, Depression, and Distress Level. Chest J. 2021; 160(4). <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2021.07.1269>.
13. Drokow EK, Effah CY, Agboyibor C, Sasu E, Amponsem-Boateng C, Akpabla GS, Ahmed HAW, Sun K. The Impact of Video-Based Educational Interventions on Cervical Cancer, Pap Smear and HPV Vaccines. Front Public Heal. 2021; 7(9): 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.681319>.
14. Shor J, Miyatani Y, Arita E, Chen P, Ito Y, Kayama H, Reiter J, Kobayashi K, Kobayashi T. Reducing Health Anxiety in Patients with Inflammatory Bowel Disease using Video Testimonials: Pilot Assessment of A Video Intervention. JMIR Form Res. 2023; 9(7): 1–9. <https://doi.org/10.2196/39945>.
15. Bozkurt M, Erkoc M, Can O, Danis E, Canat HL. The Effect of An Information Video on Preoperative Anxiety Level before Percutaneous Nephrolithotomy Procedure: A Prospective, Randomized Trial. Can Urol Assoc J. 2023; 17(3): 86–89. <https://doi.org/10.5489/cuaj.8005>.
16. Mahaseth RK, Pun R, Baral P. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Cervical Cancer Screening among Female Health Professionals of A Tertiary Care Hospital in Kathmandu District. Nepal Med. Coll J. 2023; 25(2): 165–170. <https://doi.org/10.3126/nmcj.v25i2.56079>.
17. Kamat N, Rajan Mallayasamy S, Sharma PSVN, Kamath A, Pai CG. Video Assisted Patient Education Improves Compliance with Follow Up and Depression Scores in Inflammatory Bowel Diseases. Postgrad Med. 2018; 130(3): 335–360. <https://doi.org/10.1080/00325481.2018.1442978>.
18. Rahmawati IN, Monitasari I, Putri DH, Arizda D, Pricila F, Rosydawati F, Sejati BL. The Use of Web-Based Digital Media to Enhance Admission Orientation for Patients in The Hospital. Health. 2023; 11(1): 48–51. <https://doi.org/10.4081/hls.2023.11174>.
19. Seyrafi N, Homayuni A, Hosseini Z, et al. Effectiveness of Educational Intervention on Women's Participation to Cervical Cancer Screening: A Quasi-Experimental Study Based on PEN-3 Model. BMC Cancer. 2022; 22: 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-10331-x>.
20. Tifanne W, Tuti A, Rr utik S H, Sudaryati, Muhammad N. Penggunaan Video Interaktif sebagai Upaya Optimalisasi Edukasi Persiapan Operasi oleh Perawat Setting Rawat Jalan. J. Telenursing. 2023; 5(2): 3323–3330. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.7855>.

## Gambaran Perilaku *Phubbing* pada Mahasiswa Keperawatan UNSOED di Masa Endemi COVID-19

### *Description of Phubbing Behavior among Nursing Students in UNSOED during COVID-19 Endemic*

Ilham Wiguna<sup>1\*</sup>, Sidik Awaludin<sup>2</sup>, Wahyudi Mulyaningrat<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan,  
Universitas Jenderal Soedirman

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan,  
Universitas Jenderal Soedirman

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan,  
Universitas Jenderal Soedirman

**Submitted:** 09 September 2024

**Revised:** 18 Oktober 2024

**Accepted:** 19 November 2024

#### ABSTRACT

**Background:** Phubbing is a behaviour when a person keeps staring at the cell phone during social interactions, thus ignoring the interlocutor or speaking opponent. This behavior obviously disturb interpersonal relationship and may hurt other people feeling. While phubbing behavior is quite common among college students, it becomes interesting to explore.

**Objective:** To describe phubbing behavior among UNSOED Nursing students during the COVID-19 endemic.

**Method:** The research was descriptive with cross-sectional approach. This involved UNSOED Nursing students as respondents, with a sample of 203 which were chosen using the proportionate stratified random sampling technique. The instruments was Phubbing Scale, which consisted of two factors: communication disorders and obsession with cell phones. Data were analyzed using univariate methods.

**Results:** Most of the respondents (91%) were women with a median age of 20 years old. Most of the respondents showed moderate behavior phubbing (87%), but 13% showed high phubbing behavior. For the dimensions of communication disorders and the greatest obsession with cell phones, the majority of respondents were at moderate level, with 91% and 65% consecutively.

**Conclusion:** Phubbing behavior among UNSOED nursing students are at moderate level. Attention is needed toward cellphone usage to maintain caring practice among nursing students.

**Keywords:** Endemic of COVID-19; phubbing; nursing; student.

#### INTISARI

**Latar belakang:** *Phubbing* adalah praktik melihat layar ponsel saat berinteraksi sosial sehingga mengabaikan lawan bicara. Perilaku ini dapat mengganggu hubungan antar manusia dan menyakiti perasaan orang lain. Kecenderungan perilaku *phubbing* banyak ditemukan pada mahasiswa sehingga menjadi fenomena yang menarik untuk diteliti.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk melihat bagaimana gambaran perilaku *phubbing* mahasiswa Keperawatan UNSOED selama endemi COVID-19.

**Metode:** Penelitian deskriptif *cross-sectional* ini melibatkan mahasiswa Keperawatan UNSOED, dengan sampel 203 responden menggunakan teknik *proportionate stratified random-sampling*. Instrumen yang digunakan adalah *The Phubbing Scale* yang terdiri dari dua faktor, gangguan komunikasi dan obsesi terhadap ponsel. Data dianalisis dengan metode *univariat*.

**Hasil:** Sebagian besar responden (91%) perempuan dengan nilai tengah usia 20 tahun. Sebagian besar responden menunjukkan perilaku *phubbing* sedang (87%), tetapi sebanyak 13% menunjukkan perilaku *phubbing* tinggi. Pada dimensi gangguan komunikasi dan obsesi terbesar terhadap ponsel mayoritas responden berada pada tingkat sedang (91% dan 65%).

**Simpulan:** Perilaku *phubbing* mahasiswa keperawatan UNSOED berada pada tingkat sedang. Diperlukan pengawasan terhadap penggunaan ponsel agar penerapan konsep *caring* dapat dilaksanakan secara konsisten.

**Kata kunci:** Endemi COVID-19; keperawatan; mahasiswa; *phubbing*.

## PENDAHULUAN

COVID-19 mulai muncul di tahun 2020. World Health Organization (WHO) pada 12 Maret 2020 menyatakan COVID-19 sebagai pandemi internasional. COVID-19 yang berasal dari *ribonucleic acid* (RNA) selama 2 dekade pandemi mengalami berbagai mutasi genetik dari varietas *Alpha* hingga *Omicron*. Para ahli di beberapa negara mengklaim bahwa perubahan status dari pandemi ke endemi telah terjadi karena menurunnya kasus COVID-19 pada gelombang *Omicron*.<sup>1</sup>

WHO menyatakan bahwa sampai 9 Desember 2022, tercatat kasus COVID-19 sudah terjadi di 234 negara dengan 642.924.560 jiwa terkonfirmasi. Di Indonesia sendiri, tercatat sebanyak 6.695.010 jiwa penderita positif COVID-19.<sup>2</sup>

Pada masa pandemi COVID-19, kebanyakan aktivitas dilakukan dari rumah, hingga membuat masyarakat merasa harus memiliki *smartphone* untuk beraktivitas jarak jauh.<sup>3</sup> Hal ini dilakukan agar kemampuan bersaing dalam kehidupan semakin tinggi, maka harus diimbangi dengan tingginya kemampuan memanfaatkan teknologi komunikasi.<sup>4</sup> Teknologi komunikasi, dalam perkembangannya telah memudahkan kita untuk mendapatkan informasi secara cepat, efisien, dan fleksibel.

Di Indonesia, terdapat 204,7 juta pengguna internet yang aktif. Angka tersebut kian meningkat dibandingkan pada tahun 2021 yang tercatat sebanyak 202,6 juta, dengan kenaikan sebesar 1,03%.<sup>5</sup> Jumlah pengguna *smartphone* terbanyak di Indonesia berada pada pulau Jawa (86,6%).

Internet diakses oleh banyak orang melalui *smartphone* atau ponsel, sebagai media komunikasi dan mencari informasi. Namun, sering kali akses *smartphone* ini disalahgunakan, misalnya asyik sendiri mengakses internet saat sedang berkumpul bersama teman, keluarga, maupun saat perkuliahan. Hal tersebut merupakan perilaku yang disebut *phubbing*.<sup>6</sup>

Perilaku *phubbing* merupakan perilaku seseorang yang melihat ponsel ketika berbicara atau berurusan dengan orang lain, hingga mengabaikan komunikasi interpersonal. Dari segi aspek, *phubbing* dibagi menjadi 2, yakni gangguan komunikasi dan obsesi terhadap ponsel.<sup>7</sup> Menurut Normawati, Maryam, & Priliantini<sup>8</sup> dampak dari *phubbing*, yaitu dapat menyebabkan tersakitinya lawan bicara dan buruknya suatu hubungan. Jadi, *phubbing* tidak hanya lebih umum terjadi, tetapi kemungkinan efeknya juga dapat menghancurkan proses interaksi sosial.<sup>9</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Cao, Jiang, & Liu<sup>10</sup> menunjukkan bahwa mahasiswa menggunakan ponsel sebagai alat komunikasi dan hiburan (81,32%), kebanyakan dari mereka (92,31%) merasa tidak nyaman tanpa ponsel. Penelitian selanjutnya, oleh Mariati &

Sema<sup>9</sup> menunjukkan bahwa dari 95 mahasiswa aktif di Fakultas Ilmu Kesehatan, sebanyak 60 mahasiswa (63,1%) di antaranya melakukan *phubbing*, dan 37 mahasiswa (38,9%) mengalami gangguan proses interaksi sosial. Adapun penelitian Rosdiana & Hastutiningtyas<sup>11</sup> menunjukkan bahwa dari 92 mahasiswa keperawatan, sebanyak 69 mahasiswa (75%) di antaranya mempunyai perilaku *phubbing* yang tinggi. Menurut mereka, perilaku *phubbing* merupakan tindakan yang benar dan wajar.

