



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI PIJAT DALAM PENURUNAN
FREKUENSI BAB DAN TINGKAT DEHIDRASI PADA ANAK
USIA 0 – 2 TAHUN DENGAN DIARE
DI RSUD CIBABAT CIMAHI**

TESIS

Oleh:

Sri Wulandari Novianti

0806446933

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK (JULI, 2010)**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI PIJAT DALAM PENURUNAN
FREKUENSI BAB DAN TINGKAT DEHIDRASI PADA ANAK
USIA 0 – 2 TAHUN DENGAN DIARE
DI RSUD CIBABAT CIMAH**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

Oleh:

Sri Wulandari Novianti

0806446933

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK (JULI, 2010)**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sri Wulandari Novianti

NPM : 0806446933

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Sri Wulandari Novianti
NPM : 0806446933
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Pijat dalam Penurunan Frekuensi
BAB dan Tingkat Dehidrasi pada Anak Usia 0-2
Tahun dengan Diare di RSUD Cibabat Cimahi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D. (.....)
Pembimbing : Enie Novieastari, S.Kp., MSN. (.....)
Penguji : Dessie Wanda, S.Kp., MN. (.....)
Penguji : Haryatiningsih Purwandari, M.Kep. (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2010.

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini sebagai syarat menyelesaikan pendidikan di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan proposal tesis ini, banyak pihak yang telah memberikan bantuan, bimbingan dan dorongan baik moril maupun materil. Pada kesempatan ini, peneliti mengucapkan terima kasih dan rasa hormat kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D. selaku pembimbing I atas arahan, bimbingan, masukan dan dukungan dalam penyusunan tesis.
4. Enie Novieastari, S.Kp., MSN. selaku pembimbing II atas bimbingan, masukan, dan dukungan dalam penyusunan tesis.
5. Pihak RSUD Cibabat Cimahi khususnya Ruang Perawatan Anak (C6) yang memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian.
6. Rekan-rekan Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak angkatan 2008 yang menjadi penyemangat peneliti dalam penyusunan tesis.
7. Keluarga peneliti, Bapak dan Ibu serta kakak-kakak atas doa dan dukungan mulai dari peneliti mengawali pendidikan hingga selesai.
8. Suami tersayang, Ahmad Syahrian Siregar atas pengertian dan dukungannya selama peneliti menyusun proposal tesis ini hingga selesai.
9. Calon jagoan kecil yang setia menemani aktivitas bunda, semoga selalu sehat dan kuat.

10. Kepada Mbak Rika dan Lilis yang menyempatkan waktunya untuk menjadi teman diskusi dalam penyelesaian tesis ini.

11. Rekan-rekan di STIKES A.Yani Cimahi yang menjadi tepat berbagi selama ini.

Peneliti berharap hasil dari penelitian ini dapat membawa manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan dan dapat diaplikasikan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Depok, Juli 2010

Peneliti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Wulandari Novianti
NPM : 0806446933
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh Terapi Pijat dalam Penurunan Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi pada Anak Usia 0 – 2 Tahun dengan Diare di RSUD Cibabat Cimahi

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada Tanggal: 6 Juli 2010
Yang Menyatakan



(Sri Wulandari Novianti)

ABSTRAK

Nama : Sri Wulandari Novianti
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak
Judul : Pengaruh terapi pijat dalam penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak usia 0-2 tahun dengan diare di RSUD Cibabat Cimahi

Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh terapi pijat dalam penurunan frekuensi buang air besar (BAB) dan tingkat dehidrasi pada anak usia 0 – 2 tahun dengan diare. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan desain *quasi experiment*. Sampel penelitian ini adalah 15 responden dalam kelompok intervensi, 15 responden dalam kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh terapi pijat yang signifikan dalam penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada kelompok intervensi, tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dalam penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi. Tidak ada pengaruh karakteristik responden dalam penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi. Hasil penelitian merekomendasikan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh terapi pijat pada anak dengan diare dan lebih memperhatikan faktor pemilihan teknik pemijatan, area, dan waktu pemijatan, .

Kata kunci: terapi pijat, diare, frekuensi buang air besar, tingkat dehidrasi
Daftar pustaka: 47 (1998 – 2010)

ABSTRACT

Name : Sri Wulandari Novianti
Study Program : Master Program of Nursing Science Pediatric Specialty
Judul : The Effect of Massage Therapy in Decreasing Defecation
Frequency and Dehydration Level on Children 0-2 Years Old with
Diarrhea at RSUD Cibabat. Cimahi

The objective of this research is to discover the effect of massage therapy in decreasing defecation frequency and dehydration level on children 0 – 2 years old with diarrhea. This research is quantitative, it used quasi experiment design. Samples to this research were 15 respondents of intervention group, and 15 respondents of control group. Research result showed massage therapy had a significant effect in decreasing frequency of defecation and level of dehydration on intervention group, there was no significant differences between control group and intervention group in decreasing defecation frequency and dehydration level. There was no effect on respondents characteristic in decreasing defecation frequency nor dehydration level. Research result recommends further research concerning the effect of massage therapy on children with diarrhea and pay more attention on the factors of selection of technique, area and time.

Keywords: massage therapy, diarrhea, defecation frequency, level of dehydration
Reference: 47 (1998 – 2010)

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Lembar Persetujuan Publikasi	vi
Abstrak	vii
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Skema	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Diagram	xv
Daftar Lampiran	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Perumusan Masalah	8
1.3.Tujuan Penelitian	9
1.4.Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Diare	11
2.2. Konsep Dehidrasi	13
2.3. Penatalaksanaan Terapeutik	14
2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare	19
2.5. Konsep Anak Usia 2 – 5 Tahun	19
2.6. Terapi Pijat	25
2.7. Konsep <i>Family Centered-Care</i>	33

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep	37
3.2. Hipotesis Penelitian	38
3.3. Definisi Operasional	39

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian	41
4.2. Populasi dan Sampel	42
4.3. Tempat Penelitian	45
4.4. Waktu Penelitian	46
4.5. Etika Penelitian	46
4.6. Alat Pengumpul Data	48
4.7. Prosedur Pengumpulan Data	49
4.8. Protokol Pengumpulan Data	51
4.9. Pengolahan Data	52
4.10. Analisis Data	53

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1. Analisa Univariat	56
5.2. Analisa Bivariat	58

BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Interpretasi Hasil Penelitian	66
6.2. Keterbatasan Penelitian	80
6.3. Impliksi Hasil Penelitian	82

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan	84
7.2. Saran	85



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1. Definisi Operasional	39
Tabel 4.1. Uji Statistik	55
Tabel 5.1. Uji Homogenitas Berdasarkan Usia, Sosial Ekonomi, Kebiasaan Mencuci Tangan, Frekuensi BAB, dan Tingkat Dehidrasi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi Mei-Juni 2010 (n = 30) ...	59
Tabel 5.2. Uji Normalitas Berdasarkan Usia, Sosial Ekonomi, Kebiasaan Mencuci tangan, Frekuensi BAB, dan Tingkat Dehidrasi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi Mei-Juni 2010 (n = 30) ...	60
Tabel 5.3. Pengaruh Terapi Pijat Terhadap Penurunan Frekuensi BAB di Kelompok Intervensi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi Mei-Juni 2010 (n = 15).....	61
Tabel 5.4. Pengaruh Terapi Pijat Terhadap Penurunan Tingkat Dehidrasi di Kelompok Intervensi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi Mei-Juni 2010 (n = 15).....	62
Tabel 5.5. Perbedaan Penurunan Frekuensi BAB pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n = 30)	63
Tabel 5.6. Perbedaan Penurunan Tingkat Dehidrasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n = 30)	64
Tabel 5.7. Analisis Pengaruh Usia, Status Sosial Ekonomi, dan Kebiasaan Mencuci Tangan dalam Penurunan Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n = 30).....	65

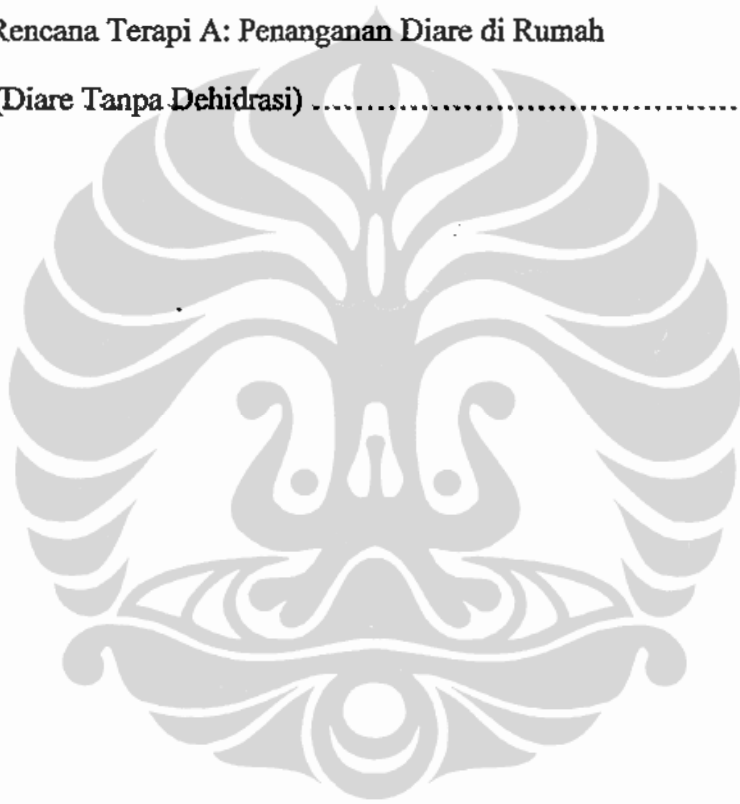
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori	36
Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	38
Skema 4.1. Desain Penelitian	41



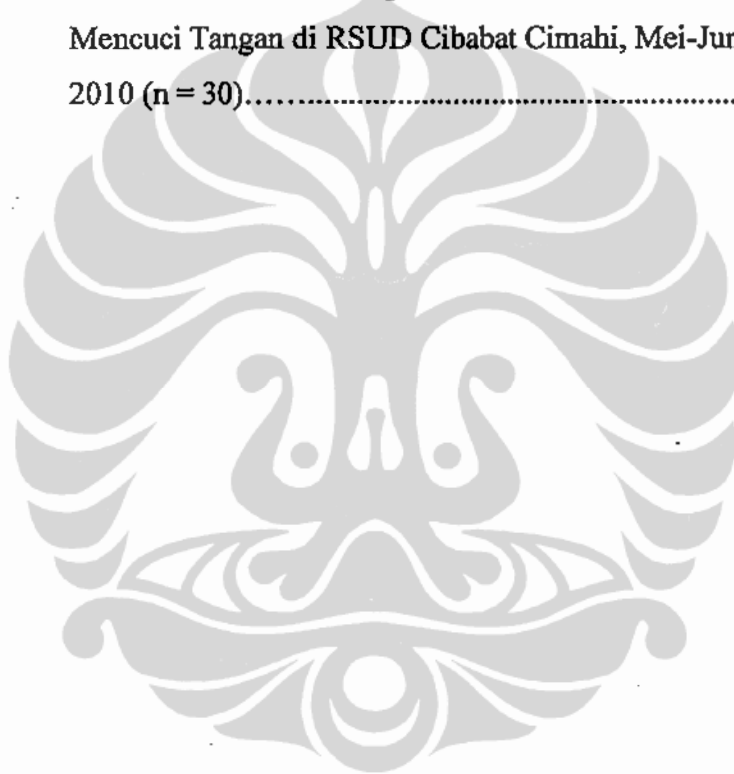
DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Rencana Terapi C: Penanganan Dehidrasi Berat	16
Bagan 2.2. Rencana Terapi B: Penanganan Dehidrasi Ringan/Sedang Dengan Oralit	17
Bagan 2.3. Rencana Terapi A: Penanganan Diare di Rumah (Diare Tanpa Dehidrasi)	18



DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n = 30).....	57
Diagram 5.2.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Sosial Ekonomi di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n = 30).....	57
Diagram 5.3.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n = 30).....	58



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden (Kelompok kontrol)
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Observasi dan Wawancara Responden (*pre test*)
- Lampiran 4 Lembar Observasi Responden
- Lampiran 5 Panduan Pengisian lembar Observasi Terapi Pijat
- Lampiran 6 Lembar Observasi Tingkat Dehidrasi
- Lampiran 7 Sertifikat Pelatihan Pijat Bayi
- Lampiran 8 Surat Permohonan Studi Pendahuluan
- Lampiran 9 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 10 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 11 Surat Jawaban Ijin Penelitian
- Lampiran 12 Surat Keterangan dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Cimahi
- Lampiran 13 Teknik Pijat Bayi
- Lampiran 14 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia sebagai negara berkembang memiliki beberapa indikator untuk menggambarkan pencapaian hasil pembangunan negara. Salah satu indikator adalah pembangunan bidang kesehatan yang dikenal dengan Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index*). Pada bidang kesehatan, umur harapan hidup merupakan ukuran pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Aspek kesehatan yang kuat menggambarkan bahwa Republik Indonesia sebagai Negara Kesatuan memiliki ketahanan bangsa yang tangguh dengan basis utamanya dalam wujud semua rakyat sehat secara fisik, mental dan sosial serta memiliki produktivitas yang tinggi (Departemen Kesehatan, 2009).

Pada tahun 2005, derajat kesehatan masyarakat Indonesia berada pada peringkat 108 dari 177 negara di dunia, lebih rendah dari Negara tetangga ASEAN seperti Singapura, Malaysia, Brunei Darussalam, dan Thailand. Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Departemen Kesehatan pada periode 2005 - 2009 memprioritaskan pelayanan kesehatan ibu dan anak sebagai urutan pertama dalam pembangunan kesehatan (Departemen Kesehatan, 2008).

Pembangunan kesehatan bagi ibu dan anak tidak lepas dari ukuran derajat kesehatan, dimana derajat kesehatan masyarakat digambarkan oleh keadaan dan situasi angka mortalitas, morbiditas, dan status gizi. Mortalitas di dalamnya terdiri dari angka kematian bayi, balita, ibu, angka kematian kasar, dan umur harapan hidup. Khusus pada angka kematian bayi dan balita (AKB/AKABA), Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 untuk periode 2003-2007, hasilnya adalah sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup, sementara untuk

AKABA, diperoleh hasil 44 per 1000 kelahiran hidup (Departemen Kesehatan, 2009).

Menurut SUSENAS 2001 penyebab utama kematian bayi umur <1 tahun adalah kematian perinatal (36 %), diikuti oleh pneumonia (28 %), diare (9 %), penyakit saluran cerna (4 %), tetanus (3 %) dan penyakit syaraf (3 %). Penyebab kematian utama pada periode neonatal (bayi umur <28 hari) adalah prematuritas disertai berat lahir rendah (29,2 %), asfiksia lahir (27 %), tetanus neonatorum (9,5 %), masalah pemberian makan (9,5 %), kelainan kongenital (7,3 %), gangguan hematologi/ikterus (5,6 %), pneumonia (2,8 %), dan sepsis (2,2 %). Penyebab utama kematian balita umur 1 - 4 tahun adalah pneumonia (23 %), diare (13 %), penyakit syaraf (12 %), tifus (11 %) dan penyakit saluran cerna (6 %) (Bappenas, 2002).

Perilaku masyarakat Indonesia memberikan kontribusi terhadap presentase kesakitan, karena keadaan perilaku masyarakat berpengaruh juga terhadap derajat kesehatan. Susenas tahun 2008 menunjukkan bahwa persentase penduduk yang memilih untuk mengobati sendiri keluhan kesehatan yang dialami adalah sebanyak 65,59 % dari seluruh penduduk yang memiliki masalah kesehatan selama satu bulan referensi (Departemen Kesehatan, 2009).

Anak merupakan individu yang lain dengan orang dewasa dan bukanlah orang dewasa yang bertubuh kecil. Struktur anatomi dan fungsi fisiologis anak pun berbeda dengan orang dewasa. Anak usia bayi berada pada fase oral, dimana kepuasan yang dialami terdapat pada daerah mulut dan sekitarnya. Pada fase tersebut anak sering memasukan jari atau benda-benda lain ke dalam mulutnya. Jika kebersihan diri dan lingkungan anak kurang terjaga maka anak menjadi rentan terhadap gangguan pada sistem pencernaan seperti diare. Pada anak-anak, kondisi organ pencernaan belum berfungsi secara baik seperti pada orang dewasa, sehingga anak-anak rentan mengalami stagnasi dan akumulasi, juga rentan terhadap infeksi karena makanan dan obat-obatan (Ball dan Bindler, 2003).

Universitas Indonesia

Berdasarkan data SDKI tahun 2002, kejadian diare pada anak sebesar 11 %, dimana 55 % diantaranya terjadi pada masa balita, dan angka rata-rata kematian diare pada balita sebesar 2,5 % per 1000 balita. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, diare menjadi penyebab kematian 31,4 % bayi berusia 29 hari hingga 11 bulan, dan diare menyebabkan kematian 25,2 % dari anak usia satu hingga empat tahun (Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan, 2007).

Definisi diare menurut WHO (2005) adalah bila keluarnya tinja yang lunak atau cair dengan frekuensi 3 kali atau lebih perhari dengan atau tanpa darah atau lendir dalam tinja. Menurut data dari WHO, selama periode tahun 2000-2003, diare termasuk faktor utama kedua yang menyebabkan kematian pada anak usia di bawah 5 tahun di dunia, dan menjadi faktor utama keempat yang menyebabkan kematian seluruh manusia di dunia. Pada kenyataannya, sekitar 2 juta anak berusia di bawah 5 tahun di dunia setiap tahunnya meninggal karena diare dan dehidrasi, dimana total manusia yang meninggal karena diare adalah 2,4 juta. Hal tersebut mengindikasikan bahwa sekitar 83 % kematian karena diare terjadi pada 5 tahun pertama kehidupan (Jump, Fargo, & Akers, 2006).

Selama diare terjadi peningkatan pelepasan cairan dan elektrolit dalam feses yang cair. Dehidrasi terjadi jika pelepasan ini tidak terganti secara adekuat dan penurunan kadar cairan dan elektrolit yang semakin meningkat. Derajat dehidrasi diurutkan berdasar tanda dan gejala yang menggambarkan jumlah kehilangan cairan. Selama diare, terjadi penurunan asupan makanan dan absorpsi nutrient, sementara di sisi lain terjadi peningkatan kebutuhan nutrisi, hal tersebut menyebabkan kehilangan berat badan dan kegagalan untuk tumbuh. Kondisi malnutrisi justru dapat memperparah diare, semakin lama dan semakin sering terjadi diare (WHO, 2005).

Penanganan diare disesuaikan dengan tingkatan dehidrasinya. WHO sendiri telah memiliki panduan penanganan untuk anak yang menderita diare. Terdapat 3 elemen esensial untuk manajemen diare, yaitu terapi rehidrasi, pemberian

suplemen *zinc*, dan melanjutkan pemberian makanan. Terdapat 3 rencana terapi pada penderita diare yaitu, rencana terapi C yang ditujukan untuk mengatasi dehidrasi berat, dengan terapi cairan intra vena. Rencana terapi B untuk mengatasi dehidrasi menggunakan cairan terapi oral (*ORS*), dan rencana terapi A untuk mengatasi diare di rumah. Ketiga rencana terapi tersebut mencakup 3 elemen esensial untuk manajemen diare yang telah disebutkan diatas (WHO, 2005).

Terkait kasus diare, pemerintah provinsi Jawa Barat dalam rencana kerja bidang aksesibilitas dan sarana kesehatan, memasukkan penyakit diare diantaranya sebagai kelompok penyakit yang masih mendapat penanganan khusus. Pada tahun 2008 jumlah penderita diare pada anak-anak mencapai 21 juta orang, bahkan 799 orang diantaranya meninggal dunia, penderita terbanyak adalah anak dibawah usia 5 tahun (Ibnu & Siswandi, 2009).

Rumah Sakit Umum Cibabat merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Cimahi dan sekitarnya. Menurut data di ruang C6 yang merupakan ruang perawatan anak, selama bulan Maret – Oktober 2009, diare menempati urutan pertama pada 10 penyakit terbanyak yang menjadi alasan anak-anak masuk untuk dirawat di ruangan tersebut. Anak-anak yang menderita diare setiap bulan rata-rata sebanyak 91 orang, dengan sebaran usia dari bayi hingga anak usia sekolah. Usia 0 - 2 tahun termasuk kelompok usia terbanyak yang menderita diare pada periode Maret – Oktober 2009 yaitu 67%.

Prosedur standar penanganan diare di ruangan tersebut adalah pemberian cairan rehidrasi oral, pemberian terapi cairan melalui intravena apabila diare disertai keluhan mual dan muntah, dan pemberian antibiotik. Lama rata-rata hari rawat untuk penderita diare di ruangan tersebut adalah 5 hari apabila tidak disertai gangguan lain seperti gizi buruk, kurang energi-protein, atau kelainan kongenital. Menurut hasil wawancara dengan orang tua pasien, 4 dari 7 orang tua mengalami kesulitan untuk memberi cairan rehidrasi sehingga terkadang harus memaksa anak sehingga anak menjadi semakin rewel terlebih apabila terpasang infus.

Perkembangan ilmu pengetahuan menuntut tenaga kesehatan agar menemukan metode baru dalam pelayanan kesehatan. Perawat memiliki peran sebagai *health promotor* untuk mengatasi masalah kesehatan agar tidak semakin meningkat angkanya. Salah satu upaya untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan penggunaan *evidence based practice* (EBP) dalam memberikan asuhan keperawatan. Terkait EBP dalam asuhan keperawatan, saat ini dikembangkan terapi komplementer dalam memberikan asuhan.