Saat ini, penggunaan ponsel memang membuat seseorang cenderung acuh terhadap orang di sekitar, terutama dalam komunikasi interpersonal yang menyangkut konsep *caring*. Seharusnya, individu dapat menyadari bahwa saat berkomunikasi tatap muka dengan orang lain, perilaku *phubbing* harus dihindari dan tetap menunjukkan sikap *caring*. *Caring* adalah perilaku yang memberi rasa aman secara fisik dan emosi kepada orang lain dengan tulus. *Caring* merupakan fenomena universal yang memengaruhi cara berpikir, berperasaan, dan bersikap pada manusia ketika berinteraksi dengan orang lain. Adapun tujuan *caring* adalah memberi asuhan fisik dengan memperhatikan emosi melalui perhatian, empati, dan cinta. Swanson menyatakan bahwa terdapat 5 dimensi dasar dari konsep *caring*, yaitu memelihara kepercayaan, mengetahui, kehadiran, melakukan, dan memampukan. Keterlibatan dan interaksi merupakan 2 *sub*-kategori dari definisi *caring*.<sup>12</sup>

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan melalui survei kepada 10 mahasiswa keperawatan UNSOED, semua responden mengatakan memiliki *smartphone* dan menggunakannya selama 5 jam sehari. Menurut mereka, tidak mengapa bermain *smartphone* saat mengobrol, bahkan saat diwawancara langsung, beberapa kali mereka tampak mengacuhkan peneliti melalui *smartphone* miliknya. Hal itu adalah salah satu bentuk perilaku *phubbing*.

Penelitian yang mengidentifikasi gambaran dimensi *phubbing*, yakni gangguan komunikasi dan obsesi terhadap ponsel saat komunikasi *face to face* pada mahasiswa keperawatan secara umum belum pernah dilakukan, khususnya pada mahasiswa Keperawatan UNSOED di masa endemi COVID-19. Selain itu, dampak dari pandemi COVID-19, di masa endemi saat ini penggunaan *smartphone* pada mahasiswa keperawatan dapat mengabaikan komunikasi secara interpersonal, hingga menghilangnya konsep *caring*. Hal ini terjadi khususnya di UNSOED sebagai perguruan tinggi negeri peringkat pertama dan terbesar di Banyumas Jawa Tengah. Oleh karena itu, penelitian mengenai hal ini penting untuk dilakukan.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran perilaku *phubbing* pada mahasiswa Keperawatan UNSOED di masa COVID-19. Harapannya, agar dapat memberikan deskripsi yang jelas mengenai karakteristik responden, tingkat keparahan perilaku *phubbing*, serta gambaran dimensi *phubbing*, sehingga mahasiswa dapat mengidentifikasi lebih dini gambaran perilaku *phubbing* dan dapat mencegahnya. Dengan demikian, penelitian ini dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas mutu pendidikan keperawatan, sebagai bahan pembelajaran, baik di kalangan mahasiswa pendidikan sarjana maupun profesi, terkait konsep *caring*.



## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Penelitian dilakukan melalui metode survei pada mahasiswa keperawatan UNSOED angkatan 2019-2022 berstatus aktif, yang berjumlah 428 mahasiswa. Penelitian dilakukan dari bulan September 2022 sampai Februari 2023, yang pada saat itu proses kegiatan belajar mengajar masih dilakukan secara *blended learning*.

Adapun teknik *sampling* yang digunakan adalah *proportionate stratified random-sampling* dengan penentuan besar sampel berdasarkan rumus Slovin yang ditambah 10% sehingga didapatkan hasil sebesar 223 mahasiswa yang dipilih secara acak dengan proporsi pada tiap angkatan 2019 (55,55%), 2020 (67,18%), 2021 (50,86%), dan 2022 (44,29%). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini, yaitu memiliki ponsel/ *smartphone* pribadi, kuota internet, dan bersedia menjadi responden. Sementara itu, kriteria eksklusi yakni mahasiswa yang sedang sakit.

Kuesioner *The Phubbing Scale* telah disusun oleh Karadağ *et al.*,<sup>7</sup> dan dialih bahasakan oleh Fauzan.<sup>13</sup> Kuesioner memuat pernyataan positif dan negatif berbentuk tanggapan dengan total 25 unit pernyataan yang terdiri dari dua bagian, yaitu bagian pertama meliputi aspek gangguan komunikasi pada unit nomor 1-18 dan bagian kedua meliputi aspek obsesi terhadap ponsel pada unit pernyataan nomor 19-25. Kisi-kisi instrumen ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Instrumen *Phubbing Scale*<sup>13</sup>

No	Dimensi	Indikator	Unit		Jumlah
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Gangguan komunikasi	Menerima atau melakukan panggilan telepon ketika sedang berkomunikasi.	1, 4	2, 3, 5	5
		Membalas pesan singkat (SMS/ <i>chat</i> ) ketika sedang berkomunikasi.	7, 8	6	3
		Mengirim pesan singkat (SMS/ <i>chat</i> ) ketika sedang berkomunikasi.	9, 10		2
		Mengecek notifikasi media sosial ketika sedang berkomunikasi.	11, 14	12, 13	4
		Kelekatan terhadap ponsel.	15, 16, 17, 18		4
2	Obsesi terhadap ponsel	Cemas ketika jauh dari ponsel.	19, 20	21	3
		Kesulitan dalam mengatur penggunaan ponsel.	22, 23, 24	25	4
<b>Jumlah</b>					25

Kuesioner *The Phubbing Scale* berisi 25 unit pertanyaan berskala *Likert* dengan kategori Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Setuju (S), dan Sangat Setuju (SS). Rentang nilai untuk mengukur tanggapan responden dalam kuesioner terbagi menjadi 2 rentang, yaitu *favorable* dengan nilai satu (1) untuk STS sampai empat (4) untuk SS dan *unfavorable* dengan nilai (1) untuk SS sampai (4) untuk STS.



Interpretasi nilai mengacu pada pedoman interpretasi skor, yaitu rendah ( $X < (M-1SD)$ ), sedang ( $(M-1SD) \leq X < (M+1SD)$ ), dan tinggi ( $(M+1SD) \leq X$ ).<sup>14</sup> Perilaku *phubbing* didapatkan dari skor 1 sampai 4, kemudian diperoleh hasil nilai terendah ( $X_{min}$ ), tertinggi ( $X_{max}$ ), dan *range* berturut-turut adalah 25, 100, dan 75. *Mean* dan standar deviasi, yaitu 62,5 dan 12,5 kemudian didapatkan skor rendah ( $X < 50$ ), sedang ( $50 \leq X < 75$ ), tinggi ( $75 \leq X$ ). Sementara untuk dimensi gangguan komunikasi sebanyak 18 unit, didapatkan hasil nilai  $X_{min}$ ,  $X_{max}$ , dan *range* adalah 18, 72, dan 54, sehingga *mean* 45 dan standar deviasi 9, maka skor rendah ( $X < 36$ ), sedang ( $36 \leq X < 54$ ), tinggi ( $54 \leq X$ ). Untuk dimensi obsesi terhadap ponsel sebanyak 7 unit, didapatkan hasil nilai  $X_{min}$ ,  $X_{max}$ , dan *range* adalah 7, 28, dan 21, sehingga *mean* 17,5 dan standar deviasi 3,5, maka skor rendah ( $X < 14$ ), sedang ( $14 \leq X < 21$ ), tinggi ( $21 \leq X$ ).

Pengukuran validitas kuesioner *The Phubbing Scale*<sup>7</sup> dalam penelitian ini telah dilakukan oleh Fauzan.<sup>13</sup> Dari hasil uji validitas didapatkan seluruh unit memiliki muatan faktor *loading* positif dengan satu unit yang tidak signifikan ( $t\text{-value} < 1,96$ ), yaitu unit 5 yang bernilai 1,65. Hasil uji reliabilitas yang telah dilakukan oleh Fauzan dengan kuesioner *The Phubbing Scale* menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* ( $\alpha$ ) sebesar 0,841 yang berarti dinyatakan sangat reliabel.

Pada penelitian ini dilakukan analisis data *univariat* terhadap perilaku *phubbing*, gangguan komunikasi, obsesi terhadap ponsel, usia, dan jenis kelamin, yaitu dengan menghitung persentase (untuk data kategorik), serta ukuran pemusatan data dari variabel (untuk data numerik).<sup>15</sup> Adapun skala data kategorik disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Penelitian telah mendapatkan kelayakan etik pada tanggal 7 Februari 2023 melalui surat nomor 1021/EC/KEPK/II/2023. Semua responden yang setuju terlibat dalam penelitian, diminta untuk menandatangani *informed consent*.

## HASIL

Tabel 2 menampilkan karakteristik responden. Terlihat bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan nilai tengah usia responden 20 tahun.

**Tabel 2. Karakteristik responden di Program Ilmu Keperawatan UNSOED tahun 2022 (n = 223)**

Variabel	Frekuensi (%)	Median (Min-Max)
Usia		20 (17-23)
Jenis kelamin		
Laki-laki	20 (9,0)	
Perempuan	203 (91,0)	

Gambaran perilaku *phubbing* responden ditampilkan pada Tabel 3. Terlihat bahwa pada penelitian ini, responden paling banyak dalam kategori *phubbing* sedang, sebanyak 87%.

**Tabel 3. Perilaku *phubbing* pada responden di Program Ilmu Keperawatan UNSOED tahun 2022 (n = 223)**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Perilaku <i>phubbing</i>		
Rendah (0-49)		
Sedang (50 – 74)	194	87,0
Tinggi (75-100)	29	13,0

Gambaran dimensi *phubbing* responden ditampilkan pada Tabel 4. Terlihat bahwa responden dengan frekuensi paling tinggi, muncul pada dimensi gangguan komunikasi sedang dan observasi terhadap ponsel sedang.