Penggunaan dan ketertarikan terhadap terapi komplementer atau terapi alternatif mulai meningkat pada sepuluh tahun terakhir. Eisenberg et al (1993,1998) melakukan dua survei nasional untuk menentukan presentasi dari warga Amerika yang menggunakan terapi komplementer. Hasil survey menunjukkan bahwa lebih dari 33% dari warga yang disurvei pada tahun 1991 menggunakan terapi komplementer. Pada tahun 1997 angka tersebut meningkat hingga 42%. Penggunaan terapi komplementer tersebut tidak hanya terbatas pada orang dewasa saja. Bruener, Barry, dan Kemper (1998) menemukan bahwa 70% sampel dari anak usia belasan dilaporkan menggunakan terapi komplementer (Snyder, 2003).

Ketertarikan yang memuncak pada terapi komplementer mendorong *National Institute of Health* (NIH) untuk mendirikan *Office of Alternative Medicine* pada tahun 1992, yang kemudian berkembang menjadi *National Center for Complementary/Alternative Medicine* (NCCAM) pada tahun 1998. Banyak perdebatan mengenai definisi dari terapi komplementer, mengingat luasnya cakupan terapi dan banyaknya profesional kesehatan yang dapat memberikan terapi ini. Pada intinya, terapi komplementer/alternatif termasuk semua praktik atau ide yang ditemukan oleh penggunanya untuk pencegahan atau mengobati penyakit atau mempertahankan status kesehatan dan kehidupan (Snyder, 2003).

Penggunaan *Complementary and Alternatie Medical* (CAM) sangat meningkat pada populasi anak-anak dan dewasa. Sekitar 20 – 30 % pasien anak-anak menggunakan satu atau lebih terapi CAM. Terapi CAM sebagai terapi holistik menggambarkan pendekatan terapis kepada pasien. Terapi ini mengacu pada

perawatan menyeluruh mencakup tubuh, pikiran, emosi, dan semangat. Terapi ini memiliki tujuan yang terdiri dari 5 kategori utama, yaitu menyembuhkan penyakit, mengatur atau meminimalkan gejala, mencegah penyakit, mendukung kesejahteraan dan meminimalkan stress, dan meraih kedamaian dan harmoni dari dalam jiwa (Kemper, 2001).

NCCAM mengklasifikasikan terapi komplementer menjadi seperti berikut ini, *mind-body therapies* (meditasi, yoga, terapi music, humor, terapi seni), *alternative system of care* (pengobatan tradisional cina, ayurvedic, homeopathy, naturopathy), *lifestyle and disease prevention* (intuisi, olahraga, teknik manajemen stress, perubahan diet), *biological-based therapies* (herbal, diet khusus, suplemen nutrisi dan makanan), *manipulative and body-based system* (chiropraktik, berbagai jenis pijatan, terapi sinar dan warna, hidroterapi), *energy therapies* (sentuhan terapeutik, reiki, eksternal qi gong, magnet) . Beberapa terapi dari klasifikasi itu sudah menjadi bagian dari keperawatan. Perawat sering menggunakan istilah intervensi untuk menyebut terapi yang digunakan. *The National Intervention Classification* (NIC) mengidentifikasi terdapat sekitar 400 aktivitas keperawatan terkait terapi tersebut, salah satunya adalah terapi pijat (Snyder, 2003).

Pijat terbukti membantu dalam mengatasi beberapa kondisi anak, termasuk di dalamnya berat badan rendah, nyeri, asthma, *attention deficit hyperactive disorder* (ADHD), dan depresi. Pijat dapat merangsang aliran darah yang akan membawa oksigen dan nutrisi pada jaringan yang dipijat. Beberapa studi lain menunjukkan bahwa pijat dapat mengurangi kecemasan dan stress sebaik teknik relaksasi lainnya. Penurunan stress mengaktifkan sistem saraf parasimpatis dalam tubuh, sehingga dapat menurunkan denyut nadi dan melemaskan otot, menurunkan tingkat hormone stress seperti adrenalin dan kortisol yang terkait dengan penyakit lain, meningkatkan level beberapa kadar kimia otak seperti dopamine dan serotonin yang dapat membantu mengendalikan nyeri. Pijat juga dapat menguatkan sistem imunitas tubuh dengan meningkatkan jumlah dan keagresifan sel-sel tubuh yang dapat melawan virus dan kanker, serta menstimulasi produksi limfosit (Hughes, Ladas, Rooney, & Kelly, 2008).

Universitas Indonesia

Penelitian yang dilakukan oleh Ireland dan Olson menunjukkan manfaat pijat untuk anak dengan kondisi kesehatan yang spesifik, diantaranya adalah meningkatkan kooperatif dan kemampuan tidur pada anak dengan gangguan emosional, meningkatkan relaksasi pada anak dengan stress *post* trauma, menurunkan nyeri pada anak dengan *juvenile rheumatoid arthritis*, memperbaiki respon klinis pada anak dengan atopik dermatitis, dan meningkatkan aliran udara pada anak dengan *cystic fibrosis* (Ireland & Olson, 2000).

Penelitian tentang manfaat pijat dilakukan pada 20 orang anak (5-12 tahun) dengan *cystic fibrosis* dan orang tuanya, secara acak diberikan terapi pijat pada kelompok intervensi dan membaca pada kelompok kontrol. Orang tua dari satu kelompok diberi instruksi untuk memijat anaknya selama 20 menit pada malam hari selama satu bulan. Orang tua dari kelompok lain diberi instruksi untuk membaca buku selama 20 menit untuk anaknya saat malam hari selama satu bulan juga. Pada hari ke-1 dan ke-30, orang tua dan anak menjawab pertanyaan terkait dengan tingkat kecemasan, untuk anak menjawab pertanyaan terkait mood, dan mengukur pencapaian aliran udara. Hasilnya dilaporkan bahwa anak dan orang tua melaporkan adanya penurunan kecemasan, terjadi peningkatan mood dan pencapaian aliran udara pada anak dari kelompok terapi pijat. Kesimpulannya bahwa orang tua akan merasa menurun kecemasannya dengan memijat anaknya yang menderita *cystic fibrosis*, sementara untuk anak yang menerima pijatan bermanfaat dengan menurunkan kecemasan dan meningkatkan mood, dimana akan mempermudah dalam untuk bernapas (Hernandez-Reif, et al.1999).

Pada tahun 2006, sebuah penelitian dilakukan pada anak-anak panti asuhan di Equador, yang bertujuan mengetahui apakah terapi pijat dapat menurunkan kejadian diare dan menurunkan angka kesakitan secara keseluruhan pada anak usia bayi. Penelitian ini menggunakan kelompok kontrol dan eksperimen. Kelompok eksperimen menerima pijatan selama 15 menit pada seluruh tubuh setiap pagi, dan kelompok kontrol tidak diberikan intervensi apa-apa. Penelitian menemukan bahwa kelompok kontrol memiliki resiko 50 % lebih tinggi terkena

diare dan beresiko 11 % lebih tinggi mengalami penyakit lainnya dibandingkan kelompok eksperimen (Jump, Fargo, & Akers, 2006).

Penyebab serius dari diare dapat menyebabkan anak ada dalam kondisi kritis seperti dehidrasi, asidosis dan beresiko mengancam kehidupan, sehingga diare harus ditangani dengan baik. Teknik penanganan pijat bayi di Cina terbukti efektif menangani anak dengan diare. Banyak anak dengan diare tidak menunjukkan respon baik terhadap pengobatan, namun berespon baik pada pijatan. Teknik pijatan yang dilakukan adalah dengan memijat bagian jari, lengan, kaki, perut, dan sacrum. Teknik ini disebut dengan *Xia er tui na massages* (<http://www.parenthood-parenting-tips.com/baby-infant-massage-3.html>, diperoleh tanggal 7 Februari 2010).

Terkait dengan dikembangkannya terapi komplementer terutama terapi pijat, selama ini di Indonesia belum didapatkan penelitian secara khusus pada anak-anak yang menggambarkan manfaat pijat untuk mengatasi diare. Bila dilihat dari manfaat umum pijatan pada uraian sebelumnya, maka memungkinkan untuk dilakukan penelitian mengenai pengaruh terapi pijat pada anak dalam membantu mengurangi frekuensi BAB dan menurunkan tingkat dehidrasi.

1.2. Perumusan Masalah

Diare hingga saat ini masih menjadi faktor utama kematian pada anak-anak terutama yang berusia dibawah 5 tahun. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, diare menjadi penyebab kematian 31,4 % bayi berusia 29 hari hingga 11 bulan, riset tersebut juga menunjukkan bahwa diare menyebabkan kematian 25,2 % dari anak usia satu hingga empat tahun. Mengingat fatalnya akibat diare ini, maka perlu dikembangkan suatu intervensi sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi dalam memberikan asuhan keperawatan, termasuk pengembangan terapi komplementer. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah terapi pijat, untuk mengetahui dampak dari terapi ini maka perlu

dievaluasi sejauh mana pengaruh terapi pijat dalam menurunkan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak dengan diare.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi pijat terhadap penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak dengan diare.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a) Teridentifikasinya gambaran karakteristik anak yang mengalami diare (usia, status sosial ekonomi, kebiasaan mencuci tangan).
- b) Teridentifikasinya pengaruh terapi pijat terhadap penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak dengan diare yang mendapatkan pijatan 2 kali dalam sehari selama 3 hari pada kelompok intervensi.
- c) Teridentifikasinya perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak dengan diare antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- d) Teridentifikasinya pengaruh karakteristik responden terhadap frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat untuk layanan dan masyarakat

Penelitian ini bermanfaat sebagai bentuk pelayanan secara holistik dalam menangani masalah terkait dengan penyakit diare yang memperhatikan manfaat secara fisiologis dan psikologis pada pasien. Sebagai bentuk pengembangan ilmu dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada anak yang menderita diare, terapi pijat selain dapat membawa manfaat bagi kondisi kesehatan anak,

Universitas Indonesia

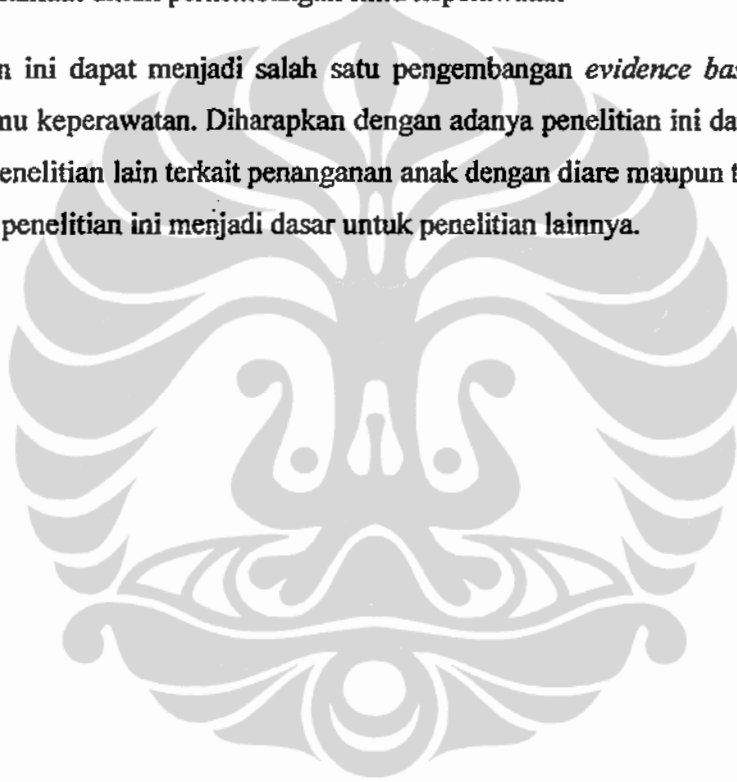
tetap mendekatkan hubungan antara orang tua dan anak walaupun anak dalam kondisi sakit.

1.4.2. Manfaat untuk pendidikan

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dalam memberikan perawatan terhadap anak yang menderita diare. Hasil dari penelitian ini dapat menambah literatur keperawatan terkait penanganan anak yang menderita diare khususnya pengaruh terhadap frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi.

1.4.3. Manfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi salah satu pengembangan *evidence based practice* dalam ilmu keperawatan. Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat memacu adanya penelitian lain terkait penanganan anak dengan diare maupun terkait terapi pijat dan penelitian ini menjadi dasar untuk penelitian lainnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan tentang teori – teori yang berhubungan dengan diare dan terapi pijat. Teori tersebut mencakup konsep dasar diare, konsep dehidrasi, konsep dasar terapi pijat, dan konsep anak usia 0 – 2 tahun serta konsep keperawatan yang berfokus pada keluarga (*family-centered care*) sebagai salah satu hal yang tidak dapat dipisahkan dari konsep keperawatan anak.

2.1. Diare

2.1.1. Definisi

Diare adalah gejala yang merupakan hasil dari kelainan pada proses digestif, absorpsi, dan fungsi sekresi (Hockenberry & Wilson, 2009). Diare adalah inflamasi yang terjadi di dalam saluran pencernaan yang dapat disertai dengan muntah (Ball & Bindler, 2003). Diare merupakan kondisi abnormal dari status absorpsi cairan dan elektrolit hingga sekresinya. Kondisi tidak normal ini dapat disebabkan karena dorongan osmotik yang bekerja pada lumen sehingga mendorong air keluar ke saluran pencernaan (Guandalini, 2009).

Gangguan diare dapat melibatkan lambung dan usus (*gastroenteritis*), usus halus (*enteritis*), kolon (*kolitis*), atau kolon dan usus (*enterokolitis*). Diare biasanya diklasifikasikan sebagai diare akut atau kronis.

2.1.2. Penyebab

Diare akut, merupakan penyebab utama kejadian diare pada anak berusia kurang dari 5 tahun. Diare akut didefinisikan sebagai peningkatan frekuensi dan perubahan konsistensi dari feses, seringkali disebabkan karena agen infeksius di saluran pencernaan. Gejala tersebut dapat terjadi bersamaan dengan infeksi saluran pernapasan atas dan perkemihan. Diare jenis ini biasanya dapat sembuh dengan sendirinya dengan durasi kurang dari 14 hari, dan tidak memerlukan

penanganan khusus kecuali bila terjadi dehidrasi. Diare infeksi akut (gastroenteritis akut) disebabkan karena berbagai pathogen virus, bakteri, dan parasit (Hockenberry & Wilson, 2009).

Diare kronik didefinisikan sebagai peningkatan frekuensi buang air besar dan peningkatan kandungan air dengan durasi lebih dari 2 hingga 3 minggu. Penyebab diare kronik diantaranya karena iritasi saluran pencernaan, infeksi saluran pencernaan, pertumbuhan bakteri yang berlebihan pada usus kecil, malabsorpsi karbohidrat atau glukosa, dan kanker kolon (Marks, 2010).

Sebagian besar pathogen penyebab diare disebarkan melalui jalur *fecal-oral* yang mengkontaminasi makanan atau minuman. Penyebaran juga dapat terjadi melalui orang per orang karena kontak langsung. Faktor resiko utama terjadinya diare adalah kekurangan air bersih, higienitas yang buruk, pemukiman padat, dan sanitasi yang buruk, terutama untuk patogen bakteri atau parasit (Hockenberry & Wilson, 2010).

2.1.3. Patofisiologi Diare

Invasi mikroorganisme patogen ke dalam saluran pencernaan menyebabkan diare melalui: (1) produksi enterotoksin yang menstimulasi sekresi air serta elektrolit, (2) invasi serta destruksi langsung sel-sel epitel usus, dan (3) inflamasi lokal serta invasi sistemik oleh mikroorganisme tersebut (Hockenberry & Wilson, 2010).

Organisme merusak sel mukosa vili di usus kecil, menyebabkan penipisan daerah permukaan dan penurunan kapasitas untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit. Organisme memasuki mukosa dan submukosa dari usus, menyebabkan kerusakan sel, nekrosis, dan ulserasi. Terkadang organisme dapat mencapai sirkulasi sistemik. Organisme mengeluarkan enterotoksin yang menstimulasi sekresi cairan dan elektrolit dari sel sekresi primer di usus kecil. Aksi dari enterotoksin juga mempengaruhi fungsi absorpsi dari daerah permukaan usus kecil. Akibatnya terjadilah ketidakseimbangan antara sekresi cairan dan absorpsi yang mengarah

pada kehilangan cairan dari feses. Diare yang disertai dengan proses ini dapat mengarah pada dehidrasi dan asidosis (Potts & Mandleco, 2007).

Kendati demikian, gangguan yang paling serius dan segera terjadi terkait dengan penyakit diare yang berat adalah (1) dehidrasi, (2) gangguan keseimbangan asam basa dengan asidosis, dan (3) syok yang terjadi ketika keadaan dehidrasi berlanjut hingga titik terjadinya gangguan serius pada status sirkulasi (Hockenberry & Wilson, 2010).

2.2. Konsep Dehidrasi

Dehidrasi adalah kondisi yang merupakan hasil dari kehilangan cairan ekstraseluler (Potts & Mandleco, 2007). Dehidrasi digambarkan sebagai kondisi keseimbangan cairan yang negatif yang disebabkan oleh berbagai penyakit. Kondisi diare merupakan penyebab yang utama, di seluruh dunia dehidrasi karena diare merupakan penyebab utama kematian pada bayi dan anak-anak (Huang, 2009).

Kompensasi tubuh terhadap kehilangan cairan ekstraseluler ada dalam beberapa cara. Penurunan sirkulasi cairan pada sistem vaskularisasi akan menurunkan *cardiac output* yang mengarah ke hipotensi. Sensor tekanan darah pada jantung, ginjal, dan otak akan bereaksi cepat untuk meningkatkan *cardiac output* dan meningkatkan retensi sodium dan air. Semua penurunan pada saraf pemicu tekanan darah dalam aorta untuk menstimulasi sistem saraf simpati, menyebabkan respon *fight-or-flight* atau pelepasan epinefrin. Epinefrin akan meningkatkan *cardiac output* dengan meningkatkan denyut nadi, kontraksi jantung, dan konstiksi vena. Kompensasi ini membantu sirkulasi darah yang tersisa menjadi cepat tapi tidak meningkatkan volume sirkulasi. Mekanisme kompensasi di ginjal dengan mengaktifasi sistem rennin-angiotensin. Perbaikan volume sirkulasi cairan dengan menahan sodium. Sensor tekanan darah di otak merespon dengan melepaskan ADH, yang akan menstimulasi rasa haus dan menahan air di ginjal. Kompensasi tubuh ini adalah pertahanan yang pertama namun hanya sementara.

Tanpa penanganan yang cepat dan tepat dapat menimbulkan iskemi jantung dan aritmia (Potts & Mandlco, 2007).

Pada anak yang menderita diare, status dehidrasi diklasifikasikan dengan dehidrasi berat, dehidrasi ringan-sedang, dan tanpa dehidrasi (WHO, 2005). Tanda dan gejala dari masing-masing klasifikasi dehidrasi tersebut adalah sebagai berikut:

2.2.1. Dehidrasi berat, terdapat 2 atau lebih dari tanda berikut:

- a) *Lethargy* atau tidak sadar
- b) Kantung mata cekung
- c) Tidak mau minum atau kemampuan untuk minum yang buruk
- d) Turgor kulit buruk (cubitan di kulit kembali lebih dari 2 detik).

2.2.2. Dehidrasi ringan-sedang, terdapat 2 atau lebih dari tanda berikut:

- a) Gelisah, mudah teriritasi
- b) Kantung mata cekung
- c) Tampak kehausan, ingin banyak minum
- d) Cubitan di kulit kembali lambat

2.2.3. Tanpa dehidrasi

Tidak ada tanda dan gejala seperti pada dehidrasi berat maupun ringan-sedang.