**Tabel 4. Dimensi *phubbing* pada Responden di Program Ilmu Keperawatan UNSOED tahun 2022 (n = 223)**

Dimensi	Frekuensi	Persentase (%)
<b>Gangguan komunikasi</b>		
Rendah (skor < 36)	-	-
Sedang (36 – 53)	203	91,0
Tinggi (≥ 54)	20	9,0
<b>Obsesi terhadap ponsel</b>		
Rendah (skor < 14)	5	2,2
Sedang (14 – 20)	147	65,9
Tinggi (≥ 21)	71	31,8

Untuk mengetahui lebih detail hasil *The Phubbing scale*, peneliti menganalisis per unit pertanyaan yang ditampilkan pada Tabel 5. Tabel 5 menunjukkan bahwa unit pertanyaan tertinggi pada responden, yaitu *unfavorable* nomor 12 yakni “memperhatikan kontak mata ketika berbicara dengan lawan bicara adalah hal yang paling penting daripada mengecek notifikasi yang masuk di telepon genggam saya” dengan hasil sebanyak 117 responden menjawab sangat tidak setuju (jumlah skor 769). Pertanyaan yang paling menggambarkan dimensi obsesi terhadap ponsel adalah unit nomor 25 yang menyatakan, “Saya akan meninggalkan telepon genggam (HP) ketika saya sedang belajar”. Sebagian besar responden menyatakan tidak setuju (sebanyak 102 responden) dengan skor 649.

**Tabel 5. Unit pertanyaan untuk responden di Program Ilmu Keperawatan UNSOED tahun 2022 (n = 223)**

No	Unit Pertanyaan	Frekuensi			
		STS	TS	S	SS
<b>Bagian I</b>					
1	Ketika telepon genggam (HP) saya berdering, saya akan segera menjawab telepon tersebut, walaupun saya sedang berbicara hal penting dengan teman saya.	27	83	90	23
2	Saya akan menonaktifkan telepon genggam (HP) saat sedang mengikuti perkuliahan di kelas.	62	70	86	5
3	Saya lebih memilih untuk menolak panggilan masuk pada telepon genggam (HP) saya, ketika sedang berbicara dengan teman.	12	58	140	13
4	Saya lebih tertarik untuk melakukan panggilan telepon daripada berbicara dengan teman dalam sebuah acara.	99	109	12	3
5	Ketika saya sedang berkomunikasi dalam sebuah acara dan telepon genggam (HP) saya berdering, maka saya akan menerima panggilan telepon tersebut, dengan meminta izin terlebih dahulu kepada lawan bicara.	113	82	24	4
6	Ketika dalam sebuah acara, saya akan mengabaikan pesan/ <i>chat</i> masuk di telepon genggam (HP) saya.	26	104	89	4
7	Saya akan membalas pesan/ <i>chat</i> masuk di telepon genggam (HP) saya, meskipun saya sedang berbicara dengan teman.	25	116	71	11
8	Membalas pesan/ <i>chat</i> ketika sedang berkomunikasi dengan teman adalah hal yang wajar menurut saya.	25	98	90	10
9	Saya suka mengirim pesan/ <i>chat</i> walaupun sedang berbicara dengan teman.	30	123	65	5
10	Mengirim pesan/ <i>chat</i> ketika sedang berkomunikasi dengan teman adalah hal yang wajar menurut saya.	29	98	91	5

**Tabel 5. Unit pertanyaan untuk responden di Program Ilmu Keperawatan UNSOED tahun 2022 (n = 223) (lanjutan)**

No	Unit Pertanyaan	Frekuensi			
		STS	TS	S	SS
11	Mata saya tertuju pada telepon genggam (HP) ketika saya sedang berkumpul bersama teman, hanya untuk mengecek apakah ada notifikasi yang masuk.	32	105	69	17
12	Memperhatikan kontak mata ketika berbicara dengan lawan bicara adalah hal yang paling penting daripada mengecek notifikasi yang masuk di telepon genggam (HP) saya.	117	91	13	2
13	Saya akan mengabaikan notifikasi yang muncul di telepon genggam (HP) saya, ketika saya sedang berbicara dengan teman.	27	102	92	2
14	Saya selalu mengecek notifikasi pada telepon genggam (HP) saya, walaupun saya sedang berbicara dengan teman.	23	118	75	7
15	Ketika saya bangun tidur, yang pertama kali saya cari adalah telepon genggam (HP) saya.	7	31	108	77
16	Ketika saya pergi dan lupa membawa telepon genggam (HP), saya akan kembali pulang untuk mengambilnya.	3	46	100	74
17	Saya meletakkan telepon genggam (HP) dalam jangkauan saya.	4	11	129	79
18	Sulit bagi saya untuk lepas dari telepon genggam (HP).	11	54	104	54
<b>Bagian II</b>					
19	Ketika saya pergi dan lupa membawa telepon genggam (HP), saya merasa cemas.	9	65	93	56
20	Saya merasa cemas ketika saya jauh dari telepon genggam (HP).	12	88	83	40
21	Saya akan merasa lebih cemas ketika saya tidak membawa dompet, daripada tidak membawa telepon genggam (HP) saat bepergian.	53	75	80	15
22	Intensitas penggunaan telepon genggam (HP) saya meningkat dari hari ke hari.	9	104	84	26
23	Waktu yang saya alokasikan untuk kegiatan sosial, pribadi, dan tugas-tugas lainnya berkurang karena penggunaan telepon genggam (HP).	23	90	78	32
24	Sulit bagi saya untuk mengatur penggunaan telepon genggam (HP).	15	79	99	30
25	Saya akan meninggalkan telepon genggam (HP) ketika saya sedang belajar.	53	102	63	5

## PEMBAHASAN

Mayoritas responden dalam penelitian ini adalah perempuan. Perempuan sering dianggap memiliki perasaan yang lebih dalam, lembut, dan perhatian dalam melakukan sesuatu. Hal ini menyebabkan sebagian besar perempuan lebih berminat menjadi perawat karena merasa sudah sesuai dengan fitrahnya. Oleh karena itu, jumlah mahasiswa yang berminat menjadi perawat didominasi oleh perempuan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Whiteside and Butcher<sup>16</sup> bahwa keperawatan memang dianggap lebih cocok untuk perempuan karena perempuan lebih identik dengan pekerjaan yang membutuhkan pemberian perhatian dengan kelembutan.

Nilai tengah usia responden dalam penelitian ini adalah 20 tahun dengan rentang usia 17-23 tahun. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya oleh Potter *et al.*,<sup>17</sup> yang mendapatkan responden penelitian pada rentang usia 13-20 tahun dengan jumlah responden sebanyak 57 orang dan fase dewasa muda pada rentang awal 20-an hingga pertengahan 30-an tahun dengan jumlah responden sebanyak 32 orang. Begitu pun dengan penelitian sebelumnya oleh Chotpitayasunondh & Douglas<sup>18</sup> yang dilakukan pada 352 responden dengan rentang usia 18-61 tahun.

Mahasiswa Keperawatan UNSOED di masa endemi COVID-19 secara umum masuk ke dalam perilaku *phubbing* tingkat sedang dengan jumlah mahasiswa 194 orang (87%), sedangkan pada dimensi *phubbing*, paling banyak berada pada kelompok tingkat sedang. Hal ini sejalan dengan keputusan Rektor<sup>19</sup> melalui Surat Edaran Nomor 12/UN23/PK.01/2022 tentang Pelaksanaan Kegiatan Belajar Mengajar (KBM) Semester Genap Tahun Akademik 2021/2022. Surat edaran ini ditujukan kepada seluruh civitas akademika di lingkungan UNSOED, yang menyatakan bahwa KBM secara luring dalam ruangan/kelas/laboratorium dibatasi waktu 30 menit dengan jeda antar kegiatan minimal 30 menit. Sementara pelaksanaan dan daftar hadir perkuliahan menggunakan platform E-learning Jenderal Soedirman University (Eldiru). Penelitian oleh Mahmudi, Mas'ula, & Purnamawati<sup>20</sup> menjelaskan bahwa pembelajaran pascapandemi COVID-19 menggunakan sistem blok dengan siswa 50% daring dan 50% luring yang berbasis manajemen *blended learning*, yakni model pembelajaran yang memadukan daring (*online*) dan luring (*offline*) melalui *learning management system* seperti Google Classroom dan Moodle. Hal seperti ini sudah menjadi kurikulum yang umum dan digunakan oleh banyak sekolah di Indonesia.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Fauzan,<sup>13</sup> yang menyebutkan bahwa dari 186 subjek penelitian, mayoritas responden memiliki perilaku *phubbing* tingkat rendah, yaitu 105 orang (56,5%). Hasil dari kedua penelitian ini berbeda karena terdapat perbedaan dalam pembagian kategori skor *phubbing*. Penelitian saat ini membagi skor *phubbing* menjadi 3 tingkat, yaitu rendah, sedang, dan tinggi, sedangkan pada penelitian oleh Fauzan hanya membagi skor *phubbing* menjadi 2 tingkat, yaitu rendah dan tinggi.