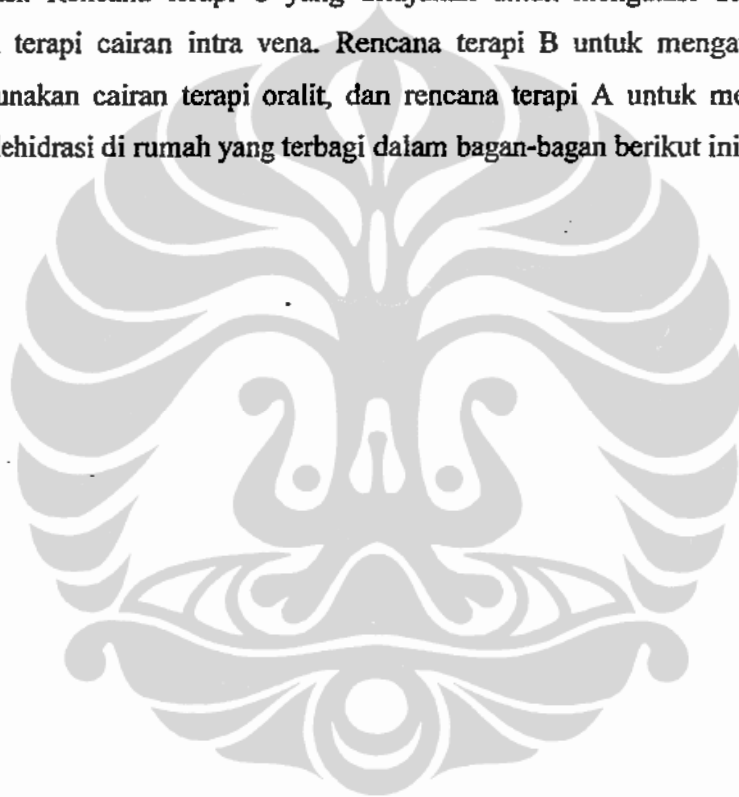
2.3. Penatalaksanaan Terapeutik

Tujuan utama dalam penatalaksanaan diare akut menurut Hockenberry & Wilson (2010) meliputi:

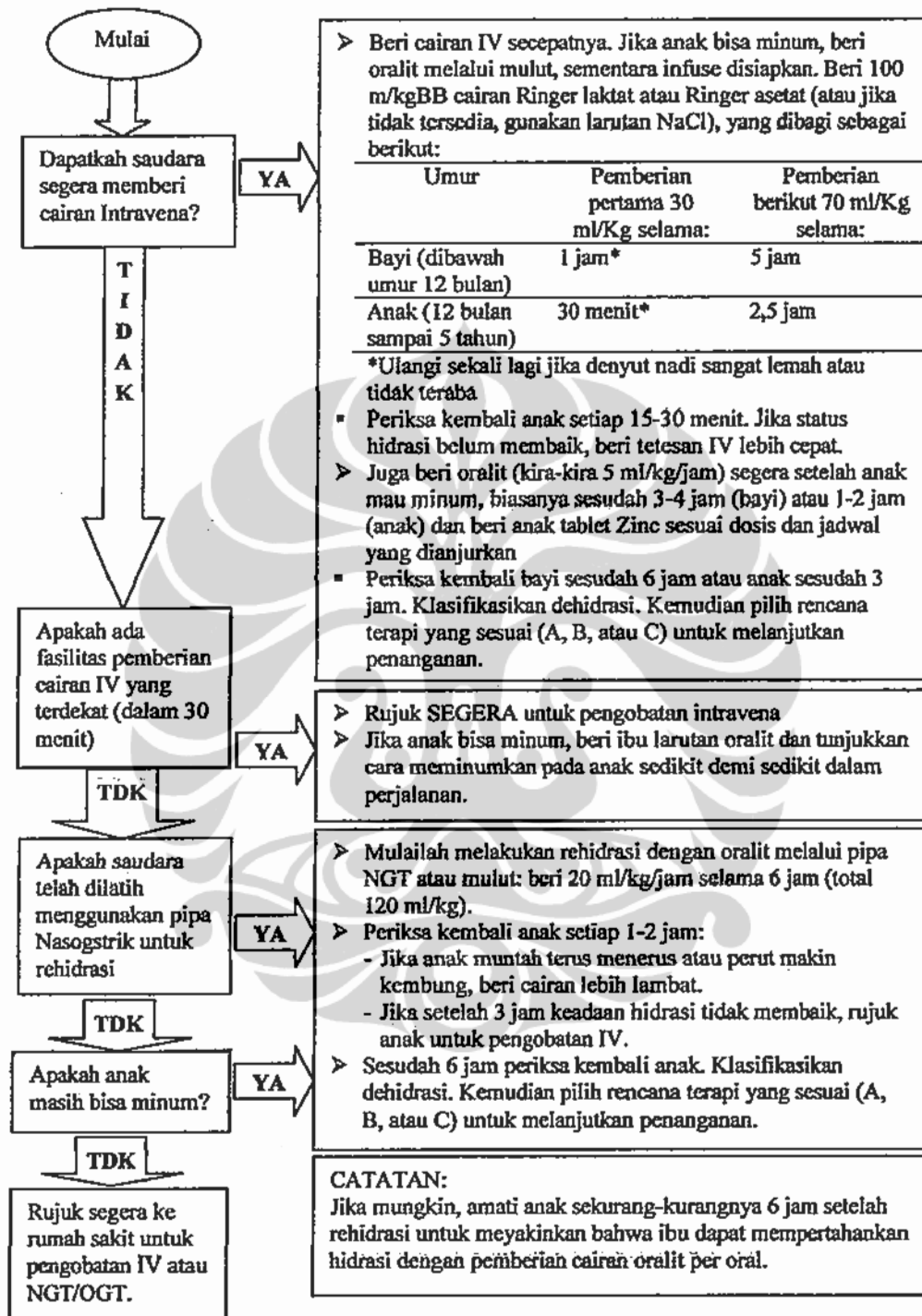
- a) Pengkajian terhadap gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- b) Rehidrasi
- c) Terapi cairan rumatan
- d) Tindakan memulai kembali diet yang memadai.

Penanganan terfokus pada penggantian cairan dan koreksi jika ada gangguan elektrolit, dan penanganan itu tergantung pada tingkatan dehidrasinya. Penanganan awal seharusnya diberikan di rumah, karena intervensi awal dapat mengurangi komplikasi seperti dehidrasi dan nutrisi buruk. Aspek terpenting dari penanganan di rumah adalah peningkatan pemberian cairan yang sesuai untuk mempertahankan asupan kalori (Potts & Mandleco, 2007).

WHO (2009) memberikan panduan penanganan diare berdasarkan tingkatan dehidrasi. Rencana terapi C yang ditujukan untuk mengatasi dehidrasi berat, dengan terapi cairan intra vena. Rencana terapi B untuk mengatasi dehidrasi menggunakan cairan terapi oralit, dan rencana terapi A untuk mengatasi diare tanpa dehidrasi di rumah yang terbagi dalam bagan-bagan berikut ini:



Bagan 2.1. Rencana Terapi C Penanganan Dehidrasi Berat



Sumber: WHO, 2009

Universitas Indonesia

Bagan 2.2. Rencana Terapi B Penanganan Dehidrasi Ringan/Sedang dengan Oralit

Beri Oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam pertama

➤ **Tentukan jumlah Oralit untuk 3 jam pertama**

Umur	Sampai 4 bulan	4-12 bulan	12-24 bulan	2-5 tahun
Berat badan	< 6 Kg	6 – 10 Kg	10 – 12 Kg	12 – 19 Kg
Jumlah cairan	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

Jumlah oralit yang diperlukan = 75 ml/kgBB

- Jika anak menginginkan oralit lebih banyak dari pedoman di atas, berikan sesuai kehilangan cairan yang sedang berlangsung.
- Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, beri juga 100 – 200 ml air matang selama periode ini.
- Mulailah pemberian makan segera setelah anak ingin makan.
- Lanjutkan pemberian ASI.

➤ **Tunjukkan kepada ibu cara memberikan larutan oralit.**

- Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/mangkok/gelas.
- Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan lagi dengan lebih lambat.
- Lanjutkan ASI selama anak mau.

➤ **Berikan tablet Zinc selama 10 hari.**

- **Setelah 3 jam:**
 - Ulangi penilaian dan klasifikasikan kembali derajat dehidrasinya.
 - Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.

➤ **Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai:**

- Tunjukkan cara menyiapkan oralit di rumah.
- Tunjukkan berapa banyak larutan oralit yang harus diberikan di rumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan.
- Beri bungkus oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang dianjurkan di rencana terapi A.
- Jelaskan 4 aturan perawatan di rumah:
 1. **Beri cairan tambahan**
 2. **Lanjutkan pemberian makan**
 3. **Beri tablet zinc selama 10 hari**
 4. **Kapan harus kembali**

Sumber: WHO, 2009.

Bagan 2.3. Rencana Terapi A: Penanganan Diare di Rumah (Diare tanpa dehidrasi)

JELASKAN KEPADA IBU TENTANG 4 ATURAN PERAWATAN DI RUMAH:

BERI CAIRAN TAMBAHAN, BERI TABLET ZINC, LANJUTKAN PEMBERIAN MAKAN, KAPAN HARUS KEMBALI

1. BERI CAIRAN TAMBAHAN (sebanyak anak mau)

➤ **Jelaskan kepada ibu:**

- Jika bayi muda, pemberian ASI merupakan pemberian cairan tambahan yang utama. Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian.
- Jika anak memperoleh ASI eksklusif, beri oralit atau air matang sebagai tambahan.
- Jika anak tidak memperoleh ASI eksklusif, beri 1 atau lebih cairan berikut ini: oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin) atau air matang.

Anak harus diberi cairan oralit di rumah jika:

- Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini.
- Anak tidak dapat kebal ke klinik jika diarenya bertambah parah.

➤ **Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit.**

Beri ibu 6 bungkus oralit (200 ml) untuk digunakan di rumah

➤ **Tunjukkan kepada ibu berapa banyak cairan termasuk oralit yang harus diberikan sebagai tambahan bagi kebutuhan cairannya sehari-hari:**

- | | |
|-----------|-----------------------------------|
| < 2 tahun | 50 sampai 100 ml setiap kali BAB |
| ≥ 2 tahun | 100 sampai 200 ml setiap kali BAB |

Katakan kepada ibu:

- Agar meminumkan sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk/cangkir/gelas
- Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan lagi dengan lebih lambat.
- Lanjutkan pemberian makanan tambahan sampai diare berhenti.

2. Beri Tablet Zinc

- Pada anak berumur 2 bulan ke atas; beri tablet Zinc selama 10 hari
Umur < 6 bulan: ½ tablet (10 mg) per hari
Umur > 6 bulan: 1 tablet (20 mg) per hari

3. Lanjutkan Pemberian Makan/ASI

4. Kapan harus kembali

Kunjungan ulang pada hari ke-5.

Sumber: WHO, 2009

2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian diare

Sebuah penelitian dilakukan oleh Winlar pada tahun 2002 di Kelurahan Turangga Bandung untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada anak usia 0 - 2 tahun. Penelitian tersebut dilatarbelakangi oleh kenyataan bahwa diare masih menjadi penyebab terbesar untuk angka morbiditas dan mortalitas anak usia di bawah 5 tahun, padahal beberapa usaha sudah dilakukan oleh peugas kesehatan, seperti penyebarluasan informasi mengenai diare.

Hasil dari penelitian tersebut adalah 61,54 % responden memiliki status sosial ekonomi kurang, 54,37 % responden kurang memahami bagaimana mencuci tangan yang baik, 63,5 % memiliki kebiasaan memberi jajanan untuk anak, dan 61,85 % memiliki kebiasaan buruk pada kehidupan anak sehari-hari.

Penelitian lain terkait faktor-faktor yang melatarbelakangi diare dilakukan oleh Genser et al. (2006). Sejumlah 902 anak berusia 0 – 36 bulan daerah urban di Brazil dikumpulkan datanya dari tahun 2000 – 2002. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan kejadian diare di daerah tersebut adalah status sosial ekonomi yang rendah, sanitasi yang buruk, adanya parasit dalam saluran pencernaan, dan tidak adanya pengkajian prenatal. Dampak dari status sosial ekonomi banyak mempengaruhi kondisi hidup dan sanitasi.

Berdasarkan dua penelitian diatas, terlihat bahwa faktor yang lebih banyak melatarbelakangi kejadian diare adalah status sosial ekonomi, kondisi sanitasi, dan cara hidup yang kurang sehat.

2.5. Konsep Anak Usia 0 – 2 tahun

Anak usia 0 – 2 tahun dibagi menjadi 2 kelompok usia perkembangan, usia 0 – 1 tahun termasuk usia bayi (*infant*) dan 1 – 2 tahun berada pada usia kanak-kanak (*toddler*), sehingga memiliki karakteristik yang berbeda.

2.5.1. Usia Bayi (*Infant*)

Bayi (*infant*) menurut ahli ilmu perkembangan adalah masa semenjak anak lahir hingga berusia 12 bulan, termasuk didalamnya anak hingga usia 1 tahun yang memerlukan perawatan khusus dalam aktivitas sehari-hari (Ball & Bindler, 2003).

Karakteristik masa bayi adalah membangun hubungan yang harmonis antara dirinya sendiri dengan dunia. Untuk mendapatkan keharmonisan, bayi membutuhkan makanan, kehangatan, kenyamanan, kepuasan oral, stimulasi dari lingkungan, dan kesempatan untuk menggali dan mengekspresikan dirinya. Jika bayi mendapatkan ini, maka ia akan mengembangkan rasa percaya pada dunia sebagai dasar perkembangan selanjutnya (James & Ashwill, 2007).

Menurut Muscari (2001) indikator untuk kesehatan secara keseluruhan pada bayi dapat dilihat dari aspek fisik, motorik, bahasa, kognitif, dan psikososial.

2.5.1.1. Aspek fisik

a) Panjang badan

Usia 0 – 6 bulan, bayi tumbuh 2,5 cm setiap bulan, kira-kira 6 bulan ukurannya 63,8 cm, pada usia 12 bulan kira-kira 72,5 cm.

b) Berat Badan

Dari usia 0 – 5 bulan, bayi mencapai berat 628 gr setiap bulan, berat bayi meningkat 2 kali berat badan lahir pada usia 5 bulan. Berat bayi meningkat 3 kali berat badan lahir pada usia 12 bulan.

c) Lingkar kepala

Usia 0 – 6 bulan, lingkar kepala bertambah 1,32 cm setiap bulan, rata-rata lingkar kepala di usia 6 bulan adalah 37,4 cm. Pada usia 6 – 12 bulan lingkar kepala akan bertambah 0,44 cm setiap bulan, sehingga rata-rata lingkar kepala pada usia 12 bulan adalah 45 cm. Pada usia 12

bulan. Lingkar kepala meningkat 33 % dan berat otak meningkat 2,5 kali dari pengukuran saat lahir.

d) Perubahan fontanel

Fontanel anterior berbentuk seperti berlian, saat lahir ukurannya 4 – 5 cm, akan menutup pada usia 12 dan 18 bulan. Fontanel posterior berbentuk triangular, ukurannya sekitar 0,5 – 1 cm akan menutup pada usia 2 bulan.

2.5.1.2. Aspek motorik

a) Motorik kasar

Usia 1 – 2 bulan, bayi dapat mengangkat kepala ketika disandarkan ke bahu ibu. Usia 3 bulan bayi dapat menggerakkan tangan ke mulut, dapat mengangkat kepala ketika posisi telentang. Usia 4 – 5 bulan sudah dapat bermain-main dengan kakinya, memasukan kaki ke dalam mulut dan dapat berguling. Usia 6 – 7 bulan mulai dapat duduk dengan bersandar. Usia 8 – 9 bulan dapat duduk tanpa di bantu, dapat merangkak dan mulai berdiri. Usia 10 – 12 bulan dapat berdiri sendiri, dapat berjalan dengan berpegangan pada satu tangan (James dan Ashwill, 2007).

b) Motorik halus

Usia 1 bulan bayi akan menahan tangan dalam genggamannya, menarik tangan dan kaki ke badan saat menangis. Usia 2 – 4 bulan dapat mengamati dan bermain-main dengan jari-jarinya, mulai memasukkan benda-benda ke dalam mulut. Usia 4 – 6 bulan dapat meraih mainan yang diinginkan, menjatuhkannya untuk mengambil mainan lain yang disodorkan padanya, menggenggam benda dengan kedua tangan, dan memanipulasi objek. Usia 6 – 8 bulan dapat menepuk-nepukan benda yang ada di kedua tangan, memindahkan benda dari satu tangan ke

tangan lain, mulai mengambil benda dengan jepitan jari. Usia 8 – 10 bulan dapat mengambil benda-benda kecil dan menggunakan dua jari untuk mengambil benda. Usia 10 – 12 bulan dapat menggenggam pensil warna atau krayon untuk membuat tanda pada kertas, memasukkan benda ke tempat yang berlubang (Ball dan Bindler, 2003).

2.5.1.3. Aspek bahasa

Usia 1 – 2 tahun berkomunikasi dengan tangisan yang kencang, merespon wajah manusia, pada 6 – 8 minggu mulai berespon dengan senyuman. Usia 3 bulan mulai berespon terhadap suara, menikmati untuk menciptakan suara-suara dari mulutnya. Usia 4 – 5 bulan tangisan dapat diidentifikasi, lebih banyak berceletoh, mulai dengan konsonan, membuat suara-suara dengan huruf vocal (mis: eeh, ooh). Usia 6 – 7 bulan mulai untuk menirukan suara, tertawa, meminta bantuan, bermain dengan boneka atau kaca. Usia 8-9 bulan, bayi mulai dapat mengucapkan kata-kata yang memiliki arti, seperti “mama”, “papa”, mulai mengerti perintah seperti diminta untuk melambatkan tangan, berespon dengan kata “tidak”. Usia 10 – 12 bulan dapat mengatakan dua atau lebih kata, mengetahui namanya sendiri, mulai membedakan arti kata-kata (James dan Ashwill, 2007)

2.5.1.4. Aspek kognitif

Bayi berada pada tahap sensorimotor, dari lahir hingga usia sekitar 18 bulan. Tahap ini termasuk perkembangan intelektual dan pengenalan lingkungan yang didapat melalui rasa. Selama tahap ini kognitif semakin berkembang dari aktivitas yang memiliki tujuan (Muscari, 2001).

2.5.1.5. Aspek psikososial

Menurut Erikson, usia 0 – 1 tahun ada dalam tahap percaya vs tidak percaya. Pada tahap ini orang yang paling penting bagi kehidupan bayi adalah orang yang merawatnya sehari-hari. Mengembangkan rasa percaya pada orang yang memberi perawatan dan lingkungan adalah fokus utama. Rasa percaya ini merupakan dasar

bagi tugas perkembangan psikososial selanjutnya. Bayi yang menerima perhatian penuh dalam perawatannya akan belajar bahwa hidup itu dapat direncanakan, dan kebutuhannya akan terpenuhi, hal ini akan menubuhkan rasa percaya. Sebaliknya pada anak yang tidak mendapatkan perhatian akan merasa tidak pasti dan menurunkan kepercayaan pada pemberi perawatan dan lingkungannya. Bayi pada umumnya akan mencari kenyamanan pada benda-benda pada saat merasa stress, seperti pada selimut atau mainan kesayangan.

2.5.2. Usia Kanak-kanak (*Toddler*)

2.5.2.1. Aspek fisik

Pada masa kanak-kanak, tinggi badan bertambah sekitar 7,5 cm setiap tahun. Berat badan akan meningkat sekitar 1,8 – 2,7 kg setiap tahun. Lingkar kepala akan sama dengan lingkar dada pada usia 1 – 2 tahun. Total penambahan lingkar kepala pada usia tahun kedua adalah 2,5 cm, rata-rata peningkatan akan melambat hingga 1,25 cm setiap tahun hingga usia 5 tahun.

Selama usia kanak-kanak, tulang maksila dan mandibula masih kecil membuat wajah terlihat kecil bila dibanding kepala keseluruhan. Pada daerah mulut, pertumbuhan gigi primer akan lengkap pada usia 2 tahun dengan jumlah 20 gigi. Bagian maksila, tulang mastoid, dan sinus ethmoid masih kecil dan tidak bertambah hingga usia 3 tahun. Pada sistem sensori, terutama untuk saraf olfaktorius/gustatorius, kedua rasa tersebut dipengaruhi oleh kontrol involunter dan terhubung dengan sensor lainnya dan area motorik. Kanak-kanak akan menolak makanan yang tidak menarik menurutnya. Kanak-kanak juga belajar untuk bereaksi pada kondisi bau-bauan yang tidak enak.

Pada bagian dada dan paru-paru, volume paru-paru meningkat dan kerentanan untuk terkena infeksi menurun. Pada sistem kardiovaskuler, impuls apikal terasa pada bagian intercostals 4 kiri pada garis midklavikula. Suara jantung lebih keras, bernada tinggi, dengan durasi yang lebih pendek dibanding orang dewasa.

Perut pada kanak-kanak terlihat silindris ketika posisi berdiri dan terlihat rata pada posisi telentang. Ujung dari ginjal kanan akan terasa pada anak yang lebih kecil terutama selama inspirasi. Hati akan teraba pada 1 – 2 cm di batas bawah tulang rusuk kanan, dan limpa akan teraba pada 1 – 2 cm di batas bawah tulang rusuk kiri. Kelenjar-kelenjar untuk pencernaan mencapai kematangan, sekresi asam lambung meningkat secara bertahap. Kapasitas perut sekitar 500 ml.

Bagian genitalia belum matang secara struktur maupun fungsi. Pertumbuhan otot berkontribusi pada penambahan berat badan. Kurva anterior pada bagian lumbal berkembang antara usia 12 – 18 bulan. Pada sistem neurologis, ukuran otak meningkat 80 % orang dewasa pada usia 2 tahun, myelinisasi hampir lengkap di usia 2 tahun, memberi peningkatan kemampuan untuk pergerakan dan kontrol spingter (Muscari, 2001).

2.5.2.2. Aspek motorik

Rata-rata pertumbuhan pada tahun kedua kehidupan agak melambat. Kemampuan motorik kasar diantaranya dapat membungkuk dan bangkit kembali dengan baik, berjalan maju dan mundur, menaiki tangga dengan berpegangan pada sisi tangga, berlari, lompat, dan menendang bola. Kemampuan motorik halus diantaranya dapat menaruh balok ke dalam gelas setelah dicontohkan, membangun menara balok dari empat hingga enam balok, dapat mengikuti garis horizontal dan melingkar menggunakan pensil warna, membuka pintu, dapat membuka kancing atau resleting baju (James dan Ashwill, 2007).

2.5.2.3. Aspek bahasa

Pada usia 15 bulan, anak dapat menggunakan ungkapan yang ekspresif, di usia 2 tahun, anak dapat menggunakan 300 kata dengan 2 – 3 frase kata dan menggunakan kata ganti.

2.5.2.4. Aspek kognisi

Menurut Piaget dalam Muscari (2001), perkembangan kognisi pada usia 12 – 24 bulan ada pada fase sensorimotor yang terbagi menjadi 2 tahap, yaitu:

- a) *Tertiary circular reaction* (12 – 18 bulan) yaitu eksperimen *trial-and-error* dan eksplorasi
- b) *Mental combination* (18 – 24 bulan) yaitu perhitungan mental untuk menemukan arti baru pada pencapaian tugas.

2.5.2.4. Aspek psikososial

Pada usia kanak-kanak, menurut Erickson dalam Muscari (2001) perkembangan psikososial yang terjadi adalah otonomi vs rasa malu dan ragu. Kanak-kanak mulai mengembangkan rasa percaya untuk mandiri dan mengembangkan otonomi. Di usia ini anak mulai belajar berpisah dari orang tua, mengontrol fungsi tubuh, berkomunikasi dengan kata-kata, interaksi egosentris dengan orang lain. Anak mulai belajar bahwa perilaku mereka bisa diprediksi dan akan berdampak bagi orang lain. Rasa malu dan ragu akan berkembang saat anak harus memulai kemampuan baru dan dia merasa tidak mampu melakukannya. Kanak-kanak seringkali mencari benda-benda yang dirasa aman untuk dirinya, seperti selimut saat dia merasa stres.

2.6. Terapi Pijat

2.6.1. Definisi

Pijat termasuk didalamnya adalah manipulasi pada jaringan lunak untuk tujuan terapi (Barr dan Taslitz, 1970 dalam Snyder, 2003). Dunn, Slep, dan Collet (1995) mendefinisikan bahwa pijat adalah aplikasi dari gerakan tangan yang sistematis dan biasanya ritmis yang dilakukan pada jaringan lunak pada tubuh (Snyder, 2003). Sedangkan Auckett (2004) mendefinisikan terapi pijat adalah proses mengusap-usap otot dan menyentuh bayi sesuai petunjuk khusus yang disusun untuk bayi.

Jadi dapat disimpulkan bahwa terapi pijat adalah suatu alternatif pengobatan yang dilakukan dengan aplikasi gerakan tangan yang sistematis dan ritmis pada jaringan tubuh untuk tujuan terapi.

2.6.2. Manfaat pijat

Sinclair (2005) dalam bukunya yang berjudul *Pediatric Massage Therapy* menjelaskan beberapa manfaat dari pijat adalah seperti berikut ini:

2.6.2.1. Meningkatkan sirkulasi darah dan kelenjar getah bening

Pijatan dapat menstimulasi sirkulasi darah lokal. Pembuluh darah pada bagian tubuh yang dipijat akan mengalami dilatasi dan aliran darah pada daerah ini akan meningkat. Terapis dapat menilai peningkatan aliran darah dengan membandingkan suhu dari daerah pemijatan sebelum dan sesudah dipijat menggunakan tangan. Rasa hangat akan terasa menunjukkan adanya peningkatan aliran darah. Pijat yang diberikan pada bayi prematur selama 5 hari dapat meningkatkan kadar oksitosin secara signifikan dalam sirkulasi darah (meningkat sebesar 28 %) (Field, 1998 dalam Field, 2001).

2.6.2.2. Meningkatkan fungsi sistem imun

Sentuhan atau pijatan dapat mempengaruhi sistem imun terkait gangguan yang terjadi pada sistem saraf simpatis. *Touch Research Institute* menunjukkan hasil penelitian bahwa anak yang mendapatkan pijatan memiliki perbaikan pada sistem imun. Anak dengan leukemia pada rata-rata usia 7 tahun, setelah diberikan pijatan selama 20 menit setiap malam selama 1 bulan, menunjukkan adanya peningkatan pada jumlah sel darah merah dan sel darah putih.

2.6.2.3. Mengoptimalkan level hormon

Studi yang dilakukan oleh *Touch Research Institute* menemukan bahwa bayi prematur yang dipijat dapat meningkat berat badannya dengan lebih cepat dibanding dengan bayi yang tidak dipijat, walaupun kedua bayi tersebut diberi

nutrisi yang sama. Peningkatan berat badan tersebut diperkirakan karena pijatan dapat memproduksi hormon penyerapan seperti gastrin dan insulin.

2.6.2.4. Menurunkan rasa nyeri

Pijat merupakan penanganan efektif untuk berbagai macam rasa sakit. Studi dari *Touch Research Institute* menunjukkan bahwa pijatan *effleurage* dapat mengatasi rasa sakit pada anak yang menderita *juvenile rheumatoid arthritis* dan anak dengan luka bakar yang parah.

2.6.2.5. Memperbaiki respirasi

Pijatan dapat meningkatkan kemampuan untuk usaha bernapas. Pijatan *effleurage* selama 20 menit setiap malam dilakukan oleh ibu kepada anaknya yang menderita *asthma*, pijatan dilakukan selama 1 bulan, mendapatkan hasil bahwa serangan *asthma* menjadi berkurang, aliran udara meningkat, dan mendorong rata-rata ekspirasi.

2.6.2.6. Merangsang sistem sensori

Pijat dapat merangsang sistem syaraf, hal ini penting untuk anak-anak yang mengalami imobilisasi atau kurang mendapatkan rangsangan taktil. Pijatan dan gerakan pasif dapat memberikan informasi kepada otak anak tentang kualitas yang berbeda dari kulitnya, seperti suhu, fleksibilitas, dan ketebalan.

2.6.3. Teknik Pemijatan

Penelitian terkait pijat dan diare dilakukan pada anak bayi panti asuhan di Equador tahun 2006, pada penelitian ini teknik pijatan dilakukan selama 15 menit pada kaki, perut, dada, tangan muka, dan punggung. Pijatan dilakukan setiap pagi hari. Hasilnya adalah bayi yang tidak diberi pijatan pada kelompok kontrol beresiko terkena diare 50 % lebih besar dibanding dengan bayi pada kelompok eksperimen yang diberi pijatan setiap hari (Jump, Fargo, & Akers, 2006).

Pada penelitian terkait pijatan pada pasien kolik, teknik yang dilakukan adalah memijat dengan sedikit tekanan menggunakan 2 – 3 jari pada perut. Gerakan dilakukan searah jarum jam dimulai dari bagian dasar kolon asenden, keatas ke daerah rusuk dimana terdapat kolon transversum, lalu ke kiri atas perut, lalu turun hingga kolon asenden. Setiap gerakan memutar tersebut memakan waktu sekitar 1 menit, dan pasien dianjurkan untuk melakukannya selama 10 kali setiap hari (Harrington & Haskvitz, 2006).

Menurut Roesli (2008) pemijatan dapat dilakukan pada waktu-waktu berikut ini:

- a) Pagi hari, pada saat orang tua dan anak siap untuk memulai hari baru.
- b) Malam hari, sebelum tidur. Ini sangat baik untuk membantu anak tidur lebih nyenyak.

Ikatan Dokter Indonesia (IDAI) menyusun panduan pemijatan untuk bayi cukup bulan/anak di bawah usia 3 tahun seperti berikut ini. Total lama pemijatan adalah 15 menit, gerakan boleh dilakukan tidak berurutan dan dapat dihentikan sebelum semua rangkaian selesai jika bayi/batita tidak menghendaki. Tiap gerakan dilakukan 6 kali (UKK TK Pedsos, 2008).

2.6.3.1. Pijatan Wajah

- a) *Caress Love*: menggunakan ± seperempat ujung telapak tangan menekan pada kening bayi, pelipis, dan pipi dengan gerakan seperti membuka buku dari tengah ke samping.
- b) *Relax*: kedua ibu jari memijat daerah di atas alis dari tengah ke samping.
- c) *Circle Down*: Memijat dari pangkal hidung turun sampai tulang pipi menggunakan ibu jari atau jari telunjuk dengan gerakan memutar perlahan.
- d) *Smile*: memijat diatas mulut bayi dengan ibu jari dari tengah ke samping, tarik sehingga anak tersenyum dilanjutkan dengan memijat lembut rahang bawah bayi dari tengah ke samping seolah membuat anak tersenyum.
- e) *Cute*: akhiri pijat wajah dengan memijat secara lembut daerah di belakang telinga ke arah dagu.

2.6.3.2. Pijatan Dada

- a) *Butterfly*: mulailah dengan meletakkan kedua telapak tangan di tengah dada bayi. Menggerakkan kedua telapak tangan ke atas, kemudian ke sisi luar tubuh dan kembali ke tengah tanpa mengangkat tangan seperti membentuk kupu-kupu.
- b) *Cross*: Membuat pijatan menyilang dengan telapak tangan dari pinggang ke arah bahu dan sebaliknya. Bergantian kanan dan kiri.

2.6.3.3. Pijatan Lengan

- a) *Milking India*: Memegang lengan bayi dengan kedua telapak tangan seperti memegang pemukul softball (tangan kanan menggenggam lengan bawah) sambil menggenggam lengan bayi kedua tangan di gerakan dari bahu ke pergelangan tangan seperti memerah.
- b) *Milking Swedia*: melakukan gerakan kebalikannya dari pergelangan tangan ke pangkal lengan.
- c) *Rolling*: gunakan kedua telapak tangan untuk membuat gerakan menggulung dimulai dari pangkal lengan menuju pergelangan tangan.
- d) *Squeezing*: melakukan gerakan memutar/memeras dengan lembut dengan kedua tangan dari pangkal lengan ke pergelangan tangan.
- e) *Thumb after thumb*: dengan kedua ibu jari secara bergantian, pijat seluruh permukaan telapak tangan dan punggung tangan mulai dari pergelangan tangan.
- f) *Spiral*: dengan ibu jari pijat seluruh permukaan telapak tangan dan punggung tangan mulai dari pergelangan tangan dengan gerakan memutar.
- g) *Finger shake*: akhiri pijatan dengan menggoyang dan menarik lembut setiap jari tangan bayi.

2.6.3.4. Pijatan Perut

- a) *Mengayuh*: Meletakkan telapak tangan kanan di bawah tulang iga dan hati. Menggerakkan telapak tangan kanan ke bawah dengan tekanan yang lembut sampai di bawah pusar. Mengulang dengan telapak tangan kiri secara bergantian.

- b) *Bulan-matahari*: Membuat pijatan dengan telapak tangan kanan mulai dari perut atas sebelah kiri ke kanan searah jarum jam sampai kanan perut bawah bayi (gerakan bulan). Dengan tangan kiri lanjutkan gerakan berputar mulai dari perut bawah sebelah kiri ke atas mengikuti arah jarum jam membentuk lingkaran penuh (gerakan matahari).
- c) *I Love You*:
I: memijat dengan ujung telapak tangan dari perut atas lurus ke bawah seperti membentuk huruf I.
Love: memijat dengan ujung telapak tangan mulai dari perut kanan atas ke kiri kemudian ke bawah membentuk huruf L terbalik.
You: memijat dengan ujung telapak tangan mulai dari perut kanan bawah ke atas membentuk setengah lingkaran ke arah perut kiri atas kemudian ke bawah membentuk huruf U terbalik.
- d) *Walking*: Menekan dinding perut dengan ujung jari telunjuk, tengah, dan jari manis bergantian berjalan dari sebelah kanan ke kiri. Mengakhiri pijatan perut dengan mengangkat kedua kaki bayi kemudian menekan perlahan ke arah perut.

2.6.3.5. Pijatan Kaki

- a) *Milking India*: memegang tungkai bayi dengan ke-2 telapak tangan seperti memegang pemukul softball (tangan kanan menggenggam tungkai atas, tangan kiri menggenggam tungkai bawah). Sambil menggenggam tungkai bayi, kedua tangan digerakan dari pangkal paha ke tumit seperti memerah.
- b) *Milking Swedia*: melakukan gerakan kebalikannya dengan cara satu tangan memegang pergelangan kaki yang lain memijat dari pergelangan kaki ke pangkal paha.
- c) *Squeezing*: melakukan gerakan menggenggam dan memutar dari pangkal paha sampai ke ujung jari kaki.
- d) *Thumb after thumb*:
 - Menekan dengan kedua ibu jari bergantian mulai dari tumit ke arah ujung jari kaki.

- Menekan tiap jari kaki menggunakan dua jari tangan kemudian ditarik dengan lembut.
- Menekan punggung kaki dengan kedua ibu jari secara bergantian ke arah ujung jari.

2.6.3.6. Pijatan Punggung

- a) *Go back forward*: dengan posisi telapak tangan tegak lurus terhadap tulang punggung dilakukan pemijatan dengan gerakan maju mundur menggunakan kedua telapak tangan di sepanjang punggungnya dari leher sampai ke pantat bayi.
- b) *Slip*: dengan posisi telapak tangan tegak lurus terhadap tulang punggung dilakukan pemijatan dengan gerakan lurus ke bawah menggelincir dari leher sampai pantat.
- c) *Spiral*: dengan tiga jari membuat gerakan melingkar kecil sepanjang otot punggung dari bahu sampai pantat sebelah kiri dan kanan.

Akhiri pijatan punggung dengan membuat beberapa kali belaian memanjang dengan ujung jari dari leher menuju pantat.

2.6.4. Fisiologi Pijat Bayi

Mekanisme dasar dari pijat bayi belum banyak diketahui. Walaupun demikian, saat ini para pakar sudah mempunyai beberapa teori tentang mekanisme ini serta menemukan jawabannya (Roesli, 2008).

2.6.4.1. Beta endorfin mempengaruhi mekanisme pertumbuhan

Penelitian yang dilakukan pada bayi-bayi tikus oleh Schanberg pada tahun 1989 menunjukkan bahwa jika hubungan taktil (jilatan-jilatan ibu tikus ke bayinya terganggu akan menyebabkan penurunan enzim ODC (*ornithin decarboxylase*), yaitu suatu enzim yang menjadi petunjuk peka bagi pertumbuhan sel dan jaringan. Pengurangan sensasi taktil akan meningkatkan pengeluaran suatu *neurochemical beta-endorphin*, yang akan mengurangi hormon pertumbuhan karena menurunnya jumlah aktivitas ODC jaringan (Roesli, 2008).

2.6.4.2. Aktivitas *nervus vagus* mempengaruhi mekanisme penyerapan makanan

Penelitian Field dan Schanberg (1986) menunjukkan bahwa pada bayi yang dipijat mengalami peningkatan tonus *nervus vagus* yang akan menyebabkan peningkatan kadar enzim penyerapan gastrin dan insulin. Dengan demikian penyerapan makanan akan menjadi lebih baik (Roesli, 2008).

2.6.4.3. Aktivitas *nervus vagus* meningkatkan volume ASI

Penyerapan makanan menjadi lebih baik karena peningkatan aktivitas *nervus vagus* menyebabkan bayi menjadi cepat lapar, sehingga akan lebih sering menyusu pada ibunya. Seperti diketahui, ASI akan lebih banyak diproduksi jika semakin banyak diminta (Roesli, 2008).

2.6.4.4. Produksi serotonin meningkatkan daya tahan tubuh

Pemijatan akan meningkatkan aktivitas neurotransmitter serotonin, yaitu meningkatkan kapasitas sel reseptor yang berfungsi mengikat *glucocortikoid*. Proses ini akan menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormone adrenalin. Penurunan kadar hormone adrenalin ini akan meningkatkan daya tahan tubuh, terutama IgM dan IgG (Roesli, 2008).

2.6.4.5. Pijatan dapat mengubah gelombang otak

Pijat bayi akan membuat bayi tidur lelap dan meningkatkan kewaspadaan (*alertness*) atau konsentrasi. Hal ini disebabkan pijatan dapat mengubah gelombang otak. Perubahan ini terjadi dengan cara menurunkan gelombang alpha dan meningkatkan gelombang beta serta theta, yang dapat dibuktikan dengan penggunaan EEG (*electroencephalogram*) (Roesli, 2008).

2.7. Konsep *family-centered care*

Konsep *family-centered care* (FCC) adalah suatu filosofi dalam perawatan yang mengakui pentingnya unit keluarga sebagai focus dari seluruh intervensi kesehatan. Model perawatan ini menemukan bahwa keluarga adalah pusat dari kehidupan anak dan harus menjadi pusat dari rencana perawatan pada anak (Ahmann, 1994 hal 113 dalam Bowden, Dickey, dan Greenberg, 1998).

Sistem pelayanan dan personil kesehatan harus mendukung, menghargai, mendorong, dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga dengan membangun kerjasama dengan orang tua (Newton, 2000 dalam Hockenberry dan Wilson, 2009).

Konsep inti dari *family-centered care* membentuk kemaknaan dan menyebar pelaksanaannya dalam tataran institusi keperawatan anak. Setiap konsep berdasar pada prinsip bahwa pemberian pelayanan kesehatan akan menghormati, memberdayakan dan menghargai konsep inti keluarga dengan mendukung keluarga sebagai konstanta dalam perawatan anak (Green, 2008). Konsep *family-centered care* dari Green (2008):

2.7.1. Kekuatan keluarga

Keluarga dikenal sebagai konstanta pada kehidupan anak dan sebagai individu yang dapat mengambil keputusan dalam perawatan anak. Dengan pendekatan untuk merawat di tataran klinis, merupakan kewajiban petugas kesehatan untuk mendukung keluarga sebagai rekan dan pengambil keputusan untuk perawatan anak, membantu mereka untuk mengatasi penyakit anaknya. Konsep ini penting untuk membuat keluarga menjadi percaya diri dengan keputusan yang diambil.

2.7.2. Menghormati

Family-centered care membutuhkan rasa percaya dan menghormati nilai-nilai, keyakinan, agama, dan latar belakang keluarga. Rasa menghormati mendukung adanya kemitraan dan mengurangi anggapan-anggapan yang salah antara keluarga

dan petugas kesehatan. Kewajiban petugas kesehatan untuk bekerja sama dengan keluarga terkait pengetahuan keluarga dan pemilihan perawatan.

2.7.3. Pilihan

Keluarga dapat merasa tidak memiliki kekuatan pada waktu berada dalam keadaan tidak bisa memperbaiki kondisi anaknya. Penyediaan informasi yang diperlukan oleh keluarga dapat membantu keluarga mengerti akan pilihan-pilihan dalam perawatan, dan merasa berguna bagi perawatan anaknya.

2.7.4. Pertukaran informasi

Petugas kesehatan profesional akan memberikan informasi kepada keluarga tentang kondisi klinis anak, dan keluarga akan memberikan data-data tentang anaknya. Informasi dua arah ini akan membangun rasa percaya dan kemitraan antara petugas kesehatan dan keluarga, dan membantu keluarga untuk lebih aktif terlibat dalam perawatan anak.

2.7.5. Dukungan

Dukungan terhadap keluarga termasuk menghormati keputusan yang diambil oleh keluarga, memberikan kenyamanan bagi keluarga dalam mengatasi kondisi sakit anaknya. Dukungan dapat membuat keluarga menjadi percaya diri dalam mengatur perawatan anaknya.

2.7.6. Fleksibilitas

Petugas kesehatan profesional harus menyadari bahwa setiap keluarga memiliki perbedaan dalam personaliti, pengalaman hidup, nilai dan kepercayaan, pendidikan, agama, dan budaya. Faktor-faktor tersebut perlu untuk dipertimbangkan dalam melakukan pendekatan pada masing-masing keluarga. Penting untuk tidak mengabaikan faktor-faktor tersebut dalam melakukan perawatan. Dengan memahaminya, petugas kesehatan dapat menemukan kebutuhan pada masing-masing keluarga.

2.7.7. Kolaborasi

Kolaborasi antara keluarga dan petugas kesehatan merupakan kepentingan terbaik untuk anak. Kolaborasi termasuk konsep pertukaran informasi, sebaik saling menghormati dan memberikan pilihan. Situasi ini akan meningkatkan kualitas perawatan anak.

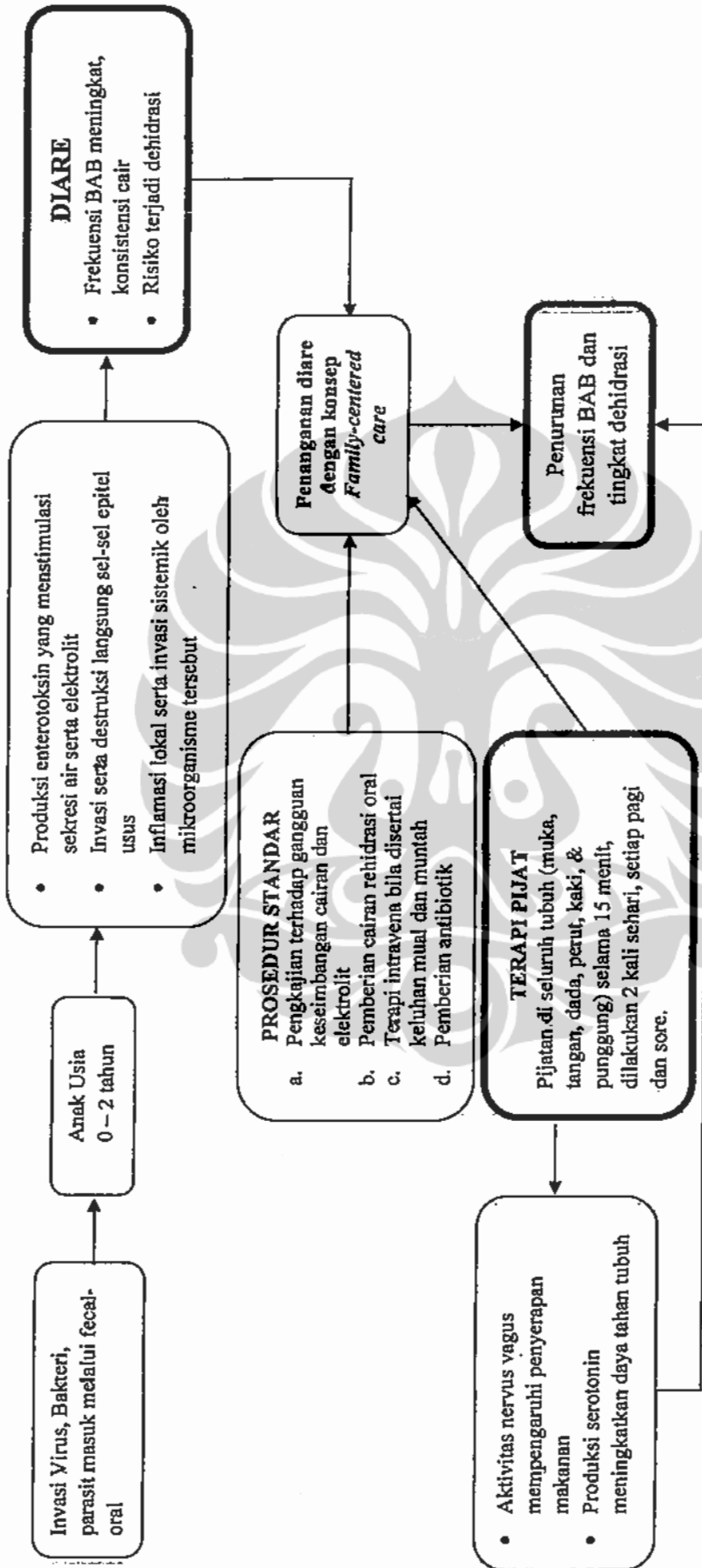
2.7.8. Pemberdayaan Keluarga

Keluarga memiliki hak dan kewenangan dalam perawatan anaknya. Pemberdayaan keluarga akan membentuk konsep bahwa keluarga memiliki peran inti dan konstanta dalam kehidupan anak.