Dimensi gangguan komunikasi pada mahasiswa keperawatan UNSOED di masa endemi COVID-19 menduduki tingkat sedang, sebanyak 203 mahasiswa (91%). Unit pertanyaan yang paling mewakili keadaan responden pada dimensi ini, yaitu *unfavorable* nomor 12 dengan skor 769 yang merupakan skor unit pertanyaan tertinggi, yang menyatakan bahwa "memperhatikan kontak mata ketika berbicara dengan lawan bicara adalah hal yang paling penting daripada mengecek notifikasi yang masuk di telepon genggam (HP) saya". Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa responden mengalami gangguan komunikasi karena mereka lebih mementingkan untuk mengecek notifikasi yang masuk di ponsel dibanding memperhatikan kontak mata lawan bicara. Sementara itu, pada penelitian Hanika<sup>14</sup> terdapat 64% responden yang tidak meminta izin terlebih dahulu kepada lawan bicaranya untuk menggunakan ponsel. Hal ini menyebabkan munculnya perasaan negatif pada lawan bicara. Selain itu, lawan bicara juga akan merasa disepelekan, tidak diapresiasi, dan bahkan dapat menyebabkan perasaan dikucilkan.<sup>21</sup>

Hal tersebut berbanding terbalik dengan dimensi dari konsep *caring* dalam buku Kusnanto,<sup>12</sup> bahwa hadir secara fisik serta berbagi perasaan dengan tidak membebani, merupakan salah satu indikator yang harus terpenuhi dari dimensi "*being with*" untuk mendasari konsep *caring*.

Lumbantobing *et al.*,<sup>22</sup> dalam penelitiannya menjelaskan bahwa *caring* merupakan bagian dari sikap pro-sosial, yaitu kebalikan dari antisosial. Menurutnya, upaya peningkatan *caring* pada remaja penting untuk dilakukan karena dapat meningkatkan aktualisasi diri, pertumbuhan individu, membentuk harga diri, dan menurunkan stres, serta bermanfaat bagi pembentukan kualitas diri seorang individu saat dihadapkan dalam pekerjaan. Hal ini seperti yang diterapkan dalam profesi keperawatan, bahwa *caring* dapat menjadi penentu tingkat kepuasan klien dalam menerima pelayanan keperawatan.

Dimensi obsesi terhadap ponsel pada mahasiswa Keperawatan UNSOED di masa endemi COVID-19 menduduki tingkat sedang, yaitu sebanyak 147 mahasiswa (65,9%). Unit pertanyaan yang paling mewakili keadaan responden pada dimensi ini, yaitu unit nomor 25 yang menyatakan, "Saya akan meninggalkan telepon genggam (HP) ketika saya sedang belajar". Sebagian besar responden menyatakan tidak setuju. Hal ini dapat disimpulkan bahwa responden mengalami kesulitan untuk meninggalkan ponsel ketika sedang belajar karena mereka terobsesi terhadap ponsel.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abivian<sup>23</sup> bahwa obsesi terhadap ponsel yang ditemui pada partisipan dalam bentuk merasa kehilangan sesuatu bila tanpa kehadiran ponsel sehingga ponsel diletakkan pada suatu tempat yang mudah dijangkau untuk memudahkan dalam memeriksa notifikasi ponsel. Dijelaskan pula bahwa memeriksa notifikasi ponsel secara berulang dapat menurunkan alokasi waktu untuk melakukan aktivitas lain. Penelitian oleh Ang *et al.*,<sup>24</sup> menjelaskan bahwa adanya hubungan antara obsesi ponsel dengan tingkat percaya diri. Orang yang ketergantungan ponsel akan memiliki gangguan berkomunikasi dengan orang lain sehingga terdapat konflik interpersonal yang juga akan memengaruhi adanya rasa kurang percaya diri pada remaja.

Hal tersebut berbanding terbalik dengan dimensi dari konsep *caring* yang menyatakan bahwa rasa kepercayaan diri adalah salah satu indikator yang harus terpenuhi dari dimensi "*maintaining belief*" untuk mendasari konsep *caring*.<sup>12</sup> Nusantara & Wahyusari<sup>25</sup> dalam penelitiannya menjelaskan bahwa mahasiswa tidak memiliki keberanian dalam menjalin komunikasi dengan pasien sehingga mereka tidak menunjukkan perilaku *caring* kepada pasien. Menurutnya, perilaku *caring* pada mahasiswa keperawatan berpengaruh dalam pencapaian kompetensinya karena *caring* bukan hanya perasaan emosional atau perilaku saja, tetapi perhatian untuk mencapai perawatan yang lebih baik.

## SIMPULAN DAN SARAN

Perilaku *phubbing* di kalangan mahasiswa keperawatan UNSOED sebagian besar pada tingkat *phubbing* sedang, dengan dimensi gangguan komunikasi dan obsesi terhadap ponsel juga berada pada tingkat sedang. Menurut peneliti, tingkat *phubbing* pada mahasiswa keperawatan UNSOED di masa endemi COVID-19 ini kemungkinan meningkat lebih tinggi. Oleh karena itu, supaya terhindar dari penggunaan ponsel secara berlebihan, maka peneliti

menyarankan adanya kegiatan lain untuk mengalihkan ke hal-hal yang bermanfaat, seperti melatih kemampuan berkomunikasi secara *caring*, mahasiswa harus mengurangi penggunaan ponsel, dan mematikan ponsel saat berinteraksi sosial atau berbicara dengan orang lain.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden yang telah bersedia membantu hingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan saran dan dukungan terhadap kelancaran pelaksanaan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Nurvita S, Chotimah SN. Video Edukasi Upaya Masyarakat dalam Menghadapi Transisi Endemi Covid-19. *Jurnal Pengabdian*. 2022; 5(2): 161–9. <https://jurnal.untan.ac.id/index.php/JPLP2KM/article/view/54145/pdf>.
2. Satgas Penanganan COVID-19. Informasi Terbaru Seputar Penanganan Covid-19 di Indonesia oleh Pemerintah [homepage on the internet].c.2022. [updated 2022 Dec 8; cited 2022 Dec 9]. Available from <https://covid19.go.id>.
3. Febriyanti S, Yuningsih R. Analisis Dampak Pandemi Covid-19 terhadap Pembelian Smartphone di Indonesia. *Natl Conf Soc Sci Relig*. 2022; 4: 713–717. <https://doi.org/10.20885/ncsf.vol4.art26>.
4. Silangen M, Tuwohingide D, Papuas A. Analisis Penggunaan Perangkat Teknologi Informasi dan Komunikasi di Bebalang Selang Pandemi Covid-19. *J Ilmiah Behongang*. 2022; 5(1): 13–8. <https://e-journal.polnustar.ac.id/jib/article/view/392/470>.
5. Adisty N. Mengulik Perkembangan Penggunaan Smartphone di Indonesia [homepage on the internet].c.2022. [updated Dec 1; cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://goodstats.id/article/mengulik-perkembangan-penggunaan-smartphone-di-indonesia>.
6. Rahayu BB. Intensitas Mengakses Media Sosial dengan Perilaku Phubbing pada Mahasiswa. *Psikoborneo*. 2021; 9(3): 519–27. <http://dx.doi.org/10.30872/psikoborneo.v9i3.6496>.
7. Karadağ E, Tosuntaş ŞB, Erzen E, Duru P, Bostan N, Şahin BM, et al. Determinants of Phubbing, Which is The Sum of Many Virtual Addictions: A Determinants of Phubbing, Which is The Sum of Many Virtual Addictions: A Structural Equation Model. *J Behav Addict*. 2015; 4(2): 60–74. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.005>.
8. Normawati, Maryam S, Priliantini A. Influence of The Campaign “Let’s Disconnect to Connect” on Anti-Phubbing Attitude (Survey in Line Starbucks Indonesia Official Account Followers. *J Komunikasi, Media dan Informasi*. 2018; 7(3): 155–64. <http://dx.doi.org/10.31504/komunika.v7i3.1665>.
9. Mariati LH, Sema MO. Hubungan Perilaku Phubbing dengan Proses Kesehatan Interaksi Sosial Mahasiswa di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng. *J Wawasan Kesehatan*. 2019 ;4(2): 51–5. <https://stikessantupaulus.e-journal.id/JWK/article/view/60/40>.
10. Cao S, Jiang Y, Liu Y. Analysis of Phubbing Phenomenon among College Students and Its Recommendations. *J Arts Humanities*. 2018; 07(12): 27–32. <https://doi.org/10.18533/journal.v7i12.1524>.
11. Rosdiana Y, Hastutiningtyas W. Hubungan Perilaku Phubbing dengan Interaksi Sosial pada Generasi Z Mahasiswa Keperawatan Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang. *J Kesehat Mesencephalon*. 2020;6(1):42–7. <http://dx.doi.org/10.36053/mesencephalon.v6i1.194>.
12. Kusnanto. *Perilaku Caring Perawat Profesional*. Surabaya, Jawa Timur: Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga (AUP); 2019.
13. Fauzan AA. Analisis Psikometrik Instrumen Phubbing dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya [Skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta; 2018.
14. Hanika IM. Fenomena Phubbing di Era Milenial (Ketergantungan Seseorang pada Smartphone terhadap Lingkungannya). *Jurnal Interaksi*. 2015; 4(1): 42–51. <https://doi.org/10.14710/ijfst.%25v.%25i.141-150>.
15. Tambunan TS. editor. *Metode Penelitian Pendekatan Kuantitatif*. Bandung, Jawa Barat: CV. Media Sains Indonesia; 2021.
16. Whiteside J, Butcher D. Not A Job For A Man: Factors in The Use of Touch by Male Nursing Staff. *Br J Nurs*. 2015; 24(6): 335–41. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.6.335>.
17. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. *Fundamental of Nursing*. 8th ed [Internet]. Elsevier Ltd; 2015.
18. Chotpitayasonondh V, Douglas KM. The Effects of “Phubbing” on Social Interaction. *J Appl Soc Psychol*. 2018; 48(6): 304–306. <http://dx.doi.org/10.1111/jasp.12506>.
19. Universitas Jenderal Soedirman. Surat Edaran Nomor: 12/UN23/PK.01/2022 tentang Pelaksanaan Kegiatan Belajar Mengajar (KBM) Semester Genap Tahun Akademik 2021/2022. Purwokerto, Indonesia; 2022 [homepage on the internet]. c.2021. [update 2021; cited 2024]. Available from <https://fmipa.unsoed.ac.id/pengumuman/surat-edaran-pelaksanaan-kegiatan-belajar-mengajar-kbm-semester-genap-ta-2021-2022/>.
20. Mahmudi IS, Mas’ula, Purnamawati. Efektivitas Manajemen Pembelajaran dengan Metode Blended Learning

- melalui Jejaring Moodle dan Google Class Room Pasca-Covid 19. *J Inov Pendidik Berbantuan Teknol.* 2022; 2(2): 165–74. <https://doi.org/10.51878/edutech.v2i2.1208>.
21. Hu Q, Liu Q, Wang Z. Meaning in Life as A Mediator between Interpersonal Alienation and Smartphone Addiction in The Context of Covid-19: A Three-Wave Longitudinal Study. *Comput Human Behav.* 2022; 127. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107058>.
  22. Lumbantobing V, Adiningsih D, Praptiwi A, Hafsari T. Analisis Caring Ability Remaja di Kecamatan Parigi, Kabupaten Pangandaran. *Dharmakarya J Apl Ipteks untuk Masy.* 2017; 6(3): 149–52. <https://jurnal.unpad.ac.id/dharmakarya/article/view/14864>.
  23. Abivian M. Gambaran Perilaku Phubbing dan Pengaruhnya terhadap Remaja pada Era Society 5.0. *Prophet Prof Empathy, Islam Couns J.* 2022; 5(2): 155–64. <http://syekhnujati.ac.id/jurnal/index.php/prophetic>.
  24. Ang CS, Teo KM, Ong YL, Siak SL. Investigation of A Preliminary Mixed Method of Phubbing and Social Connectedness in Adolescents. *Addict Heal.* 2019; 11(1): 1–10. <https://doi.org/10.22122/ahj.v11i1.539>.
  25. Nusantara AF, Wahyusari S. Perilaku Caring Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Stikes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan. *JI-KES J Ilmu Kesehat.* 2018; 2(1): 29–36. <https://doi.org/10.33006/ji-kes.v2i1.101>.



## Hubungan antara Fungsi Keluarga dengan Manajemen Diri Penderita Hipertensi

### *Relationship between Family Function and Self-Management of Hypertension Sufferers*

Aulia Intan Ramadhani<sup>1</sup>, Uki Noviana<sup>2\*</sup>, Heru Subekti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

**Submitted:** 19 November 2024

**Revised:** 21 November 2024

**Accepted:** 22 November 2024

#### ABSTRACT

**Background:** Hypertension is often referred to as the 'silent killer' because its special character that does not show clear symptoms, hence requires good self-management. Self-management of hypertension is a very important action taken by patient with hypertension. The aim are to reduce and control blood pressure which is influenced by many factors, one of which is family function. Unfortunately, there is very limited published research on the influence of family function in implementing self-management of patient with hypertension.

**Objective:** To determine the correlation between family function and self-management of patient with hypertension in the working area of the Mlati II Public Health Center, Sleman, Yogyakarta.

**Method:** This was a quantitative study with a cross sectional design. The research subjects were 121 people with hypertension aged 18-64 years-old who dwelt in the working area of the Mlati II Health Center. The sample was determined based on the inclusion and exclusion criteria using a proportionate stratified random sampling technique. Hypertension self-management was measured using the Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire (HSMBQ) and family function was measured using the Family Assessment Device (FAD). Chi Square test was used to analyze the correlation between family function and self-management of patient with hypertension.

**Results:** There were 50% of respondents which had high self-management and 52% of them that had healthy family function. In addition, 33,9% of respondents with high self-management had healthy family function. There was a significant correlation between family function and self-management of hypertension ( $p = 0,001$ ).

**Conclusion:** Family function had a significant correlation with self-management of hypertension.

**Keywords:** Family function; hypertension; self-management.

#### INTISARI

**Latar belakang:** Hipertensi sering disebut '*silent killer*' karena karakter penyakit ini tidak menampilkan gejala yang jelas sehingga memerlukan manajemen diri yang baik. Manajemen diri hipertensi merupakan tindakan yang sangat penting dilakukan oleh penderita hipertensi untuk menurunkan dan mengontrol tekanan darah, yang dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya yaitu fungsi keluarga. Namun, publikasi mengenai pengaruh fungsi keluarga dalam penerapan manajemen diri pasien hipertensi masih sangat terbatas.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara fungsi keluarga dengan manajemen diri penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati 2, Sleman, Yogyakarta.

**Metode:** Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif analitik korelasional dengan rancangan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah 121 orang penderita hipertensi, berusia 18-64 tahun, di wilayah kerja Puskesmas Mlati II. Sampel ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dengan teknik *proportionate stratified random sampling* untuk menentukan jumlah sampel representatif dari ketiga desa. Kemudian teknik *convenience sampling* digunakan untuk menentukan sampel pada setiap desa. Manajemen diri hipertensi diukur menggunakan *Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire*

Corresponding Author:

Uki Noviana

Email: [uki.noviana@ugm.ac.id](mailto:uki.noviana@ugm.ac.id)

Volume 8 (3) November 2024: 191-201

DOI: [10.22146/jkkk.101667](https://doi.org/10.22146/jkkk.101667)



Copyright © 2024

Author(s) retain the

copyright of this article

(HSMBQ) dan pengukuran fungsi keluarga menggunakan *Family Assessment Device* (FAD). Uji *Chi Square* digunakan untuk menganalisis hubungan fungsi keluarga dengan manajemen diri pada pasien hipertensi.

**Hasil:** Sebanyak 50% responden penelitian telah memiliki manajemen diri yang tinggi dan 52% responden penelitian juga telah memiliki fungsi keluarga yang sehat. Selain itu, sebanyak 33,9% responden penelitian dengan manajemen diri yang tinggi, telah memiliki fungsi keluarga yang sehat. Terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi keluarga dengan manajemen diri pada pasien hipertensi ( $p = 0,001$ ).

**Simpulan:** Fungsi keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan manajemen diri pada pasien hipertensi.

**Kata kunci:** Fungsi keluarga; hipertensi; manajemen diri.

## PENDAHULUAN

Hipertensi termasuk dalam penyakit tidak menular yang dapat menyerang siapa saja. Seseorang dikatakan memiliki hipertensi atau tekanan darah tinggi, apabila dilakukan pengukuran tekanan darah sebanyak dua kali dalam waktu berbeda, menghasilkan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan/atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg.<sup>1</sup> Data WHO menyebutkan bahwa terdapat 36,7% populasi dewasa di seluruh dunia, berusia 18 hingga 69 tahun, mengalami hipertensi.<sup>2</sup> Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyebutkan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,11% dengan usia  $\geq 18$  tahun dan untuk wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki prevalensi sebesar 32,86%.<sup>3</sup>

Hipertensi merupakan penyakit yang sering disebut dengan '*silent killer*' karena tidak menampakkan gejala yang jelas, tetapi dapat menyebabkan komplikasi atau kematian.<sup>4</sup> Peningkatan tekanan darah sering kali menyebabkan komplikasi dan dikaitkan dengan kematian dini yang menyumbang 14% dari semua kematian pada tahun 2015.<sup>5,6</sup> Selain itu, Zeru & Muluneh<sup>7</sup> juga menjelaskan bahwa hipertensi bertanggung jawab atas 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat *stroke*.

Dalam rangka meminimalisir efek samping hipertensi, dibutuhkan upaya untuk mengontrol tekanan darah melalui manajemen diri hipertensi. Manajemen diri hipertensi adalah perawatan mandiri yang dilakukan oleh pasien dengan mengontrol tekanan darah secara rutin, mencegah terjadinya komplikasi, memperbaiki kualitas hidup, modifikasi diet, dan mengonsumsi obat *anti*-hipertensi secara teratur.<sup>8</sup> Penderita hipertensi disarankan memiliki manajemen diri baik karena manajemen diri yang baik terlihat dari individu yang secara aktif terlibat dalam perawatan dan mampu membuat keputusan untuk mendukung kesehatan mereka.<sup>9</sup> Namun, sampai saat ini penderita hipertensi masih kurang optimal dalam penerapan manajemen diri. Hal tersebut dibuktikan melalui data Riskesdas mengenai kerutinan dalam mengukur tekanan darah penderita hipertensi di Indonesia memiliki persentase 47% kadang-kadang memeriksa tekanan darah dan 41% tidak melakukan pengecekan tekanan darah secara rutin.<sup>3</sup>

Pada penerapan manajemen diri hipertensi dibutuhkan keefektifan fungsi keluarga untuk menjaga konsistensi dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga merupakan faktor

yang berkontribusi besar dalam mengoptimalkan penerapan manajemen diri pada penderita hipertensi.<sup>10</sup> Hal tersebut sejalan dengan teori yang dikembangkan oleh Grey *et al.*,<sup>11</sup> bahwa manajemen diri dan keluarga dalam kondisi kronis merupakan suatu proses yang dinamis dan bersifat interaktif sehingga memengaruhi berbagai hasil kesehatan.

Fungsi keluarga dapat mendukung optimalisasi manajemen diri pada penderita hipertensi. Berbagai studi telah dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan fungsi keluarga dengan kepatuhan pengobatan, maupun pengontrolan perilaku pada populasi lansia dengan hipertensi. Namun, penelitian sebelumnya terkait hal ini, belum meneliti fungsi keluarga terhadap manajemen diri hipertensi secara menyeluruh, sedangkan perilaku manajemen diri sangat berpengaruh dalam perawatan dan pengambilan keputusan yang mendukung kesehatan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, fungsi keluarga dalam pendampingan anggota keluarga yang sakit, masih tergolong rendah. Hal ini terlihat ketika melakukan pemeriksaan kesehatan, klien yang sakit tidak didampingi oleh anggota keluarga. Fungsi keluarga dapat menjadi faktor penting dalam mendukung manajemen diri penderita hipertensi. Namun, belum banyak penelitian terkait hubungan fungsi keluarga dengan manajemen diri penderita hipertensi di Puskesmas Mlati II. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara fungsi keluarga dengan manajemen diri penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara fungsi keluarga dengan manajemen diri penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II.