Universitas Indonesia

Skema 2.1. Kerangka Teori



Kerangka Teori modifikasi dari Hockenberry dan Wilson (2010), Ramaswamy dan Jacobson (2001), WHO (2005, Roesli (2008), Bowden, Dickey, dan Greenberg (1998)

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dijelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian, dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berpikir dalam melaksanakan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan pustaka yang telah dibahas sebelumnya, sehingga mudah dipahami oleh peneliti.

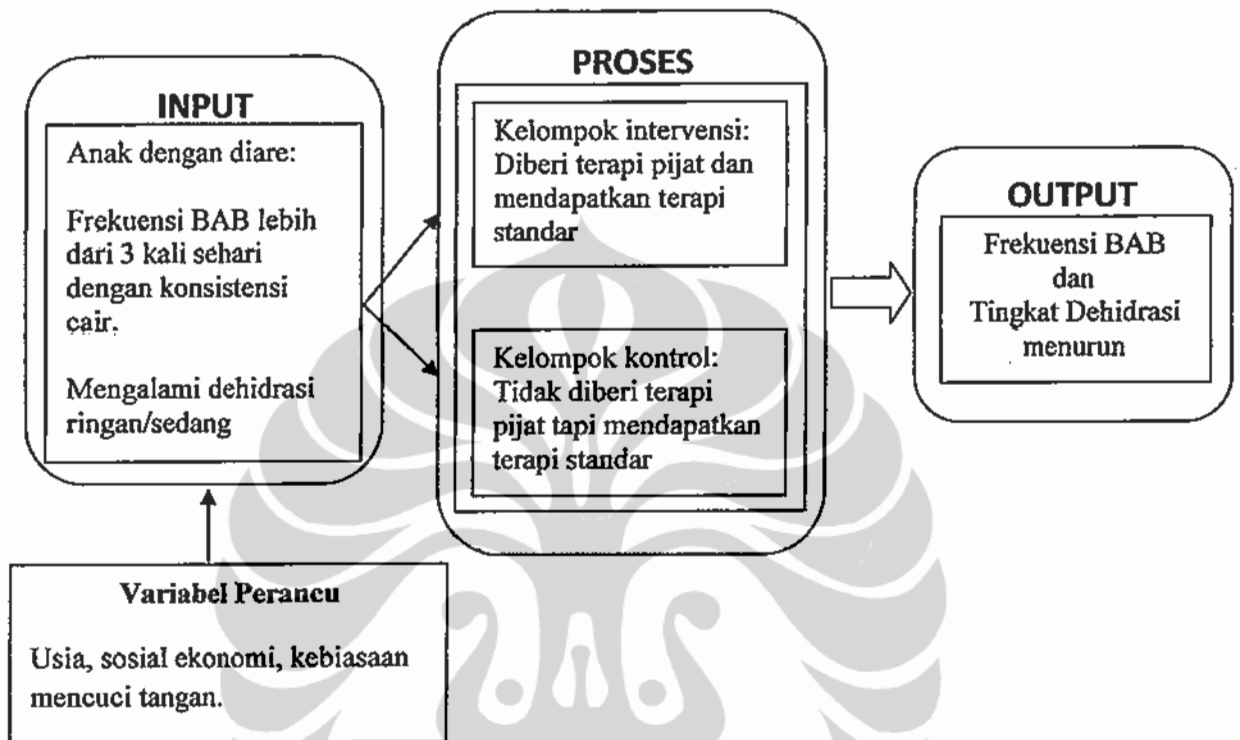
3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep akan menjelaskan tentang variabel-variabel yang dapat diukur dalam penelitian. Variabel adalah karakteristik yang akan diobservasi dari satuan pengamatan (Muhidin & Somantri, 2006). Variabel juga didefinisikan sebagai suatu sifat yang akan diukur atau diamati yang nilainya bervariasi antara satu objek ke objek yang lain (Sabri & Hastono, 2008). Dalam penelitian ini, variabel independennya adalah terapi pijat sedangkan variabel dependennya adalah frekuensi diare dan tingkat dehidrasi. Variabel perancu dalam penelitian ini adalah usia, sosial ekonomi, kebiasaan mencuci tangan.

Kerangka konsep pada penelitian ini menggambarkan bahwa anak yang mengalami diare dan mengalami dehidrasi sebagai *input* dalam proses penelitian dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberi perlakuan terapi pijat dua kali sehari selama 3 hari, sedangkan kelompok kontrol tidak diberi terapi pijat, namun setiap kelompok masih menerima terapi standar dari rumah sakit. *Output*-nya terjadi perubahan jumlah frekuensi BAB dan penurunan tingkat dehidrasi, dan dibandingkan nilainya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dalam pelaksanaan penelitian ini, tidak mengabaikan adanya variabel perancu, sehingga dilihat apakah penurunan frekuensi

BAB dan penurunan tingkat dehidrasi tersebut juga dipengaruhi oleh variabel perancu. Adapun skema kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut:

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis kerja yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

Ada pengaruh terapi pijat terhadap penurunan frekuensi BAB dan penurunan tingkat dehidrasi.

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen				
Terapi pijat	Pemberian tindakan pada anak dengan memijat pada bagian lengan, kaki, perut, dan punggung selama 15 menit dilakukan 2 kali sehari selama 3 hari.	Observasi sesuai format dan prosedur	0 = tidak dilakukan terapi pijat 1 = dilakukan terapi pijat 2 kali sehari	Nominal
Dependen				
Frekuensi BAB	Selisih penurunan jumlah buang air besar pada anak diare sebelum dan sesudah diberi terapi pijat selama 3 hari.	Observasi dan wawancara (check list)	0 = \leq mean 1 = \geq mean	Interval
Tingkat Dehidrasi	Klasifikasi dehidrasi dengan ukuran dehidrasi ringan-sedang, dan tanpa dehidrasi	Observasi (sesuai format tanda-tanda klinis)	0. Dehidrasi ringan-sedang, terdapat 2 atau lebih dari tanda berikut: 1) Gelisah, mudah teriritasi 2) Kentung mata cekung 3) Tampak kehausan, ingin banyak minum 4) Cubitan di kulit kembali lambat	Ordinal

1. Tanpa dehidrasi

Tidak ada tanda dan gejala seperti pada dehidrasi berat maupun ringan-sedang.

Variabel				
Perancu				
Usia anak	Umur anak saat mengalami perawatan di rumah sakit	Kuesioner	0 = 0 – 1 tahun 1 = > 1 – 2 tahun	Ordinal
Sosial ekonomi	Jumlah pendapatan keluarga setiap bulan	Kuesioner	0 = < Rp.1.100.000,- 1 = Rp. 1.100.000 – 2.000.000,- 2 = > 2.000.000,-	Ordinal
Kebiasaan mencuci tangan	Kebiasaan ibu/pengasuh untuk mencuci tangan saat akan memberi makan atau minum pada anak.	Wawancara	0 = jika ibu/pengasuh tidak pernah/kadang-kadang mencuci tangan saat akan memberi makan atau minum pada anak 1 = jika ibu/pengasuh selalu mencuci tangan saat akan memberi makan atau minum pada anak	Nominal

BAB IV

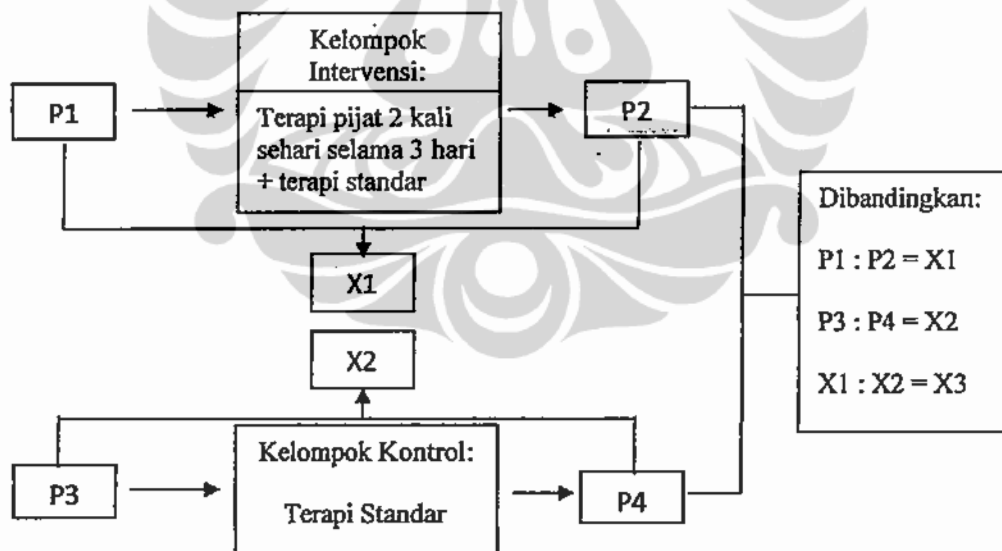
METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan desain *quasi experiment design with pre-post test control group* untuk melihat dan membandingkan tindakan yang dilakukan sebelum dan sesudah eksperimen, selanjutnya perbedaan pada pretest dan posttest diasumsikan sebagai efek dari eksperimen (Arikunto, 2008). Pada penelitian ini dilakukan pemberian terapi pijat dikombinasi dengan prosedur standar penanganan diare di rumah sakit pada kelompok intervensi, dan penggunaan prosedur standar penanganan diare pada kelompok kontrol.

Skema 4.1

Desain Penelitian



Keterangan:

P1: Frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dilakukan intervensi terapi pijat 2 kali sehari selama 3 hari dan terapi standar.

P2: Frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi setelah dilakukan intervensi terapi pijat 2 kali sehari selama 3 hari dan terapi standar.

P3: Frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dilakukan terapi standar.

P4: Frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi setelah dilakukan terapi standar.

X1: Perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi pijat pada kelompok intervensi.

X2: Perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi standar pada kelompok kontrol.

X3: Perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dan setelah dilakukan terapi standar pada kelompok kontrol dibandingkan dengan perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dan setelah dilakukan terapi pijat 2 kali sehari selama 3 hari dan terapi standar pada kelompok intervensi.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak yang dirawat karena diare di ruang rawat anak (C6) RSUD Cibabat Cimahi.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang diteliti (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan cara *probability*

sampling dengan jenis *systematic random sampling*, yaitu suatu metode pengambilan sampel, dimana hanya unsur pertama saja dari sampel dipilih secara acak, sedangkan unsur-unsur selanjutnya dipilih secara sistematis menurut suatu pola tertentu (Kasjono dan Yasril, 2009).

Sampel diambil berdasarkan urutan kedatangan calon responden, dilihat dari catatan rekam medik yang ada di ruangan. Calon responden yang datang lebih awal akan dilibatkan dalam kelompok intervensi, calon responden selanjutnya dilibatkan dalam kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel secara bergantian tersebut dilakukan berulang, hingga memenuhi jumlah sampel yang sudah ditentukan.

Rumus pengambilan sampel berpasangan menurut Ariawan (1998) dalam Kasjono dan Yasril (2009), adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{2\sigma^2 [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = besar sampel

σ^2 = S_p^2 = varians gabungan 1 dan 2

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai z pada derajat kemaknaan yang dikehendaki

$Z_{1-\beta}$ = nilai z pada kekuatan uji yang dikehendaki

μ_1 = rata-rata pada kelompok 1 penelitian terdahulu

μ_2 = rata-rata pada kelompok 2 penelitian terdahulu

Pada umumnya nilai σ^2 tidak diketahui sehingga umumnya σ^2 diperkirakan sebagai varians gabungan:

$$S_p^2 = \frac{[(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2]}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

Sp^2 = varians gabungan

n_1 = jumlah populasi pada kelompok 1 penelitian terdahulu

n_2 = jumlah populasi pada kelompok 2 penelitian terdahulu

s_1^2 = varians pada kelompok 1 penelitian terdahulu

s_2^2 = varians pada kelompok 2 penelitian terdahulu

Pada penelitian tentang terapi pijat pada bayi untuk mencegah diare di Equador didapatkan jumlah kelompok kontrol sebanyak 16 bayi, kelompok intervensi sebanyak 14 bayi, varians pada kelompok kontrol 4,87, varians pada kelompok intervensi 3,94, rata-rata kejadian diare selama hari pengamatan didapatkan pada kelompok kontrol adalah 0,28 dan pada kelompok intervensi 0,18, dengan CI = 95%. Jika dimasukkan dalam rumus maka hasilnya adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 Sp^2 &= \frac{[(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2]}{(n_1-1) + (n_2-1)} \\
 &= \frac{[(16-1)4,87^2 + (14-1)3,94^2]}{(16-1) + (14-1)} \\
 &= \frac{355,75 + 201,81}{28} \\
 &= 19,91
 \end{aligned}$$

Maka besar sampel yang diperlukan adalah:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{2\sigma^2 [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \\
 n &= \frac{2 \times 19,91 [0,96 + 0,84]^2}{(0,28 - 0,18)^2} \\
 &= 12,90 \sim 13
 \end{aligned}$$

Untuk menghindari *drop out* maka dilakukan koreksi sampel sebanyak 10%, dengan demikian jumlah sampel adalah 15 untuk setiap kelompok. Setelah menentukan jumlah sampel, maka ditentukan juga kriteria inklusi dan eksklusi dari sampel. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian pada populasi target dan pada populasi terjangkau (Sastroasmoro dan Ismael, 2008). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a) Anak berusia 0 - 2 tahun yang menderita diare akut.
- b) Anak yang dirawat di hari pertama perawatan.
- c) Anak penderita diare yang mendapatkan terapi standar penanganan diare.
- d) Anak yang mengalami dehidrasi ringan-sedang.
- e) Tidak mengalami demam tinggi.
- f) Tidak mengalami edema pada tubuh.
- g) Bersedia menjadi responden, yang diwakili oleh orangtua responden.
- h) Orang tua responden dapat berkomunikasi dengan baik.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Anak yang menderita diare, tetapi mengalami gangguan lain seperti kurang energi protein.
- b) Anak dengan gangguan kongenital pada organ pencernaan.
- c) Anak yang mengalami penurunan kesadaran.
- d) Anak dengan tanda-tanda vital yang tidak stabil.

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang perawatan anak (C6) Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi. Alasan pemilihan tempat ini karena RSUD Cibabat merupakan rumah sakit rujukan di daerah Cimahi dan belum ada penelitian mengenai terapi pijat terhadap bayi dengan diare yang dilakukan di rumah sakit ini.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada minggu ketiga bulan Mei 2010 hingga minggu ketiga Juni 2010. Pengumpulan data dilakukan setiap hari kerja (Senin – Jumat) setelah mendapat izin dari pihak terkait.

4.5. Etika Penelitian

Menurut Polit dan Hungler (1999), etika penelitian dalam keperawatan adalah sebagai berikut:

4.5.1. *Self Determination*

Etika ini adalah hak responden untuk memiliki otonomi dalam menentukan suatu keputusan yang dibuat secara sadar dan memahami serta tanpa paksaan. Pada penelitian ini, sebelum intervensi dilakukan, peneliti menjelaskan tujuan, prosedur penelitian dan intervensi yang akan dilakukan pada responden. Setelah responden memahami hal tersebut, selanjutnya diberi kebebasan untuk menentukan akan berpartisipasi atau tidak pada penelitian ini. Jika responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian, maka diberikan lembar persetujuan atau *Informed Consent* untuk ditandatangani, namun sebelumnya responden diberikan kesempatan untuk bertanya jika terdapat hal yang belum jelas.

4.5.2. *Privacy and Dignity*

Peneliti menjaga semua informasi yang telah diberikan dan menjaga martabat responden, informasi yang didapat hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Pengambilan data dilakukan sendiri oleh peneliti, hanya dengan keluarga responden tanpa didampingi orang lain.

4.5.3. *Anonymity and Confidentiality*

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Pada lembar tersebut cukup diberi kode atau inisial saja. Pada saat penyajian dan pelaporan penelitian hanya ditampilkan kelompok data saja. Data yang terkumpul disimpan oleh peneliti

selama kurang lebih 5 tahun dan jika sudah tidak diperlukan lagi akan dihancurkan.

4.5.4. *Fair Treatment*

Setiap individu memiliki hak yang sama untuk dipilih dan ikut terlibat dalam penelitian tanpa ada diskriminasi. Pada kelompok intervensi dilakukan pijatan yang kemudian dihubungkan dengan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi, maka pada kelompok kontrol, pelaksanaan pijatan dilakukan pada hari ketiga setelah pengukuran frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi. Terkait pengambilan sampel dengan cara *systematic random sampling*, untuk menghindari rasa ketidakadilan atau adanya perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol, peneliti bekerja sama dengan kepala ruangan untuk menempatkan responden intervensi dan kontrol di ruangan yang berbeda. Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya komunikasi langsung dari responden intervensi dan kontrol, sehingga responden tidak mengetahui apakah dirinya termasuk dalam kelompok intervensi atau kontrol.

4.5.5. *Protection from Discomfort and Harm*

Penelitian dilakukan dengan memperhatikan aspek kenyamanan dan keamanan responden. Aspek fisik, psikologis, dan sosial juga diperhatikan dalam penelitian. Peneliti memperhatikan responden, jika terlihat ada tanda-tanda ketidaknyamanan atau menangis saat dilakukan pijatan, maka proses terapi tidak dilanjutkan. Selain itu responden dilindungi dari kemungkinan bahaya yang dapat timbul saat penelitian dilakukan. Jika sewaktu-waktu responden memutuskan untuk mengundurkan diri, maka responden tersebut diberi hak untuk tidak melanjutkan intervensi dari penelitian ini.

4.6. Alat Pengumpul Data

Pada penelitian ini digunakan alat pengumpul data sebagai berikut:

- a) Kuesioner, digunakan untuk mengumpulkan data karakteristik responden, mencakup usia anak, status sosial keluarga, kebiasaan ibu/pengasuh mencuci tangan.
- b) Kartu untuk mencatat setiap kali responden buang air besar selama 24 jam. Kartu diberikan kepada ibu atau orang yang menjaga responden, setiap kali responden buang air besar, maka ibu memberikan *check list* pada kolom yang tersedia.
- c) Instrumen observasi dan wawancara untuk mengumpulkan data tentang frekuensi buang air besar.
- d) Instrumen observasi untuk mengukur tingkat dehidrasi. Tingkatan dehidrasi mengacu pada pengelompokan dehidrasi yang dikeluarkan oleh WHO.

Peneliti menggunakan instrumen untuk mengukur tingkat dehidrasi yang dikeluarkan oleh WHO, instrument tersebut sudah digunakan di rumah sakit dan tempat pelayanan kesehatan di Indonesia, termasuk di tempat peneliti melakukan penelitian, sehingga peneliti tidak melakukan lagi uji validitas terhadap instrument tersebut.

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti menerangkan dahulu kepada asisten peneliti bagaimana cara kerja alat pengumpul data tersebut. Selanjutnya untuk menguji reliabilitas instrumen, peneliti bersama dengan asisten peneliti mengujicobakan kepada pasien secara bersama-sama untuk menyamakan persepsi agar pengukuran yang dilakukan tidak berbeda hasilnya antara peneliti dengan asisten peneliti. Uji coba ini dilakukan kepada 10 pasien, pada saat ada hasil yang berbeda saat pengukuran, dilakukan pengukuran ulang hingga pengukuran yang dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti hasilnya sama. Setelah hasil pengukuran antara peneliti dan asisten peneliti betul-betul sama, baru dilakukan pengumpulan data observasi.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahapan berikut ini:

4.7.1. Persiapan

Tahap persiapan diawali dengan mengurus perijinan dan surat kelulusan uji etik dari pihak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk diajukan ke bidang keperawatan dan bidang pendidikan dan penelitian RSUD Cibabat Cimahi. Setelah mendapat surat ijin untuk melakukan penelitian dari bidang pendidikan dan penelitian, peneliti menyampaikan surat tersebut kepada kepala ruangan C6 (ruang rawat anak) RSUD Cibabat.

Selanjutnya peneliti bekerja sama dengan kepala ruangan untuk menentukan perawat yang dilibatkan sebagai asisten peneliti dalam pengambilan data dan intervensi pemberian terapi pijat. Setelah terpilih asisten, peneliti memberikan informasi mengenai pengisian lembar kuesioner dan observasi sebagai proses penyamaan persepsi untuk menghindari kesalahan dalam pengambilan data. Proses penyamaan persepsi dilakukan dengan berdiskusi dan memberikan contoh pengisian kuesioner dan lembar observasi langsung pada pasien.

Kriteria asisten peneliti adalah sebagai berikut:

- a) Perawat ruangan dengan latar belakang pendidikan S1.
- b) Perawat ruangan dengan masa kerja minimal 1 tahun.
- c) Memahami terapi standar penanganan diare.
- d) Bisa bekerja sama dalam tim terutama dengan peneliti.