## METODE PENELITIAN

Penelitian kuantitatif ini berjenis analitik korelasional dengan desain *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Kalurahan Sumberadi, Tlogoadi, dan Tirtoadi yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Mlati II, Sleman, Yogyakarta. Pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Januari hingga Maret 2023 setelah mendapatkan izin kelayakan etik dari komisi etik FK-KMK UGM (KE/FK/0009/EC/2023).

Sampel yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 121 orang dengan teknik pengambilan sampel *proportionate stratified random sampling* untuk menentukan jumlah sampel representatif dari tiga kalurahan. Kemudian dilakukan *convenience sampling* untuk menentukan sampel pada setiap kalurahan. Kriteria inklusi pada penelitian ini, yaitu penderita hipertensi yang: 1) berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Mlati II yang berusia 18-64 tahun; 2) hasil pengukuran tekanan darah dalam 2 kali pengukuran dengan interval 1 menit dari pengukuran sebelumnya dan menunjukkan hasil  $\geq 140/90$  mmHg; dan/atau telah melakukan pengukuran sebanyak 3 kali selama 3 kali kedatangan di Posbindu (3 bulan) dengan hasil pengukuran tekanan darah tetap tinggi; dan/atau telah mendapatkan pengobatan hipertensi; dan/atau mendapatkan hasil tekanan darah yang tinggi saat dilakukan pengukuran ulang oleh tim peneliti ketika pengambilan data; 3) tinggal bersama dengan keluarganya; 4) bersedia

mengikuti penelitian yang dibuktikan dengan menandatangani *informed consent*; 5) responden dapat membaca dan mengisi kuesioner penelitian. Sementara itu, untuk kriteria eksklusi pada penelitian ini, yaitu: 1) penderita hipertensi memiliki komplikasi berat, seperti diabetes melitus, *stroke*, dan penyakit ginjal.

Penelitian ini menggunakan 3 variabel, yaitu variabel terikat (manajemen diri penderita hipertensi), variabel bebas (fungsi keluarga), dan variabel pengganggu (pendidikan, pekerjaan, durasi penyakit, serta status sosio-ekonomi (tingkat pendapatan) keluarga). Manajemen diri hipertensi diukur menggunakan 40 pernyataan dari *Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire* (HSMBQ) yang dimodifikasi oleh Akhter<sup>12</sup> dari peneliti Lin et al.,<sup>13</sup> yang dikembangkan dari *Diabetes Self-Management Instrument*. Instrumen ini telah dimodifikasi ke dalam bahasa Indonesia oleh Wahyuni et al.<sup>8</sup> Peneliti melakukan uji validitas pada instrumen HSMBQ didapatkan nilai 0,140-0,861 dan terdapat empat unit pernyataan yang tidak valid, kemudian dilakukan revisi pernyataan melalui diskusi dengan ahli karena adanya ketidaksesuaian pernyataan terkait kebudayaan (*culture*) pada kehidupan di wilayah Indonesia. Hasil uji reliabilitas instrumen HSMBQ menunjukkan nilai Cronbach's Alpha 0,958.

Pengukuran fungsi keluarga dilakukan menggunakan *Family Assessment Device* (FAD) dari Mansfield et al.,<sup>14</sup> yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Mutiah et al.,<sup>15</sup> menggunakan pernyataan pada *sub*-skala fungsi keluarga secara umum yang berjumlah 12 pernyataan, yaitu 5 unit pernyataan positif (*favorable*) dan 7 unit pernyataan negatif (*unfavorable*). Peneliti melakukan pengujian validitas konstruk dengan teknik korelasi *product moment Pearson*. Kuesioner FAD memiliki indeks validitas 0,527-0,785 dengan indeks reliabilitas *Cronbach Alpha Coefficient* sebesar 0,873.

Pengumpulan data dilakukan dengan mendatangi kegiatan Posbindu atau Posyandu yang dilaksanakan di tiga kalurahan pada wilayah kerja Puskesmas Mlati II. Peneliti melakukan pengecekan tekanan darah ulang dan tanya jawab singkat mengenai penyakit komorbid kepada setiap calon responden, untuk memastikan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Pengumpulan data dilakukan melalui pengisian kuesioner secara mandiri oleh responden penelitian dengan pendampingan dari peneliti. Namun, beberapa responden lainnya perlu dibantu oleh peneliti dalam pengisian kuesioner dengan cara dibacakan sesuai apa yang tertulis dalam kuesioner karena adanya keterbatasan fisik (penglihatan) maupun keterbatasan kondisi lingkungan sekitar.

Analisis data dilakukan dengan analisis statistik deskriptif dan *bivariat*. Uji statistik deskriptif dilakukan untuk menyajikan persebaran distribusi data demografi, status kesehatan (usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan per bulan, dan durasi penyakit), fungsi keluarga, serta manajemen diri penderita hipertensi. Uji *bivariat* untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan terikat, maupun hubungan antara variabel pengganggu dan terikat, dilakukan dengan uji *Chi Square*.

## HASIL

Berdasarkan data demografi dari 121 responden penelitian, mayoritas responden berusia 45 – 60 tahun (64,0%), pendidikan terakhir pada jenjang SMA/ SMK (38,1%), berjenis kelamin perempuan (86,8%), status perkawinan telah menikah (91,0%), bekerja di sektor informal (48,0%) dengan pendapatan per bulan mayoritas termasuk ke golongan rendah (penghasilan kotor <Rp2.100.000) sebanyak 58,7%, serta tinggal dengan < 5 anggota keluarga (77,0%). Berdasarkan data status kesehatan, responden penelitian mayoritas menderita hipertensi sejak 1 – 5 tahun (80,1%), tidak pernah merokok (90,1%), dan tidak pernah mengonsumsi alkohol (100,0%), data tersaji pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Demografi Responden Penelitian (n = 121)

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Usia</b>		
18 – 44 tahun	19	16,0
45 – 60 tahun	78	64,0
> 60 tahun	24	20,0
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	14	11,6
SD	30	24,7
SMP	21	17,3
SMA/SMK	46	38,1
Perguruan Tinggi	10	8,3
<b>Jenis kelamin</b>		
Perempuan	105	86,8
Laki-laki	16	13,2
<b>Status perkawinan</b>		
Belum kawin	1	1,0
Kawin	110	91,0
Cerai	1	1,0
Janda/ duda	9	7,0
<b>Pekerjaan</b>		
Formal	7	5,8
Informal	58	48,0
Tidak bekerja	56	46,2
<b>Pendapatan per bulan</b>		
Rendah (< UMK)	71	58,7
Tinggi (> UMK)	50	41,3
<b>Jumlah anggota keluarga</b>		
< 5 orang	93	77,0
5 – 10 orang	26	21,0
<b>Lamanya menderita hipertensi</b>		
1 – 5 tahun	97	80,1
6 – 10 tahun	4	3,4
> 10 tahun	20	16,5
<b>Riwayat merokok</b>		
Tidak pernah merokok	109	90,1
Pernah merokok	5	4,1
Sedang merokok	7	5,8
<b>Kebiasaan konsumsi alkohol</b>		
Tidak pernah	121	100,0
Pernah	0	0,0

Gambaran umum manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II ditampilkan pada Tabel 2. Dari analisis, didapatkan nilai *mean* skor manajemen diri responden sebesar 116,39 dengan standar deviasi sebesar 21,795. Berdasarkan hasil yang didapatkan, menunjukkan bahwa terdapat 61 orang (50%) memiliki manajemen diri hipertensi yang tinggi.

**Tabel 2. Manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah Puskesmas Mlati II, Sleman, Yogyakarta (n = 121)**

Manajemen diri	Jumlah (f)	Persentase (%)	Mean ± SD
Rendah (1,00 – 2,00)	9	7,0	116,39 ± 21,795
Sedang (2,01 – 3,00)	51	42,0	
Tinggi (3,01 – 4,00)	61	50,0	

Gambaran umum fungsi keluarga pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II ditampilkan pada Tabel 3. Responden memiliki nilai median sebesar 40 dengan nilai minimum 26 dan nilai maksimum sebesar 48. Dalam melihat sehat atau tidaknya fungsi umum keluarga, peneliti menggunakan *cut point off* median karena data fungsi keluarga tidak terdistribusi normal setelah dilakukan uji normalitas. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa apabila hasil pengukuran  $\geq 40$ , maka fungsi keluarga responden penelitian termasuk kategori sehat. Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa terdapat 63 orang (52%) memiliki fungsi keluarga yang sehat.

**Tabel 3. Keberfungsian keluarga pada penderita hipertensi di wilayah Puskesmas Mlati II, Sleman, Yogyakarta (n = 121)**

Variabel	Jumlah (f)	Persentase (%)	Median (Min-Max)
<b>Fungsi keluarga</b>			40 (26-48)
Sehat ( $\geq 40$ )	63	52,0	
Tidak Sehat ( $<40$ )	58	48,0	

Detail jawaban responden terkait fungsi umum keluarga, ditampilkan pada Tabel 4. Pada *sub*-skala fungsi keluarga yang menunjukkan pernyataan fungsi keluarga sehat, responden menjawab pilihan sangat setuju dan setuju (56-84 orang), tetapi tidak dipungkiri masih terdapat 5-6 responden yang memiliki jawaban tidak setuju pada pernyataan terkait memberikan dukungan saat ada masalah, menunjukkan perasaan satu sama lain, dan saling curhat satu sama lain.