4.7.2. Pelaksanaan

4.7.2.1. Pemilihan responden

Peneliti dan asisten peneliti menentukan responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Responden ditentukan secara bergantian, dalam arti jika anak pertama ditentukan sebagai kelompok intervensi, maka anak kedua dimasukkan ke dalam kelompok kontrol. Dalam penentuan kelompok intervensi dan kelompok

kontrol ini, peneliti menerangkan terlebih dahulu kepada orangtua responden mengenai tujuan serta prosedur penelitian. Asisten peneliti bertugas untuk mengumpulkan data awal dan melakukan observasi. Pelaksanaan terapi pijat dilaksanakan sendiri oleh peneliti.

4.7.2.2. Pada kelompok intervensi:

- a) Peneliti memperkenalkan diri pada orangtua responden, menjelaskan tujuan serta prosedur penelitian yang akan dilakukan.
- b) Setelah orangtua memahami penelitian dan bersedia menjadi responden, maka dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden (*informed consent*).
- c) Peneliti dibantu asisten peneliti mulai melakukan pengumpulan data berupa kuesioner mengenai karakteristik responden, frekuensi BAB, dan tingkat dehidrasi.
- d) Peneliti mulai melakukan pijat bayi. Pijat bayi dilakukan setiap pagi dan sore hari dengan durasi selama 15 menit pada bagian kepala, tangan, dada, perut, kaki, dan punggung sesuai petunjuk pelaksanaan pijat bayi yang disusun oleh UKK Tumbuh Kembang Pediatri Sosial IDAI.
- e) Peneliti mencatat frekuensi pemijatan setiap harinya dan jenis terapi standar yang diberikan pada bayi, dibantu asisten peneliti.
- f) Peneliti mengobservasi perubahan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada bayi setiap hari selama 3 hari, dibantu asisten peneliti.

4.7.2.3. Pada kelompok kontrol:

- a) Peneliti memperkenalkan diri kepada orangtua responden dan menjelaskan prosedur penelitian yang akan dilakukan.
- b) Setelah orangtua memahami penelitian dan bersedia menjadi responden, maka dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden (*informed consent*).
- c) Peneliti mulai mengambil data awal mengenai karakteristik responden, frekuensi BAB, dan tingkat dehidrasi, dibantu asisten peneliti.

- d) Setiap hari peneliti mengobservasi perubahan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi, dibantu asisten peneliti.
- e) Setelah hari ketiga, peneliti memberikan informasi mengenai terapi pijat dan memberikan terapi pijat pada responden satu kali pada hari itu saja.

4.8. Protokol Pengumpulan Data

4.8.1. Hari I:

- a) Pengambilan data awal (*pre test*), mencakup pengisian kuesioner mengenai usia bayi, status sosial ekonomi, kebiasaan mencuci tangan ibu/pengasuh, frekuensi BAB, dan penilaian tingkat dehidrasi pada kelompok kontrol maupun intervensi. Selanjutnya orangtua responden diberi catatan untuk mencatat setiap kali anak BAB.
- b) Pengambilan data dilakukan pada pagi hari pukul 07.30 wib.
- c) Sebelum anak makan pagi atau minimal satu jam setelah anak makan pagi dilakukan pemijatan pada kelompok intervensi.
- d) Ibu responden diberi kartu untuk mencatat setiap kali anaknya buang air besar.
- e) Terapi yang kedua diberikan sore hari, sebelum anak mandi sore atau di lap, agar anak dapat beristirahat setelah pemijatan.

4.8.2. Hari II:

- a) Pagi hari pukul 07.30 wib, dilakukan evaluasi mengenai frekuensi BAB selama 24 jam sejak hari sebelumnya dan penilaian tingkat dehidrasi pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, kemudian didokumentasikan, kegiatan ini melibatkan orang tua dan asisten peneliti.
- b) Sebelum anak makan pagi atau minimal satu jam setelah anak makan pagi dilakukan pemijatan pada kelompok intervensi.
- c) Terapi yang kedua akan diberikan sore hari, sebelum anak mandi sore atau di lap, agar anak dapat beristirahat setelah pemijatan.

4.8.3. Hari III:

Kegiatan sama dengan yang dilakukan pada hari ke-2.

4.8.4. Hari IV

- a) Pagi hari pukul 07.30 wib, dilakukan evaluasi mengenai frekuensi BAB selama 24 jam sejak hari sebelumnya dan penilaian tingkat dehidrasi pada kelompok kontrol maupun kedua kelompok intervensi, kemudian didokumentasikan.
- b) Membandingkan tingkat penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi dari kelompok kontrol dan kedua kelompok intervensi dari data selama 3 hari.
- c) Menjelaskan kepada kelompok kontrol mengenai terapi pijat dan melakukan pemijatan pada anak yang termasuk kelompok kontrol. Pemijatan dilakukan hanya pada hari terakhir saja. Hal ini dilakukan untuk memenuhi prinsip etik *fair treatment*, dimana kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki hak untuk diberi perlakuan yang sama.

4.9. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah data terkumpul dan proses pengumpulan data selesai. Tahapan pengolahan data yang harus dilalui adalah:

4.9.1. *Editing data*

Langkah ini dilakukan untuk memastikan kelengkapan isian kuesioner, kejelasan penulisan jawaban, dan relevansi dengan pertanyaan. Setelah data terkumpul, peneliti melakukan pengecekan, semua kuesioner tidak ada yang tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak relevan dengan pertanyaan, sehingga tidak perlu diklarifikasi kembali kepada responden.

4.9.2. *Coding*

Peneliti memberikan kode P diikuti nomor urut responden (P, 1, 3, ...) untuk kelompok intervensi, dan K diikuti nomor urut responden (K, 2, 4, ...) untuk

kelompok kontrol. Data-data yang berupa angka dikategorikan dalam bentuk skor berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk mempermudah analisis.

4.9.3. *Processing*

Proses data dilakukan dengan cara melakukan *entry data* ke dalam program komputer. Data dimasukan sesuai nomor responden pada kuesioner dan nomor pada lembar observasi. Jawaban responden diajukan dalam bentuk angka sesuai dengan skor jawaban yang telah ditentukan ketika melakukan koding.

4.9.4. *Cleaning*

Setelah melakukan proses *entry data*, peneliti melakukan pengecekan kembali untuk memastikan tidak ada kesalahan. Setelah pengecekan, kemudian dilakukan analisis data.

4.10. Analisis Data

4.10.1. Analisis univariat

Analisis univariat ini digunakan untuk menggambarkan karakteristik usia, status sosial ekonomi, kebiasaan mencuci tangan ibu/pengasuh. Karakteristik usia, status sosial ekonomi, kebiasaan mencuci tangan, disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentasi.

4.10.2. Analisis homogenitas dan normalitas

Pengujian homogenitas mengasumsikan bahwa skor setiap variabel memiliki varians yang homogen (Somantri & Muhidin, 2006). Analisis ini bertujuan untuk mengetahui apakah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki varian yang homogen. Hasil uji homogenitas menunjukkan bahwa variabel sosial ekonomi dan kebiasaan mencuci tangan hasilnya tidak homogen, sedangkan untuk variabel usia, frekuensi buang air besar, dan tingkat dehidrasi hasilnya homogen.

Pengujian normalitas bertujuan untuk mengetahui suatu data berdistribusi normal atau tidak, hasilnya menjadi dasar apakah selanjutnya variabel akan dianalisis menggunakan uji parametrik atau non parametrik (Hastono, 2007). Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa variabel usia dan tingkat dehidrasi berdistribusi tidak normal, sedangkan variabel lainnya berdistribusi normal.

4.10.3. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan setelah uji homogenitas, untuk memastikan bahwa varian bersifat homogen sehingga pada analisis bivariat memenuhi syarat untuk dilakukan uji parametrik. Untuk mengetahui perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi pijat pada kelompok intervensi digunakan uji statistik *Paired sample-test* yaitu uji statistik untuk data sampel berpasangan membandingkan rata-rata dua variabel untuk satu grup sampel tunggal (Andi, 2004). Penelitian ini menggunakan tingkat kemaknaan 0,05 dan CI 95%.

Untuk analisis bivariat yang membandingkan frekuensi buang air besar antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi digunakan uji *independent T-test* karena jenis data pada variabel ini adalah data numerik. Untuk membandingkan tingkat dehidrasi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi menggunakan uji Chi-Square karena jenis data pada variabel ini adalah data kategorik.

Pada analisis bivariat yang mencari pengaruh karakteristik dengan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi dilakukan dengan uji Spearman's karena keiga karakteristik bersifat tidak homogen, sehingga dianalisis dengan uji non parametrik.

Tabel 4.1. Uji Statistik

Variabel		Uji Statistik
Terapi pijat	Frekuensi BAB (Intervensi)	<i>Paired sample-test</i>
	Tingkat dehidrasi (Intervensi)	<i>Paired sample test</i>
Terapi pijat	Frekuensi BAB (Intervensi – kontrol)	<i>Independent T-test</i>
	Tingkat dehidrasi (Intervensi – kontrol)	<i>Chi Square</i>
Usia	Frekuensi BAB dan Tingkat dehidrasi	Korelasi <i>Spearman's</i>
Sosial Ekonomi	Frekuensi BAB dan Tingkat dehidrasi	Korelasi <i>Spearman's</i>
Kebiasaan mencuci tangan	Frekuensi BAB dan Tingkat dehidrasi	Korelasi <i>Spearman's</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

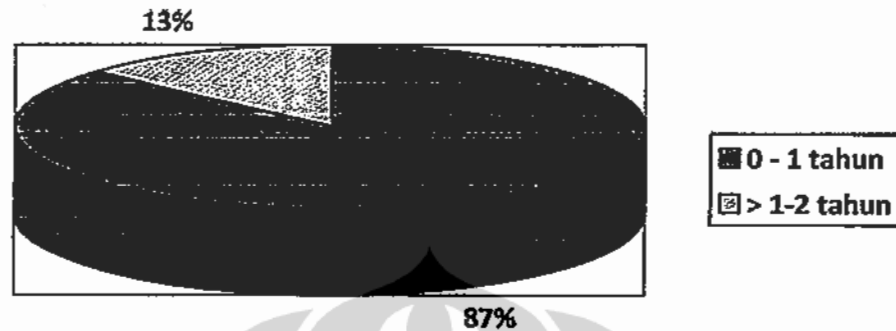
Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi pijat pada penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak dengan diare, penelitian ini dilakukan di RSUD Cibabat Cimahi. Selama penelitian yang dilakukan mulai tanggal 20 Mei 2010 hingga 20 Juni 2010, didapatkan responden yang masuk dalam kriteria inklusi sebanyak 30 orang. Responden dibagi menjadi 2 kelompok, 15 termasuk kelompok intervensi dan 15 ke dalam kelompok kontrol.

Semua calon responden dijelaskan mengenai tujuan dan manfaat penelitian, responden yang bersedia terlibat dalam penelitian menandatangani surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Responden dipilih berdasarkan catatan rekam medik yang ada di ruangan, responden yang datang pertama dimasukkan dalam kelompok intervensi dan diberi kode P, responden yang datang kedua dimasukkan ke dalam kelompok kontrol dan diberi kode K. Begitu seterusnya, responden yang ada pada urutan ganjil dimasukkan dalam kelompok intervensi dan responden pada urutan genap dimasukkan dalam kelompok kontrol hingga memenuhi jumlah yang diperlukan. Data-data hasil penelitian disajikan seperti berikut ini:

5.1. Analisa Univariat

Hasil analisis karakteristik responden menggambarkan distribusi responden berdasarkan usia, tingkat sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan yang merupakan faktor perancu dalam penelitian ini. Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia, tingkat sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan dapat dilihat dari diagram berikut ini:

Diagram 5.1.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di RSUD Cibabat Cimahi
Mei-Juni 2010 (n= 30)



Berdasarkan diagram 5.1. terlihat bahwa usia responden terbanyak adalah pada kelompok 0 – 1 tahun (87 %). Analisis selanjutnya akan menunjukkan tingkat sosial ekonomi responden, dapat dilihat pada diagram berikut ini.

Diagram 5.2.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Sosial Ekonomi
di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n= 30)

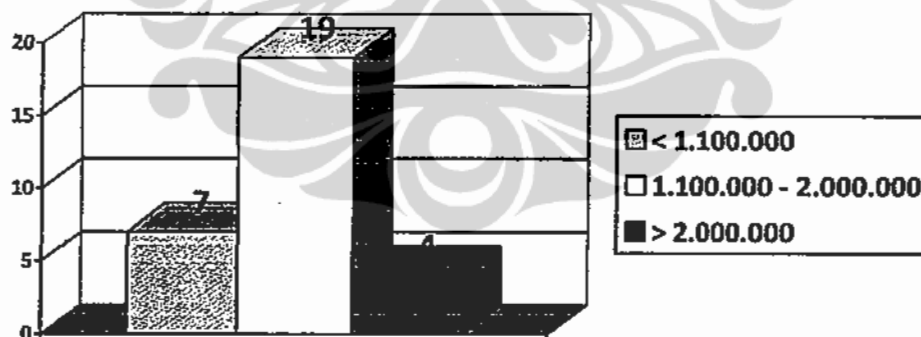


Diagram 5.2. menggambarkan bahwa status sosial ekonomi terbanyak adalah pada kelompok yang memiliki pendapatan keluarga setiap bulannya Rp. 1.100.000 – 2.000.000 yaitu 19 responden (63,3 %).

Diagram 5.3.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebiasaan Mencuci Tangan di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 ($n=30$)

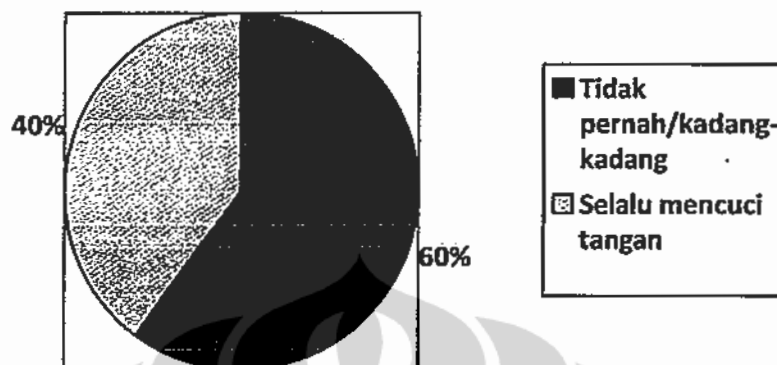


Diagram 5.3. diatas menggambarkan kebiasaan mencuci tangan orang tua, hasilnya adalah lebih dari setengah (60 %) orangtua atau pengasuh tidak pernah atau kadang-kadang saja mencuci tangan setiap kali akan memberi makan anaknya.

5.2. Analisa Bivariat

Sebelum dilakukan uji bivariat, dilakukan dulu uji homogenitas dan normalitas untuk melihat kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Jika $p\ value > 0,05$ hal ini menjelaskan bahwa kelompok kontrol dan kelompok intervensi homogen atau sama. Jika variabel homogen dan berdistribusi normal, maka memenuhi syarat untuk dilakukan analisis bivariat menggunakan uji parametrik. Jika variabel berdistribusi tidak normal, maka analisis yang digunakan adalah menggunakan uji non parametrik. Hasil uji homogenitas variabel penelitian adalah sebagai berikut ini pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.

Uji Homogenitas berdasarkan Usia, Sosial Ekonomi, Kebiasaan Mencuci Tangan, Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n=30)

Variabel	Kelompok				Total		<i>p value</i>
	Intervensi		Kontrol		n	%	
	n	%	n	%			
Usia							
0- 1 tahun	12	80	14	93,3	26	86,7	5,131
>1 - 2 tahun	3	20	1	6,7	4	13,3	
Sosial ekonomi							
< 1.100.000	4	26,7	3	20	7	23,3	0,028
1.100.000 – 2.000.000	10	66,7	9	60	19	63,3	
> 2.000.000	1	6,7	3	20	4	13,3	
Kebiasaan mencuci tangan							
Tidak pernah/kadang-kadang	9	60	9	9	18	60	0,000
Selalu mencuci tangan	6	40	6	6	12	40	
Frekuensi BAB							
Tidak ada penurunan	0	0	0	0	0	0	2,120
Turun 1-25%	0	0	0	0	0	0	
Turun 26-50%	0	0	0	0	0	0	
Turun 51-75%	4	26,7	8	53,3	12	40	
Turun 76-100%	11	73,3	7	46,7	18	60	
Tingkat dehidrasi							
Dehidrasi berat	0	0	0	0	0	0	0,924
Dehidrasi ringan-sedang	2	13,3	3	20	5	16,7	
Tanpa dehidrasi	13	86,7	12	80	25	83,3	

Dari tabel 5.1 diatas, terlihat bahwa variabel usia, frekuensi BAB, dan tingkat dehidrasi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat homogen atau setara karena nilai *p value* > 0,05. Sedangkan untuk variabel sosial ekonomi dan kebiasaan mencuci antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi bersifat tidak homogen atau tidak setara karena memiliki *p value* < 0,05. Hasil dari uji

normalitas menunjukkan bahwa variabel usia dan tingkat dehidrasi hasilnya tidak berdistribusi normal, karena *skewness* dibagi dengan standar error *skewness* melebihi -2 atau 2, seperti pada tabel 5.2. berikut ini:

Tabel 5.2.

Uji Normalitas berdasarkan Usia, Sosial Ekonomi, Kebiasaan Mencuci Tangan, Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n=30)

	Usia	Sosial ekonomi	Kebiasaan mencuci tangan	Frekuensi BAB	Tingkat dehidrasi
Standar deviasi	0,346	0,607	0,498	0,498	0,379
<i>Skewness</i>	2,273	0,040	0,430	-0,430	-1,884
<i>Std. Error of Skewness</i>	0,427	0,427	0,427	0,427	0,427
<i>Skewness : Std. Error of Skewness</i>	5,323	0,093	1,007	-1,007	-4,412

Berdasarkan dua analisis diatas, maka dapat disimpulkan bahwa untuk variabel usia, sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan dianalisis menggunakan uji non parametrik karena tidak homogen dan tidak berdistribusi normal. Sedangkan untuk variabel frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi dianalisis menggunakan analisis bivariat uji parametrik.

Analisis bivariat digunakan untuk menjelaskan ada tidaknya pengaruh antara terapi pijat dengan variabel penurunan frekuensi buang air besar, dan antara terapi pijat dengan variabel tingkat dehidrasi. Analisis ini menggunakan uji *dependent sample t-test (paired sample-test)*. Analisis berikutnya adalah untuk menjelaskan ada tidaknya perbedaan penurunan frekuensi buang air besar pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi menggunakan uji *independent sample t-test*. Sedangkan untuk menjelaskan ada tidaknya perbedaan penurunan tingkat dehidrasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi menggunakan uji *chi-square*.

Universitas Indonesia

Analisis bivariat selanjutnya akan menjelaskan apakah karakteristik (usia, status sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan) mempengaruhi penurunan frekuensi BAB maupun tingkat dehidrasi. Analisis yang akan digunakan adalah analisis bivariat uji non parametrik dengan uji Spearman's.

Berikut ini akan diuraikan hasil analisis bivariat, baik analisis yang menggunakan uji parametrik maupun yang menggunakan uji non parametrik untuk setiap variabel.

5.2.1. Analisis pengaruh terapi pijat terhadap penurunan frekuensi buang air besar pada kelompok intervensi.

Tabel 5.3.
Pengaruh Terapi Pijat terhadap Penurunan Frekuensi BAB di Kelompok Intervensi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n =15)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
- Frekuensi BAB sebelum dipijat	15	8,33	0,816	0,211	0,000
- Frekuensi BAB setelah dipijat		1,67	0,816	0,211	

Tabel 5.3. menggambarkan bahwa rata-rata frekuensi buang air besar sebelum dipijat adalah 8,33 kali/24 jam dengan standar deviasi 0,816, sedangkan setelah diberi terapi pijat didapatkan hasil rata-rata frekuensi buang air besar adalah 1,67 kali/24 jam dengan standar deviasi 0,816. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi pijat pada kelompok intervensi dalam penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

5.2.2. Analisis pengaruh terapi pijat terhadap penurunan tingkat dehidrasi pada kelompok intervensi.

Tingkat dehidrasi dikategorikan ke dalam kategori dehidrasi ringan sedang dan kategori tanpa dehidrasi. Hasil ukur untuk kategori tanpa dehidrasi lebih besar dibanding kategori dehidrasi ringan-sedang, sehingga didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.4.

Pengaruh Terapi Pijat terhadap Penurunan Tingkat Dehidrasi di Kelompok Intervensi pada Anak Diare di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n=15)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
- Tingkat dehidrasi sebelum dipijat	15	0,53	0,516	0,133	0,019
- Tingkat dehidrasi setelah dipijat		0,87	0,352	0,091	

Tabel 5.4. menggambarkan bahwa setelah diberi terapi pijat, maka rata-rata tingkat dehidrasi lebih tinggi dibanding sebelum diberi terapi pijat (0,87) dengan standar deviasi 0,352. Hal ini berarti bahwa terjadi penurunan tingkat dehidrasi, dari dehidrasi ringan sedang menjadi tanpa dehidrasi. Nilai rata-rata setelah diberi terapi pijat terlihat lebih besar karena hasil ukur untuk kategori tanpa dehidrasi lebih besar (1) daripada kategori dehidrasi ringan sedang (0). Hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pada penurunan tingkat dehidrasi antara sebelum dipijat dengan setelah dipijat ($p = 0,019$; $\alpha = 0,05$)

5.2.3. Analisis perbedaan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Tabel 5.5. dan 5.6. akan menggambarkan penurunan frekuensi BAB dan penurunan tingkat dehidrasi pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan terapi

Universitas Indonesia

pijat dengan kelompok intervensi yang dilakukan terapi pijat. Kedua kelompok tersebut masih menerima terapi standar penanganan diare dari rumah sakit.