**Tabel 4. Distribusi frekuensi sub-skala fungsi umum keluarga (n = 121)**

Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju	Median (Min-Max)
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
<b>Unit terkait Fungsi Keluarga yang Sehat</b>					
2. Kami berusaha menghadapi suatu permasalahan dengan memberikan dukungan satu sama lain.	70 (58,0)	46 (38,0)	5 (4,0)	0 (0,0)	18 (12-20)
4. Kami menerima setiap individu dalam keluarga kami dengan apa adanya.	75 (62,0)	46 (38,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Tabel 4. Distribusi frekuensi sub-skala fungsi umum keluarga (n = 121) (lanjutan)

Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju	Median (Min-Max)
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
6. Kami dapat menunjukkan perasaan satu sama lain.	56 (46,0)	59 (49,0)	6 (5,0)	0 (0,0)	
8. Kami merasa diterima apa adanya dalam keluarga.	77 (64,0)	44 (36,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
12. Kami saling curhat satu sama lain.	84 (69,0)	31 (26,0)	5 (4,0)	1 (1,0)	
<b>Unit terkait Fungsi Keluarga yang Tidak Sehat</b>					
1. Keluarga kami sulit untuk merencanakan suatu kegiatan karena selalu ada salah paham di antara kami.	2 (2,0)	33 (27,0)	53 (44,0)	33 (27,0)	21 (8-28)
3. Kami tidak terbiasa untuk saling menceritakan tentang kesedihan yang sedang dialami.	5 (4,0)	25 (21,0)	62 (51,0)	29 (24,0)	
5. Kami selalu menghindari tema bahasan tentang ketakutan dan kekhawatiran.	4 (3,0)	19 (16,0)	68 (56,0)	30 (25,0)	
7. Ada banyak sekali perasaan tidak enak dalam keluarga kami.	2 (2,0)	10 (8,0)	73 (60,0)	36 (30,0)	
9. Pengambilan keputusan adalah suatu masalah dalam keluarga kami.	4 (3,0)	19 (16,0)	64 (53,0)	34 (28,0)	
10. Kami kesulitan untuk mengambil keputusan dalam menghadapi suatu permasalahan.	4 (3,0)	20 (17,0)	64 (53,0)	33 (27,0)	
11. Kami tidak berinteraksi dengan baik ketika bersama.	4 (3,0)	11 (9,0)	71 (59,0)	35 (29,0)	

Hubungan antara fungsi keluarga dengan manajemen diri hipertensi dianalisis dengan uji *Chi Square*. Berdasarkan hasil yang didapatkan, dari semua responden yang memiliki manajemen diri tinggi, sebesar 41 orang responden (33,9%) telah memiliki fungsi keluarga yang sehat. Sementara dari semua responden yang memiliki manajemen diri rendah dan sedang, hanya 22 orang (18,2%) yang memiliki fungsi keluarga yang sehat (Tabel 5). Selain itu, pada Tabel 5 juga menunjukkan bahwa nilai signifikansi sebesar 0,001 yang artinya terdapat hubungan yang bermakna antara fungsi keluarga dengan manajemen diri hipertensi.

Tabel 5. Hubungan fungsi keluarga dengan manajemen diri hipertensi

		Fungsi Keluarga		Total f (%)	p-values	CI
		Sehat f (%)	Tidak Sehat f (%)			
<b>Manajemen Diri Hipertensi</b>	Rendah dan Sedang	22 (18,2)	38 (31,4)	60 (49,6)	0,001*	0,133 – 0,597
	Tinggi	41 (33,9)	20 (16,5)	61 (50,4)		
<b>Total (%)</b>		63 (52,1)	58 (47,9)	121 (100)		

## PEMBAHASAN

Berdasarkan data, diperoleh hasil bahwa sebanyak 78 (64%) responden penelitian mayoritas berusia 45 – 60 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Putri & Wibowo<sup>16</sup> menjelaskan, bahwa usia pra-lansia (45 – 60 tahun) mulai mengalami penurunan kemampuan jaringan untuk



mempertahankan fungsi organ tubuh, sehingga pada usia pra-lansia memiliki prevalensi tinggi terjadinya hipertensi. Hal tersebut dibuktikan dengan data Badan Litbang Kesehatan, bahwa prevalensi hipertensi usia pra-lansia cukup tinggi, yaitu 45,3% (usia 45 – 54 tahun) dan 55,2% (usia 55-64 tahun).<sup>3</sup>

Pendidikan terakhir responden penelitian mayoritas berada pada jenjang menengah (SMA/SMK) sebanyak 46 orang (38,1%). Hal tersebut karena pendidikan tertinggi yang ditamatkan penduduk di Kabupaten Sleman pada tahun 2022, paling besar pada jenjang menengah, yaitu SMA/SMK sebesar 26,25%.

Pada kategori pekerjaan, mayoritas responden bekerja pada sektor informal sejumlah 58 responden (48%). Hal tersebut sejalan dengan data BPS Daerah Istimewa Yogyakarta, bahwa Kabupaten Sleman memiliki jumlah terbesar dibandingkan kabupaten lainnya, dalam hal penduduk yang bekerja pada sektor *non-formal*, seperti pertanian, industri pengolahan, dan jasa.<sup>17</sup> Pada penelitian ini juga ditemukan bahwa responden penelitian yang tidak bekerja (32 orang) memiliki persentase terbesar pada tingginya manajemen diri hipertensi (26,4%) daripada responden penelitian yang bekerja. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Khomsatun & Sari<sup>18</sup> bahwa seseorang yang memiliki pekerjaan lebih sulit melakukan manajemen diri hipertensi karena mereka lebih rentan mengalami stres dan kelelahan kerja yang menyebabkan hipertensi kambuh dan sulit untuk memajemen dirinya.

Tingkat status sosio-ekonomi atau tingkat pendapatan responden penelitian mayoritas berada di bawah UMK Sleman dengan persentase 58,7% (71 responden). Hal tersebut berkaitan dengan mayoritas pekerjaan responden di sektor informal. Berdasarkan data BPS Daerah Istimewa Yogyakarta, rata-rata pendapatan per bulan penduduk Kabupaten Sleman yang bekerja di sektor informal sekitar Rp1.839.000, memang ini lebih rendah dari UMK Sleman, yakni sebesar Rp2.100.000.<sup>17</sup>

Jika dilihat dari gambaran umum, perilaku manajemen diri penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II menunjukkan bahwa 50% responden penelitian telah memiliki manajemen diri yang tinggi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian *literature review* terhadap beberapa penelitian terdahulu bahwa mayoritas penderita hipertensi telah melakukan manajemen diri hipertensi dengan baik (56,5%).<sup>19</sup> Lin *et al.*<sup>13</sup> menjelaskan bahwa manajemen diri hipertensi merupakan perawatan diri yang dilakukan secara mandiri oleh pasien, seperti kontrol tekanan darah, mencegah komplikasi, dan memperbaiki kualitas hidupnya. Berdasarkan hasil yang didapatkan dalam penelitian ini, dapat dikatakan bahwa penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II mayoritas telah memiliki rasa tanggung jawab yang tinggi terhadap kesehatan dan memiliki peran penting terhadap perawatan kesehatan mereka sendiri.<sup>19</sup> Selain itu, mayoritas penderita hipertensi juga telah mampu mengelola dan mempertahankan perilaku sehat dalam menghadapi hipertensi yang dialami, seperti memantau tekanan darah dan gejala yang muncul saat tekanan darah tinggi kambuh, mencegah komplikasi, dan sebagainya.

Fungsi keluarga pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II menunjukkan bahwa terdapat 52% responden memiliki fungsi keluarga dalam kategori sehat. Hasil penelitian ini menunjukkan persentase yang lebih tinggi dibandingkan penelitian dari Salami *et al.*,<sup>20</sup> yang menemukan bahwa fungsi keluarga pada lansia hipertensi 43% efektif. Fungsi keluarga yang digunakan dalam penelitian ini memuat beberapa aspek, yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran perawatan keluarga, respons afektif, keterlibatan afektif, dan kontrol perilaku.<sup>21</sup> Penelitian ini menggunakan 5 pernyataan positif dan 7 pernyataan negatif.

Namun, pada penelitian ini terdapat beberapa hal yang harus terus ditingkatkan dalam fungsi keluarga responden, yakni saling curhat satu sama lain (1% sangat tidak setuju dan 4% tidak setuju), saling menunjukkan perasaan satu sama lain (5% tidak setuju), saling memberikan dukungan saat ada masalah (5% tidak setuju), serta kebiasaan menceritakan kesedihan dengan anggota keluarga (4% sangat setuju tidak memiliki kebiasaan dalam menceritakan kesedihan). Pada lingkungan keluarga, saling curhat dan menceritakan kesedihan antar anggota keluarga merupakan salah satu fungsi keluarga dalam hal komunikasi. Komunikasi menjadi hal penting dalam penentu keberhasilan rumah tangga dengan cara saling berhubungan dan berinteraksi apa pun kondisinya, seperti keprihatinan maupun kesedihan.<sup>22</sup> Apabila ada anggota keluarga yang sakit, maka keluarga harus dapat membentuk rasa percaya diri dan memotivasi untuk menghadapi permasalahan tersebut.<sup>23</sup> Keterbukaan perasaan antar anggota keluarga juga merupakan salah satu respons emosional yang harus diperhatikan dalam keluarga karena sebuah keluarga yang efektif harus mampu menunjukkan emosi maupun mengekspresikan perasaan mereka secara bebas.<sup>24</sup>

Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapatkan, semua responden penelitian dengan manajemen diri yang tinggi memiliki fungsi keluarga yang sehat (33,9%). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada penderita hipertensi, bahwa ketidakefektifan fungsi keluarga akan berdampak buruk terhadap pengelolaan perilaku kesehatan penderita hipertensi.<sup>20</sup> Berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Grey *et al.*,<sup>11</sup> manajemen diri dan keluarga dalam kondisi kronis merupakan suatu proses yang dinamis, dengan manajemen diri individu dan keluarga bersifat interaktif sehingga memengaruhi berbagai hasil kesehatan. Selain itu, fungsi keluarga yang baik dapat mendukung manajemen penyakit kronis dengan cara memberikan perawatan fisik dan psikologis (misalnya memberikan bantuan untuk makanan sehari-hari, obat-obatan, aktivitas fisik, dan penanganan emosional).<sup>25</sup> Fungsi keluarga yang sehat juga dapat merepresentasikan perhatian anggota keluarga yang baik pada gaya hidup, seperti mempertahankan berat badan ideal, menghindari perilaku merokok, dan penanganan stres anggota keluarga sehingga didapatkan perbaikan gaya hidup yang lebih efektif.<sup>26</sup>