Tabel 5.5.

Perbedaan Penurunan Frekuensi BAB pada Kelompok Intervensi yang Diberi Terapi Pijat dengan Kelompok Kontrol yang Tidak Mendapat Terapi Pijat di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n=30)

Variabel	n	Mean	SD	SE	p value
Frekuensi BAB					
- Dilakukan terapi pijat	15	6,67	0,488	0,126	0,092
- Tidak dilakukan terapi pijat	15	6,13	1,060	0,274	

Berdasarkan tabel 5.5. di atas dapat menunjukkan bahwa rata-rata penurunan frekuensi BAB pada kelompok intervensi adalah 6,67 dengan standar deviasi 0,488, dan pada kelompok kontrol memiliki rata-rata penurunan frekuensi BAB 6,13 dengan standar deviasi 1,060. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok yang mendapat terapi pijat dengan yang tidak mendapatkan terapi pijat dalam penurunan frekuensi BAB ($p = 0,092$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.6.
Perbedaan Penurunan Tingkat Dehidrasi pada Kelompok Intervensi yang Diberi Terapi Pijat dengan Kelompok Kontrol yang Tidak Mendapat Terapi Pijat di RSUD Cibabat Cimahi, Mei-Juni 2010 (n=30)

Jenis Pijatan	Tingkat dehidrasi				Total		OR (95% CI)	p value
	Dehidrasi ringan-sedang		Tanpa dehidrasi		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak diberi pijatan	3	20	12	80	15	100	1,625	
Diberi pijatan	2	13,3	13	86,7	15	100	(0,230 –	1,000
Jumlah	5	16,7	15	83,3	30	100	11,464	

Berdasarkan tabel 5.6. dapat digambarkan bahwa sebanyak 12 orang anak (80%) yang tidak diberi pijatan termasuk kategori tanpa dehidrasi. Sedangkan pada anak yang diberi pijatan terdapat 13 orang (86,7%) yang termasuk kategori tanpa dehidrasi. Hasil uji statistik diperoleh $p = 1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam penurunan tingkat dehidrasi antara kelompok yang tidak diberi terapi pijat dengan yang diberi terapi pijat. Hasil analisis juga diperoleh $OR = 1,625$, artinya kelompok yang diberi pijatan memiliki peluang 1,625 kali masuk dalam kategori tanpa dehidrasi dibanding kelompok yang tidak diberi terapi pijat.

5.2.4. Analisis pengaruh karakteristik (usia, status sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan) terhadap penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi

Tabel 5.7. menunjukkan pengaruh usia, status sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Spearman's*.

Tabel 5.7.
 Analisis Pengaruh Usia, Status Sosial Ekonomi, dan Kebiasaan Mencuci
 Tangan Dalam Penurunan Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi,
 Mei-Juni 2010 (n=30)

Variabel	Penurunan Frekuensi BAB	Tingkat Dehidrasi
	<i>p value</i>	<i>p value</i>
Usia Anak	0,674	0,645
Sosial Ekonomi	0,093	0,703
Kebiasaan mencuci tangan	0,183	1,000

Berdasarkan tabel 5.7. diatas, uji korelasi menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh usia anak dalam penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,674$) dan tingkat dehidrasi ($p = 0,645$), tidak ada pengaruh status sosial ekonomi dalam penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,093$) dan tingkat dehidrasi ($p = 0,703$), dan tidak ada pengaruh kebiasaan mencuci tangan dalam penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,183$) dan tingkat dehidrasi ($p = 1,000$).

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan. Pembahasan ini juga berisi interpretasi dan keterkaitan hasil penelitian dengan tinjauan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Dalam bab ini juga akan diuraikan keterbatasan dalam penelitian dan implikasi hasil penelitian.

6.1. Interpretasi Hasil Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi pijat terhadap penurunan frekuensi buang air besar dan penurunan tingkat dehidrasi pada anak dengan diare.

Selain tujuan umum, tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik responden yang terdiri dari usia, status sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan. Tujuan yang kedua adalah untuk mengidentifikasi pengaruh terapi pijat terhadap penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi, selanjutnya untuk mengidentifikasi perbedaan penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi pada kelompok yang diberi terapi pijat dengan kelompok yang tidak diberi terapi pijat. Pembahasan hasil penelitian akan diuraikan sebagai berikut:

6.1.1. Karakteristik Responden (Penderita Diare)

6.1.1.1. Usia

Hasil penelitian menunjukkan 26 dari 30 responden (86,3 %) berusia antara 0 – 1 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia 0 – 1 tahun. Kondisi tersebut sebenarnya sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Shintamurniwaty (2005) bahwa kejadian diare pada anak usia dibawah 5 tahun, terbanyak dialami oleh golongan usia 0 – 24

bulan, meskipun tidak disebutkan berapa jumlah penderita diare untuk usia 0 – 1 tahun dan 1 – 2 tahun. Menurut SDKI tahun 2002 angka kejadian diare 55 % diantaranya terjadi pada masa dibawah usia 5 tahun.

Usia 0 – 1 tahun dalam tahap perkembangannya berada pada fase oral, dimana kepuasan yang didapatkan adalah dari mulut dan sekitarnya. Fase tersebut menyebabkan anak di usia 0 – 1 tahun senang memasukkan berbagai benda ke dalam mulutnya. Pada patofisiologi diare, cara mikroorganisme patogen masuk ke saluran pencernaan melalui jalur *fecal-oral*. Mikroorganisme yang termakan dengan makanan atau tertelan saat bayi memasukkan benda ke dalam mulutnya akan terbawa ke lambung dan usus.

Proses pencernaan pada masa bayi belum matang secara sempurna. Enzim ptyalin sudah ada dalam jumlah kecil namun biasanya hanya mempunyai efek kecil terhadap bahan makanan karena makanan yang tinggal di mulut hanya sebentar. Pencernaan lambung terutama terdiri dari atas aksi asam hidroklorid dan rennin, suatu enzim yang beraksi secara spesifik pada kasein dalam susu untuk membentuk gumpalan semisolid partikel dalam susu. Gumpalan menyebabkan susu tertahan di dalam lambung cukup lama untuk memungkinkan terjadinya pencernaan (Hockenberry, 2010).

Selama masa bayi, lambung membesar untuk mengakomodasi volume makanan yang banyak. Pada akhir tahun pertama bayi mampu mentoleransi tiga kali makan per hari dan sebotol susu di sore hari serta mungkin mengalami satu atau dua kali buang air besar setiap hari. Akan tetapi berbagai jenis iritasi lambung menyebabkan bayi sangat rentan terhadap diare, muntah, dan dehidrasi (Hockenberry, 2010).

Berbeda dengan anak usia 1 – 2 tahun, yang merupakan usia kanak-kanak, kelenjar-kelenjar untuk pencernaan mencapai kematangan, sekresi asam lambung meningkat secara bertahap. Anak pada usia ini juga berada pada fase perkembangan sensorimotor yang dibagi menjadi 2 tahap yaitu eksperimen dan eksplorasi (usia 12 – 18 bulan) dan perhitungan mental untuk menemukan arti baru dan pencapaian tugas (18 – 24 bulan) (Muscari, 2001).

Patogenesis terjadinya diare yang disebabkan virus yaitu virus yang masuk melalui makanan dan minuman sampai ke enterosit, akan menyebabkan infeksi dan kerusakan villi usus halus. Enterosit yang rusak diganti dengan yang baru yang fungsinya belum matang, villi mengalami atrofi dan tidak dapat mengabsorpsi cairan dan makanan dengan baik, akan meningkatkan tekanan koloid osmotik usus dan meningkatkan motilitasnya sehingga timbul diare. Diare karena bakteri terjadi melalui salah satu mekanisme yang berhubungan dengan pengaturan transpor ion dalam sel-sel usus cAMP, cGMP, dan Ca dependen. Patogenesis terjadinya diare oleh salmonella, shigella, E coli agak berbeda dengan patogenesis diare oleh virus, tetapi prinsipnya hampir sama. Bedanya bakteri ini dapat menembus (invasi) sel mukosa usus halus sehingga dapat menyebabkan reaksi sistemik. Toksin shigella juga dapat masuk ke dalam serabut saraf otak sehingga menimbulkan kejang. Diare oleh kedua bakteri ini dapat menyebabkan adanya darah dalam tinja yang disebut disentri (Irwanto, Roim, & Sudarmo (2007) dalam Putra, 2008).

6.1.1.2. Status sosial ekonomi

Analisis hasil penelitian menggambarkan bahwa 63,3 % atau 19 dari 30 orang tua responden memiliki penghasilan antara Rp. 1.100.000 – Rp. 2.000.000. Jumlah tersebut berdasarkan standar upah minimum regional (UMR) di Kota Cimahi dan sekitarnya masih berada diatas UMR, karena standar UMR di Kota Cimahi adalah Rp. 1.100.000,- . Dapat diasumsikan bahwa pendapatan rata-rata orang tua responden masih tergolong menengah.

Hal diatas tidak sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Winlar (2002) di Kelurahan Turangga Bandung, hasilnya bahwa 61,54 % anak yang mengalami diare berasal dari keluarga yang memiliki status ekonomi rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Genser (2006) di daerah Brazil menggambarkan bahwa sebagian besar anak yang mengalami diare berasal dari lingkungan keluarga dengan status sosial ekonomi rendah.

Status sosial ekonomi memiliki dua aspek yaitu aspek sosial dan aspek ekonomi. Kondisi sosial berarti keadaan yang berkenaan dengan kemasyarakatan yang

selalu mengalami perubahan-perubahan melalui proses sosial. Proses sosial terjadi karena adanya interaksi sosial. Menurut Abdulsyani (2002) dalam Sumarto (2006), interaksi sosial diartikan sebagai hubungan-hubungan timbal balik yang dinamis yang menyangkut hubungan orang-orang secara perorangan, antara kelompok manusia, maupun antara orang dengan kelompok-kelompok manusia. Kondisi ekonomi orangtua adalah kenyataan yang terlihat atau dirasakan oleh indera manusia tentang keadaan orangtua dan kemampuan orangtua dalam memenuhi kebutuhan hidupnya (Depdikbud dalam Sumarto, 2006).

Berdasarkan definisi sosial dan ekonomi diatas, maka status sosial ekonomi dapat diukur dari bagaimana hubungan sosial orangtua dan kemampuan orangtua dalam memenuhi kebutuhan hidup. Terkait dengan memenuhi kebutuhan hidup, keluarga dengan tingkat ekonomi rendah cenderung untuk hidup di daerah yang kurang baik sanitasinya. Kondisi sanitasi yang buruk memungkinkan bakteri dan virus mudah mengkontaminasi makanan yang selanjutnya dimakan oleh anak hingga menyebabkan diare.

Hasil penelitian ini yang berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya dapat disebabkan oleh faktor latar belakang ekonomi mayoritas responden. Perencanaan sebelum penelitian berlangsung, dengan dasar penelitian sebelumnya peneliti akan mengambil responden dari ruangan kelas 3, dimana latar belakang ekonomi keluarga di kelas tersebut rata-rata di bawah UMR. Pada kenyataannya, selama penelitian dilakukan justru banyak ditemukan kasus diare ada di ruangan kelas 2. Oleh karena itu peneliti mengambil semua sampel dari kelas 2. Kondisi tersebut mengakibatkan hasil dari penelitian ini sebagian besar anak yang terkena diare berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi menengah atau diatas UMR.

Peneliti tidak mempertimbangkan faktor lingkungan tempat tinggal dan kebiasaan-kebiasaan makan responden di rumah, sehingga tidak teridentifikasi penyebab responden menderita diare. Tidak menutup kemungkinan, responden dengan latar belakang ekonomi di atas UMR tapi lingkungannya bersanitasi buruk dapat terkena diare.

6.1.1.3. Kebiasaan ibu atau pengasuh mencuci tangan saat akan memberi makan.

Analisis hasil penelitian menggambarkan 60 % atau 18 dari 30 ibu atau pengasuh yang menunggui anak yang dirawat karena diare tidak atau kadang-kadang saja mencuci tangan bila hendak memberi makan anaknya.

Kondisi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Winlar (2002), penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi kejadian diare salah satunya adalah kebiasaan mencuci tangan. Dalam penelitian tersebut ditemukan 54,37 % responden tidak mengetahui bagaimana cara mencuci tangan yang benar.

Penelitian Sinthamurniwaty (2005) tentang faktor-faktor risiko kejadian diare memiliki tujuan salah satunya untuk mengetahui faktor perilaku pencegahan yang di dalamnya terdapat kebiasaan mencuci tangan sebelum makan menggunakan sabun. Hasilnya adalah balita yang berasal dari keluarga yang tidak memanfaatkan sabun anti bakteri untuk mencuci tangan mempunyai risiko 2,21 kali terkena diare dibanding balita yang memanfaatkan sabun anti bakteri (OR = 2,208 , CI = 1,159-4,207, $p = 0,016$).

Kebiasaan mencuci tangan terkait dengan perilaku hidup bersih dan sanitasi lingkungan. Diare merupakan gangguan yang terjadi akibat infeksi di saluran pencernaan yang salah satu penyebabnya adalah masuknya makanan yang mengandung bakteri atau virus. Kebiasaan mencuci tangan dapat mencegah masuknya bakteri atau virus ke dalam saluran pencernaan.

6.1.2. Pengaruh Terapi Pijat terhadap Penurunan Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 responden yang diberi terapi pijat setiap 2 kali sehari selama 3 hari, terdapat pengaruh yang signifikan dalam penurunan frekuensi BAB ($p = 0,000$) dan tingkat dehidrasi ($p = 0,019$).

Penelitian terdahulu membuktikan bahwa pijat bayi menurunkan jumlah hari dengan gejala penyakit pada anak-anak di panti asuhan di daerah Ecuador. Gejala penyakit tersebut termasuk diare. Walaupun berada di dalam lingkungan yang

sama dengan kelompok kontrol, kelompok terapi pijat memiliki rata-rata lebih banyak hari tanpa gejala dari suatu penyakit. Bayi-bayi yang mendapat pijatan selama 15 menit setiap hari jarang mengalami diare dan dehidrasi. Karena setiap tahunnya, sekitar 2 juta anak berusia di bawah 5 tahun di seluruh dunia meninggal karena diare dan dehidrasinya (Jump, Fargo, & Akers, 2006). Dengan berkurangnya kejadian diare, maka dapat mengurangi juga kejadian dehidrasi dan peningkatan frekuensi buang air besar yang membahayakan bagi anak.

Pijat merupakan manipulasi pada jaringan lunak untuk tujuan terapi (Barr & Taslitz, 1970 dalam Snyder, 2003). Menurut Auckett (2004) pijat adalah proses mengusap-usap otot dan menyentuh bayi sesuai petunjuk khusus yang disusun untuk bayi.

Pijatan dapat menstimulasi sirkulasi darah lokal. Pembuluh darah pada bagian tubuh yang dipijat akan mengalami dilatasi dan aliran darah pada daerah ini akan meningkat. Terapis dapat menilai peningkatan aliran darah dengan membandingkan suhu dari daerah pemijatan sebelum dan sesudah dipijat menggunakan tangan (Field, 1998 dalam Field 2001). Berdasarkan teori tersebut, peneliti berasumsi bahwa dengan menstimulasi sirkulasi darah, maka dapat melancarkan juga peredaran darah ke organ pencernaan. Mekanisme diare diakibatkan karena masuknya pathogen yang menyebabkan rusaknya mukosa usus dan mengganggu proses absorpsi. Dengan peredaran yang lancar, dapat mengatasi infeksi yang terjadi di dalam organ pencernaan dan memperbaiki kemampuan absorpsi usus. Meningkatnya frekuensi buang air besar salah satunya disebabkan karena kemampuan absorpsi usus terganggu, maka apabila kemampuan absorpsi usus membaik, frekuensi buang air besar pun akan kembali normal.

Menurut Sinclair (2005) pijat dapat merangsang sistem syaraf dan hormon. Pijatan merupakan rangsangan taktil di permukaan kulit dan merangsang persyarafan di sekitarnya. Sel-sel syaraf akan bekerja memberikan informasi ke otak, sehingga otak dapat menginstruksikan enzim ODC (*ornithin decarboxylase*) untuk meningkatkan produksinya. Enzim ini bekerja untuk menjadi petunjuk peka bagi pertumbuhan sel dan jaringan. Pada anak diare, pertumbuhan sel dan jaringan bermanfaat untuk memperbaiki kondisi saluran pencernaan yang rusak akibat

invasi mikroorganisme. Kondisi saluran cerna yang membaik menyebabkan daya serap saluran pencernaan menjadi baik juga, sehingga keadaan dehidrasi dapat teratasi.

Pijatan juga merupakan penanganan efektif untuk berbagai macam rasa sakit. *Touch Research Institute* menunjukkan bahwa pijatan *effleurage* dapat mengatasi rasa sakit pada anak yang menderita *juvenile rheumatoid arthritis* dan anak dengan luka bakar yang parah (Sinclair, 2005). Anak yang mengalami diare dapat mengalami rasa sakit di bagian perutnya, dengan pijatan dapat mengurangi rasa sakit, jika rasa sakit teratasi, anak akan memberikan respon lebih tenang dan rileks. Kondisi tenang dan rileks akan mengurangi penggunaan energi yang berlebihan pada anak. Energi yang tersimpan dapat digunakan untuk metabolisme tubuh dalam memperbaiki kondisi infeksi di saluran pencernaan. Setelah kondisi saluran pencernaan bebas dari infeksi, maka tidak ada lagi masalah pada mukosa usus yang mengganggu fungsi penyerapan. Fungsi penyerapan yang baik akan memperbaiki kondisi anak menjadi tidak dehidrasi.

Penelitian yang dilakukan Field dan Schanberg (1986) dalam Roesli (2008) menunjukkan bahwa pada bayi yang dipijat mengalami peningkatan tonus nervus vagus yang akan menyebabkan peningkatan kadar enzim penyerapan gastrin dan insulin. Dengan demikian penyerapan makanan akan menjadi lebih baik. Anak dengan diare mendapatkan terapi cairan baik oral maupun intravena. Terapi tersebut bertujuan untuk mengatasi dehidrasi akibat diare. Dengan peningkatan kadar enzim penyerapan akan membantu kerja cairan tersebut untuk cepat diserap dalam tubuh anak, dengan begitu keadaan dehidrasi menjadi cepat teratasi. Meningkatnya kadar enzim penyerapan juga membuat asupan makanan menjadi cepat terserap oleh tubuh, sehingga tubuh memiliki energi yang cukup untuk memperbaiki kerusakan yang terjadi pada organ pencernaan. Sistem pencernaan mendapatkan nutrisi yang cukup untuk memperbaiki kerusakan akibat invasi mikroorganisme.

Pada saat melakukan pijatan pada anak, peneliti juga melibatkan keluarga dalam hal ini ibu atau keluarga, karena saat anak pulang dari rumah sakit, ibu dapat melanjutkan pemijatan untuk mempertahankan kesehatan anak. Hal ini

Universitas Indonesia

mendukung konsep *family centered care* (FCC). Konsep FCC adalah suatu filosofi dalam perawatan yang memandang pentingnya unit keluarga sebagai fokus dari seluruh intervensi kesehatan. Model perawatan ini menemukan bahwa keluarga adalah pusat dari kehidupan anak dan harus menjadi pusat dari rencana perawatan pada anak (Ahmann, 1994 hal 113 dalam Bowden, Dickey, dan Greenberg, 1998).

6.1.3. Perbedaan penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi antara kelompok anak yang mendapat terapi pijat (intervensi) dengan kelompok yang tidak mendapat terapi pijat (kontrol).

Setelah dilakukan analisis, hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan dalam penurunan frekuensi buang air besar antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p = 0,092$; $\alpha = 0,05$). Begitu juga terhadap penurunan tingkat dehidrasi, analisis hasil penelitian menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p = 1,000$; $\alpha = 0,05$).

Analisis statistik secara angka untuk kedua variabel tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan. Secara teori memang belum ada yang menerangkan secara langsung dampak terapi pijat terhadap frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Akan tetapi, teori tentang pijatan menunjukkan beberapa manfaat yang dapat mendukung terjadinya penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi.

Manfaat pijat pada anak yang diberi terapi pijat adalah keluarga merasa terlibat dalam perawatan karena peneliti juga melibatkan ibu dalam pelaksanaan terapi, sehingga kedekatan ibu dan anak tetap terjalin. Hal ini sejalan dengan konsep FCC dimana sistem pelayanan kesehatan harus mendukung, menghargai, mendorong, dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga dengan membangun kerjasama dengan orangtua (Newton, 2000 dalam Hockenberry & Wilson, 2009).

Keterlibatan orangtua dalam perawatan dapat menurunkan tingkat stres dan meningkatkan kenyamanan pada anak. Kondisi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di area NICU di Amerika Serikat pada tahun 2005, yang hasilnya dengan penerapan *family-centered care* mendukung pada penurunan stres dan meningkatkan kenyamanan, hal positif lain menunjukkan bahwa orang tua lebih siap dan percaya diri untuk merawat anaknya, selain itu penerimaan pihak petugas kesehatan tentang penerapan FCC pun menjadi lebih baik (Cooper, G.L., et al, 2007). Terkait penelitian tersebut, menunjukkan bahwa pada area perawatan kritis seperti NICU saja, penerapan FCC membawa dampak baik bagi anak, keluarga, dan petugas kesehatan, maka untuk ruang perawatan anak dengan peningkatan frekuensi buang air besar dan dehidrasi, dampaknya juga baik dan menunjang pelaksanaan terapi untuk mengatasi kondisi frekuensi buang air besar yang meningkat dan dehidrasi .