Fungsi keluarga yang sehat, secara tidak langsung berperan penting dalam manajemen diri penderita hipertensi. Fungsi keluarga turut berkontribusi dalam mengidentifikasi dan membuat keputusan ketika menghadapi masalah kesehatan, melakukan tindakan perawatan mandiri, memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat, maupun memodifikasi lingkungan, agar nyaman

ditinggali oleh anggota keluarga.<sup>27</sup> Keluarga memiliki fungsi penting dalam mendiagnosis dan mengobati penyakit dengan mendiskusikan apakah mencari tenaga kesehatan atau tidak, karena kepercayaan dan ide dari anggota keluarga sangat berpengaruh dalam keputusan terkait perawatan kesehatan.<sup>28</sup> Pada tahap modifikasi lingkungan, fungsi keluarga memiliki tugas dalam memberikan suasana yang nyaman bagi anggota keluarga, dengan memberikan dukungan emosional, menciptakan pola komunikasi yang baik, maupun memberikan pujian.<sup>29</sup>

Penelitian ini telah dilaksanakan menggunakan responden penelitian yang berusia 18-64 tahun. Namun, persebaran usia responden penelitian tidak merata sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, yaitu usia 18-64 tahun. Usia responden penelitian yang didapatkan mayoritas berada pada rentang 45-60 tahun (64%). Hal tersebut menjadi salah satu kelemahan dari penelitian ini, pada segi distribusi usia responden penelitian. Pada masalah tersebut, peneliti telah berusaha melakukan kunjungan rumah kepada responden penelitian yang sekiranya belum dapat dijangkau oleh peneliti, pada saat pelaksanaan Posbindu maupun Posyandu.

## SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penderita hipertensi usia 18-64 tahun di wilayah kerja Puskesmas Mlati II telah memiliki manajemen diri yang tinggi dengan fungsi keluarga yang sehat. Pada penelitian ini, fungsi keluarga dan manajemen diri penderita hipertensi memiliki hubungan yang bermakna. Oleh karena itu, Puskesmas dan tenaga kesehatan dapat lebih banyak memberikan pemahaman mengenai pentingnya manajemen diri pada pasien hipertensi beserta keluarganya, melalui kegiatan Posbindu atau program pendampingan berkelanjutan. Hal ini agar mereka mampu menerapkan cara-cara mengontrol tekanan darah dan mampu mengambil keputusan terkait perawatan kesehatan. Tenaga kesehatan juga diharapkan selalu mempertimbangkan pentingnya kontribusi fungsi keluarga dalam setiap proses asuhan yang diberikan kepada pasien hipertensi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada yang telah memberikan dana untuk berlangsungnya penelitian ini. Selain itu, peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada Dr. Akhmadi, S.Kp., M.Kes., M.Kep., Sp.Kom yang telah memberikan berbagai saran dan dukungan dalam penelitian. Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada seluruh pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II yang telah ikut terlibat, hingga penelitian ini dapat berjalan lancar dan sukses.

## DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. c.2021. [updated dec 2021; cited 2022 Jun 27]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. World Health Organization. Hypertension Fact Sheet. c2019. [updated 2019;cited 2022] Available from [https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/bhs\\_en.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/bhs_en.pdf).
3. Badan Litbang Kesehatan Kader Kesehatan Remaja. Laporan Nasional RISKESDAS 2018 [Internet]. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. c.2018. [updated 2019;cited 2022]. Available from <http://labdata>.

- [litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf).
4. Isnaini N, Lestari IG. Pengaruh Self-Management terhadap Tekanan Darah Lansia yang Mengalami Hipertensi. *Indonesian Journal for Health Sciences*. 2018; 2(1): 7-18. <http://dx.doi.org/10.24269/ijhs.v2i1.725>.
  5. American Heart Association. Consequences of High Blood Pressure. c.2020. [updated 2020; cited 2022]. Available from <https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/high-blood-pressure/consequences-of-high-blood-pressure-infographic.pdf>.
  6. Mills KT, Stefanescu A, He J. The Global Epidemiology of Hypertension Katherine. *Physiol Behav*. 2016; 176(1): 139–48. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>.
  7. Zeru AB, Muluneh MA. Admission and Inpatient Mortality of Hypertension Complications in Addis Ababa. *Integr Blood Press Control*. 2020; 13: 103–110. <https://doi.org/10.2147/ibpc.s268184>.
  8. Wahyuni S, Bafadhal RN, Mahudeh M. Efektivitas Self-Management Program terhadap Manajemen Diri Klien Hipertensi. *Jl-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*. 2021; 5(1): 57–63. <https://orcid.org/0000-0002-0628-8848>.
  9. Utami A, Hudiawati D. Gambaran Dukungan Keluarga terhadap Self-Management Penderita Hipertensi. *12th Univ Res Colloquium 2020*. 2020; 9–15. <https://doi.org/10.37048/kesehatan.v11i2>.
  10. Igarashi R. Status of Understanding of The Disease and Self-Management Behavior among Patients with Hypertension. *Health (Irvine Calif)*. 2019; 11(07): 905–23. <https://doi.org/10.4236/health.2019.117073>.
  11. Grey M, Knaf K, McCorkle R. A Framework for The Study of Self and Family Management of Chronic Conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54(5): 278–86. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2006.06.004>.
  12. Akhter N. Self-Management among Patients with Hypertension in Bangladesh. Songkla University; 2010.
  13. Lin CC, Anderson RM, Chang CS, Hagerty BM, Loveland-Cherry CJ. Development and Testing of The Diabetes Self-Management Instrument: A Confirmatory Analysis. *Res Nurs Heal*. 2008; 31(4): 370–380. <https://doi.org/10.1002/nur.20258>.
  14. Mansfield AK, Keitner GI, Dealy J. The Family Assessment Device: An Update. *Fam Process*. 2015; 54(1): 82–93. <https://doi.org/10.1111/famp.12080>.
  15. Mutiah D, Mayasari R, Deviana T. Validating an Indonesian version of The Family Assessment Device among Indonesian Muslim University Students during The COVID-19 Pandemic. *Ment Health Relig Cult*. 2021; 26(4): 1–15. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1976124>.
  16. Putri EC, Wibowo TA. Skrining Hipertensi pada Usia Pra-Lansia di Dukuh Kaliurang Barat, Desa Hargobinangun, Kecamatan Pakem, Kabupaten Sleman [Skripsi]. Yogyakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan; 2021.
  17. Badan Pusat Statistik Provinsi D.I. Yogyakarta. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dalam Angka. c.2023. [updated 2023; cited 2024]. <https://id.scribd.com/document/703527449/Statistik-Daerah-Daerah-Istimewa-Yogyakarta-2023>.
  18. Khomsatun U, Sari IWW. Hubungan Dukungan Sosial dengan Perilaku Manajemen Diri pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Pandak I Bantul DI. Yogyakarta. *J Keperawatan Klinik dan Komunitas*. 2022; 5(3): 179-190. <https://doi.org/10.22146/jkkk.49826>.
  19. Aprilatutini, S.Kep.,M.Pd T, Sihotang R, Utama TA, Yustisia N. Self Care Management Evaluation in Hypertension Patients. *J Vokasi Keperawatan*. 2021; 3(2): 184–202. <https://doi.org/10.33369/jvk.v3i2.13935>.
  20. Salami S, Dewi IP, Sajodin S. Implementasi Fungsi Keluarga dan Self Care Behavior Lanjut Usia Penderita Hipertensi. *J Keperawatan Aisyah*. 2017;4(2). <https://journal.unisa-bandung.ac.id/index.php/jka/article/view/45>.
  21. Pires T, de Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP. Cross-Cultural Adaptation of The General Functioning Scale of The Family. *Rev Saude Publica*. 2016; 50: 1–10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005832>.
  22. Aznika Dwi A, Ismail HK, Dimas Syahputra, Amalia Pitri. Peran Komunikasi dalam Keluarga. c.2021. [updated 2021; cited 2022]. Available from <https://www.researchgate.net/publication/348558606>.
  23. Rusdianingseh, Hatmanti NM. Pengalaman Keluarga dalam Memberikan Dukungan terhadap Penderita Hipertensi. *J Kebidanan*. 2021; 10(1): 25–31. <https://akbid-dharmahusada-kediri.e-journal.id/JKDH/index>.
  24. Putri RS. Hubungan Keberfungsian Keluarga dengan Kesejahteraan Subjektif pada Remaja yang Kedua Orang Tuanya Bekerja [Skripsi]. Malang: Fakultas Ilmu Sosial dan Humaniora Universitas Muhammadiyah Malang; 2018.
  25. Zhang Y. Family Functioning in The Context of An Adult Family Member with Illness: A Concept Analysis. *J Clin Nurs*. 2018; 27(15–16): 3205–24. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>.
  26. Friedman. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik*. 3rd ed. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2013.
  27. Kordshooli KR, Rakhshan M, Ghanbari A. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on The Illness Perception in Heart Failure Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Caring Sci*. 2018; 7(4): 189–95. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.029>.
  28. Ayodapo A, Monsudi K, Toyin O, Olayide E. Family Functioning and Adherence to Medication: A Study of Hypertensive in A Tertiary Hospital, South Western Nigeria. *CHRISMED J Heal Res*. 2018;5(3). [https://10.4103/cjhr.cjhr\\_28\\_18](https://10.4103/cjhr.cjhr_28_18).
  29. Samulung N, Pertiwi MR, Ifansyah MN, Riskika S, Maurida N, Suharyati, et al. Family Keluarga (Family Nursing). c.2021. [updated 2021; cited 2022]. Available from <http://repository.uki.ac.id/7874/1/KeperawatanKeluarga.pdf>.