Pijatan dapat meningkatkan aktivitas neurotransmitter serotonin, yaitu meningkatkan kapasitas sel reseptor yang berfungsi mengikat glukokortikoid. Proses ini akan menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormon adrenalin, penurunan kadar hormone adrenalin akan meningkatkan daya tahan tubuh (Roesli, 2008). Dengan kondisi daya tahan tubuh yang meningkat, tubuh anak mampu mengatasi keadaan infeksi dalam saluran pencernaan dan mengembalikan kemampuan absorpsi sehingga tidak ada lagi kelebihan akumulasi cairan di saluran cerna. Jika cairan di saluran cerna dalam batas normal, maka tidak terjadi peningkatan motilitas usus, akibatnya frekuensi buang air besar pun akan kembali normal dan tidak akan terjadi kondisi dehidrasi.

Kenyataan yang terjadi di lapangan ketika penelitian berlangsung, anak yang dipijat terlihat lebih tenang, tidur dengan lebih nyenyak, dan nafsu makan mereka meningkat. Pijat bayi akan membuat bayi tidur lelap dan meningkatkan kesiagaan (*alertness*) atau konsentrasi. Hal ini disebabkan pijatan dapat mengubah gelombang otak. Perubahan ini terjadi dengan cara menurunkan gelombang alpha dan meningkatkan gelombang beta serta tetha, yang dapat dibuktikan dengan menggunakan *electroencephalogram* (EEG) (Roesli, 2008).

Terapi sentuhan dikatakan mempunyai efek positif terhadap kesehatan bayi, karena berpengaruh terhadap kerja nervus vagus sehingga memperbaiki motilitas saluran cerna termasuk pengosongan lambung. Kondisi tersebut menyebabkan absorpsi makanan dan kualitas tidur yang lebih baik (Putra & Hegar, 2008). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sentuhan atau pijatan dapat memperbaiki motilitas saluran cerna dan kemampuan absorpsi makanan, dimana pada keadaan diare gangguan di kedua hal tersebut yang menyebabkan terjadinya peningkatan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi.

Peneliti menganalisis beberapa faktor yang mungkin menyebabkan tidak terjadi perbedaan yang signifikan dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi, faktor-faktor tersebut adalah:

6.1.3.1. Lokasi pemijatan

Pemijatan yang dilakukan dalam penelitian ini mengikuti panduan pemijatan untuk bayi cukup bulan/anak di bawah usia 3 tahun yang dikeluarkan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDAI). Dalam panduan tersebut, pemijatan dilakukan di seluruh tubuh, mulai dari wajah, dada, lengan, perut, kaki, dan punggung. Pemijatan tersebut belum spesifik manfaatnya untuk mengatasi masalah peningkatan frekuensi buang air besar dan dehidrasi.

Penelitian lain terkait pijat dan diare dilakukan pada anak-anak panti asuhan di Ecuador tahun 2006, pada penelitian ini teknik pijatan dilakukan selama 15 menit pada kaki, perut, dada, tangan muka, dan punggung. Pijatan dilakukan setiap pagi hari (Jump, Fargo, & Akers, 2006). Penelitian ini bermanfaat untuk mencegah kejadian diare, belum langsung mengatasi diare maupun kondisi dehidrasi.

Teori kesehatan Cina mengembangkan teknik pemijatan bayi untuk mengatasi masalah diare, langkah-langkah dan tekniknya adalah sebagai berikut (Baby Infant Massage 3, <http://www.parenthood-parenting-tips.com/baby-infant-massage-3.html>):

- a. Usap bagian lateral dari ibu jari dengan satu arah, dari pangkal jari sampai ke ujung jari mendekati kuku. Gerakan tersebut dilakukan 100 – 300 kali

- b. Usap bagian lateral dari telunjuk dari pangkal ke ujung jari sampai kuku selama 100 – 300 kali
- c. Usap bagian lateral dari jari kelingking dari pangkal ke ujung sampai kuku selama 100 – 300 kali
- d. Usap bagian tengah dari lengan bawah, dorong dengan satu arah dari pergelangan tangan ke sikut, dilakukan sebanyak 100 – 300 kali.
- e. Pijat di daerah seputar pusar dengan gerakan melawan arah jarum jam, sebanyak 100 – 300 kali.
- f. Pijat di garis tengah sacrum, gerakan mendorong dari L5 sampai ke *coccyx* sebanyak 100 – 300 kali.

Teknik pemijatan diatas sudah banyak dilakukan, namun peneliti tidak menemukan penelitian ilmiah terkait teknik tersebut, sehingga peneliti tidak menggunakan teknik tersebut dalam penelitian ini.

6.1.3.2. Waktu pemijatan

Pada penelitian ini, pemijatan dilakukan 2 kali sehari selama 3 hari. Pemilihan waktu ini didasarkan pada panduan pemijatan untuk bayi sehat yang mengatakan waktu yang tepat untuk melakukan pijatan adalah pagi hari dan malam hari sebelum tidur. Dengan kondisi tempat penelitian, maka pijatan dilakukan di pagi dan sore hari. Waktu pelaksanaan 3 hari dipilih karena rata-rata lama hari rawat anak dengan diare di tempat penelitian adalah 3 – 5 hari.

Dengan waktu tersebut, belum terlihat adanya perbedaan penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Penelitian yang dilakukan oleh Jump, Fargo, dan Akers (2006) yang hasilnya mencegah kejadian diare dilakukan dalam waktu 53 hari untuk setiap responden, hal tersebut mungkin dilakukan karena responden adalah anak-anak di panti asuhan yang tinggal menetap disana.

6.1.3.3. Durasi pemijatan

Pemijatan dilakukan selama 15 menit secara keseluruhan, dan tidak ada penekanan untuk lebih lama di area tertentu. Hal ini sesuai dengan pedoman pijat

bayi yang digunakan. Lama waktu pemijatan ini juga sama dengan pemijatan untuk bayi prematur (Field 1984 dalam Field 2004).

6.1.3.4. Jenis terapi atau pengobatan standar rumah sakit

Penelitian ini tidak membedakan jenis terapi yang diterima oleh kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Baik terapi cairan dan obat-obatan tidak dikontrol dalam penelitian ini, sehingga pada analisisnya jenis terapi tidak dipertimbangkan. Dengan demikian peneliti tidak dapat membedakan penurunan frekuensi buang air besar dan penurunan tingkat dehidrasi ini lebih besar dipengaruhi oleh pijatan atau terapi standar penanganan diare. Walaupun pada kenyataan pada saat penelitian, anak yang menerima terapi pijat menjadi lebih tenang dan memudahkan dalam pemberian terapi lainnya.

6.1.4. Pengaruh Usia dalam Penurunan Frekuensi Buang Air Besar dan Tingkat Dehidrasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh perbedaan usia penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,674$) dan tingkat dehidrasi ($p = 0,645$). Kondisi ini dapat terjadi karena pemilihan usia responden mencakup 2 kelompok usia menurut teori tumbuh kembang, yaitu usia bayi (0 – 1 tahun) dan usia kanak-kanak (1 – 2 tahun). Kemampuan secara fisiologis pada kedua kelompok usia tersebut berbeda, terkait kematangan organ pencernaannya.

Pada saat penelitian berlangsung, jumlah responden dengan usia 0 – 1 tahun lebih banyak dibandingkan usia 1 – 2 tahun, bahkan hampir seluruh responden berada pada rentang usia 0 – 1 tahun. Sehingga meskipun secara fisiologis, respon kedua kelompok usia tersebut berbeda dalam menghadapi kondisi peningkatan frekuensi buang air besar dan dehidrasi, namun belum tampak perbedaan pengaruhnya.

6.1.5. Pengaruh Status Sosial Ekonomi dalam Penurunan Frekuensi Buang Air Besar dan Tingkat Dehidrasi.

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh status sosial ekonomi dalam penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,093$) dan tingkat

dehidrasi ($p = 0,703$). Status sosial ekonomi yang diambil dalam penelitian ini hanya berdasarkan tingkat pendapatan keluarga. Berdasarkan teori, status sosial ekonomi terdiri dari kondisi sosial dan kondisi ekonomi.

Menurut teori, kondisi sosial dapat terjadi karena proses sosial yang didalamnya terjadi interaksi sosial. Interaksi sosial merupakan hubungan-hubungan sosial yang dinamis yang menyangkut hubungan antara orang perorangan, antara kelompok-kelompok manusia, maupun antara orang perorangan dengan kelompok-kelompok manusia (Soekanto, 2002). Kondisi sosial keluarga akan diwarnai oleh bagaimana interaksi sosial yang terjadi diantara anggota keluarga dan interaksi sosial dengan masyarakat lingkungannya. Interaksi sosial dalam keluarga biasanya didasarkan atas rasa kasih sayang dan tanggung jawab yang diwujudkan dengan memperhatikan orang lain, bekerja sama, saling membantu dan saling mempedulikan (Sumarto, 2006).

Kondisi ekonomi orangtua adalah kenyataan yang terlihat atau dirasakan oleh indera manusia tentang keadaan orangtua dan kemampuan orangtua dalam memenuhi kebutuhannya (Depdikbud dalam Heini, 1999 dalam Sumarto, 2006).

a. Pendapatan keluarga

Pendapatan adalah semua penghasilan yang diperoleh dari pihak lain atas balas jasa yang diberikannya dimana penghasilan tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga atau perseorangan (Sumarto, 2006). Pendapatan keluarga dapat dibedakan menjadi dua yaitu pendapatan berupa uang, segala penghasilan berupa uang yang sifatnya regular dan yang diterima sebagai balas jasa atau kontraprestasi; pendapatan berupa barang, segala penghasilan sifatnya regular dan biasa, akan tetapi tidak selalu berbentuk balas jasa dan diterimakan dalam bentuk barang atau jasa.

b. Kebutuhan orangtua/keluarga

Menurut Maslow, kebutuhan hidup manusia dikelompokkan menjadi kebutuhan jasmani; kebutuhan rasa aman; kebutuhan untuk memiliki dan dicintai; kebutuhan akan penghargaan diri (harga diri); kebutuhan untuk aktualisasi diri; kebutuhan untuk ingin tahu dan mengerti; kebutuhan estetis (Darsono, 2000).

Walaupun berdasarkan penelitian sebelumnya status sosial ekonomi dapat mempengaruhi kejadian diare karena kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga yang kurang, namun dalam penelitian ini tidak ada pengaruh langsung kondisi status sosial ekonomi dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Hal ini disebabkan karena dalam penelitian ini pengukuran status sosial ekonomi dilihat dari pendapatan keluarga saja, tanpa memperhatikan aspek-aspek sosial ekonomi lain seperti hubungan keluarga dengan masyarakat, lingkungan tempat tinggal responden dan kepemilikan benda bergerak atau tidak bergerak lain. Hasilnya mayoritas responden berasal dari keluarga yang memiliki status sosial ekonomi menengah.

6.1.6. Pengaruh Kebiasaan Mencuci Tangan dalam Penurunan Frekuensi Buang Air Besar dan Tingkat Dehidrasi.

Hasil penelitian menunjukkan kebiasaan ibu atau pengasuh tidak memiliki pengaruh dalam penurunan frekuensi buang air besar ($p = 0,183$) dan tingkat dehidrasi ($p = 1,000$). Kebiasaan ibu atau pengasuh dalam hal perilaku mencuci tangan pada penelitian-penelitian sebelumnya memiliki hubungan dengan kejadian diare, karena kebiasaan mencuci tangan ini terkait dengan higienitas dan sanitasi lingkungan. Penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati (2003) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara sanitasi lingkungan dengan kejadian diare pada bayi usia 4 – 12 bulan ($p = 0,033$).

Kebiasaan mencuci tangan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi kejadian diare tapi belum tentu berpengaruh terhadap penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi, karena anak diare ditangani juga dengan terapi cairan untuk mengatasi dehidrasi. Penelitian ini tidak mengabaikan terapi yang biasa digunakan oleh rumah sakit, semua responden masih menerima terapi yang menjadi prosedur tetap di rumah sakit. Kemudian dengan adanya terapi pijat yang hasilnya ada pengaruh terhadap penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi, membantu memulihkan kondisi anak dengan diare.

Walaupun kebiasaan mencuci tangan dalam penelitian ini belum berpengaruh langsung terhadap variabel, namun bukan berarti higienitas personal tidak

diperhatikan. Karena kondisi dehidrasi disebabkan karena diare yang merupakan penyakit infeksi, maka kebersihan dan perilaku hidup bersih tetap menjadi salahsatu pencegahan berkembangnya kondisi anak dengan diare menjadi lebih buruk.

WHO juga menggalakan intervensi pembuatan instalasi air bersih dan penggunaan sabun untuk mencuci tangan pada anak-anak. Hal ini ditujukan untuk mengurangi potensial kontaminasi dari lingkungan, terutama dari feces. Melalui program ini diharapkan masyarakat akan memiliki perilaku baru hidup lebih sehat (WHO, 2010).

6.2. Keterbatasan Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini tidak lepas dari keterbatasan, beberapa keterbatasan yang dapat peneliti coba untuk dianalisis adalah sebagai berikut:

6.2.1. Pemilihan teknik pemijatan

Teknik pemijatan yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan panduan pemijatan untuk bayi/anak sehat, karena peneliti belum menemukan teknik pemijatan yang spesifik diperuntukan bagi anak sakit, terutama dengan diare. Jurnal dan referensi ilmiah yang ditemukan adalah untuk anak dengan gangguan pada sistem lain seperti gangguan pada sistem pernapasan, cerebral palsy, luka bakar, dan lainnya. Adapun untuk gangguan pencernaan, peneliti menemukan pemijatan untuk kolik yang gejala dan tujuan pijatan tentu berkebalikan dengan diare.

Peneliti menemukan referensi teknik pijat untuk anak diare, namun tidak disertai bukti ilmiah, sehingga kurang kuat untuk dijadikan landasan teori. Oleh karena itu fokus kerja dari pemijatan kurang optimal karena tidak langsung menuju kepada tujuan menurunkan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian lebih lanjut terkait teknik pemijatan yang sesuai untuk anak dengan diare.

6.2.2. Pelaksanaan pemijatan

Peneliti pada awalnya merencanakan pijatan akan dilakukan pagi hari antara pukul 07.30 – 08.30 dan sore hari pukul 15.30 – 16.30. Kenyataan di lapangan, responden tidak selamanya siap untuk dipijat pada waktu-waktu tersebut, misalnya responden pada pukul 08.30 masih tidur sehingga pijat baru dilakukan pada pukul 09.00. Akibatnya setiap hari waktu pemijatan responden dapat berubah-ubah, walaupun pijat tetap dilaksanakan dua kali dalam sehari selama tiga hari. Perbedaan waktu pemijatan tersebut dapat mempengaruhi hasil atau pengaruh terapi pijat terhadap frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi, karena jeda dari pemijatan satu di pagi hari ke pemijatan di sore hari menjadi tidak sama.

Untuk penelitian selanjutnya, dapat dilakukan terlebih dahulu studi pendahuluan tentang waktu-waktu kapan saja anak berada pada kondisi siap untuk diberi terapi. Dapat dilakukan observasi dulu, waktu tidur dan bangun dari rata-rata anak yang dirawat di tempat penelitian, sehingga dapat diperkirakan waktu yang sama setiap anak untuk dilakukan terapi.

6.2.3. Responden

Berdasarkan studi pendahuluan peneliti menemukan bahwa anak dengan diare yang dirawat di tempat penelitian sebagian besar ada dalam rentang usia 0 – 2 tahun dan berada pada kelompok dengan status sosial di bawah standar UMR, yang dirawat di ruangan kelas 3. Kenyataan pada saat pelaksanaan, anak dengan diare yang dirawat lebih banyak ditemukan di ruangan kelas 2, dimana rata-rata pendapatan keluarganya di atas UMR. Kondisi ini menyebabkan peneliti mengubah prioritas pengambilan sampel dari ruangan kelas 3 ke ruangan kelas 2.

Perubahan tempat pemilihan sampel ini mengakibatkan hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik anak dengan diare lebih banyak berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi di atas UMR, yang digolongkan cukup atau menengah. Sementara menurut penelitian sebelumnya bahwa kejadian diare banyak ditemukan pada anak dengan status ekonomi rendah.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1. Bagi pelayanan terhadap masyarakat

Angka kejadian diare di masyarakat sampai saat ini masih tinggi, bahkan menjadi salah satu penyebab kematian pada anak. Anak dengan diare menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan dengan adanya peningkatan frekuensi diare maupun kondisi dehidrasi. Jika anak dirawat di rumah sakit, dapat mengakibatkan respon hospitalisasi yang dapat meninggalkan trauma pada anak.

Selain terapi cairan untuk mengatasi diare, dibutuhkan bentuk terapi yang dapat menciptakan kenyamanan dan kedekatan anak dengan orang tua. Penelitian terapi pijat yang telah dilakukan ini memang belum terlihat pengaruh langsung dalam penurunan frekuensi buang air besar dan dehidrasi, namun dampak lain yang didapat oleh anak adalah rasa nyaman dan tenang. Dampak tersebut membawa pengaruh positif, seperti anak tidak rewel, nafsu makan meningkat, dan cukup kooperatif dengan terapi lainnya, hal ini tentu saja mendukung pelaksanaan terapi standar pelayanan untuk anak diare, yang pada akhirnya mengatasi masalah perubahan frekuensi buang air besar dan dehidrasi.

Oleh karena itu, terapi pijat dapat dilakukan sebagai salah satu intervensi pada asuhan keperawatan yang melibatkan keluarga dalam penanganan anak dengan gangguan kesehatan. Selain itu, keluarga juga dapat merasakan manfaat langsung dari pijat, hal ini menjadi tindakan nyata dari pelayanan keperawatan pada masyarakat.

6.3.2. Bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pendidikan keperawatan, bahwa masih banyak tindakan mandiri perawat yang dapat dikembangkan. Terapi pijat tidak mengganggu terapi lainnya, terapi yang sudah ditetapkan sebagai standar penanganan anak dengan diare masih dapat dijalankan. Terapi pijat sesuai dengan konsep keperawatan yang memberikan pelayanan secara utuh berdasarkan biologis dan psikologis.

6.3.3. Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini menunjukkan bahwa belum ada pengaruh yang signifikan antara kelompok yang diberi pijatan dengan kelompok yang tidak diberi pijatan dalam hal penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Namun demikian, pada kelompok yang diberi pijatan mendapatkan perubahan perilaku anak yang menunjang terlaksananya prosedur tetap penanganan diare di rumah sakit. Hal ini dapat menjadi landasan untuk pengembangan penelitian selanjutnya terkait terapi pijat. Dengan landasan bahwa terapi pijat ini memungkinkan untuk dilakukan pada anak dengan diare, maka perlu dilakukan penelitian lanjutan yang lebih mempertimbangkan teknik, area, dan durasi pemijatan, serta pemilihan waktu kapan saja pijatan tersebut dapat dilakukan.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Karakteristik responden penderita diare.

Sebagian besar (86,3 %) responden yang mengalami diare berada pada kelompok usia 0 – 1 tahun. Dari 30 responden, 19 diantaranya (63,3 %) berasal dari keluarga yang memiliki status sosial dengan pendapatan Rp. 1.100.000 – Rp. 2.200.000, dan 60 % dari seluruh ibu atau pengasuh responden memiliki kebiasaan tidak pernah atau kadang-kadang saja mencuci tangan pada saat akan memberi makan pada anaknya.

7.1.2. Pengaruh terapi pijat dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi pada kelompok intervensi.

Terdapat pengaruh yang signifikan pada kelompok responden yang diberi terapi pijat dalam penurunan frekuensi buang air besar dan penurunan tingkat dehidrasi.

7.1.3. Pengaruh terapi pijat dalam dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tidak terdapat perbedaan pengaruh yang signifikan antara kelompok responden yang diberi terapi pijat dengan kelompok yang tidak diberi terapi pijat dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi. Akan tetapi, kelompok responden yang diberi terapi pijat menunjukkan perilaku lebih tenang, tidak rewel, dan nafsu makan yang meningkat, sehingga memudahkan pelaksanaan terapi lainnya.

7.1.4. Pengaruh karakteristik dalam penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi.

Tidak terdapat pengaruh karakteristik (usia, status sosial ekonomi, dan kebiasaan mencuci tangan) dalam penurunan frekuensi buang air besar dan penurunan tingkat dehidrasi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

7.2. Saran

7.2.1. Bagi pelayanan masyarakat

Hasil penelitian ini belum menunjukkan dampak langsung terhadap penurunan frekuensi buang air besar dan tingkat dehidrasi, namun fenomena yang terjadi saat penelitian menunjukkan bahwa terapi pijat dapat digunakan sebagai salah satu terapi dalam asuhan keperawatan untuk menangani gangguan pada anak yang mengalami gangguan kesehatan. Dalam memberikan terapi pijat, perawat tidak saja memberikan asuhan langsung pada anak namun dapat melibatkan orang tua, sehingga dapat menerapkan prinsip *family-centered care*, dan untuk selanjutnya dapat mengajarkan kepada orang tua tentang dasar-dasar pemijatan untuk anak.

Aplikasi terapi pijat ini dapat dijadikan suatu inovasi asuhan mandiri perawat bagi masyarakat. Pelaksanaannya tidak hanya di rumah sakit, namun bisa dilakukan di tempat praktik mandiri perawat, hal ini mendukung perkembangan pelayanan perawat kepada masyarakat yang lebih nyata.

7.2.2. Bagi bidang pendidikan

Pihak pendidikan diharapkan dapat menggali lebih banyak pengetahuan terkait terapi pijat dan manfaatnya yang spesifik bagi anak yang mengalami gangguan sistem tubuh khususnya diare dan umumnya bagi gangguan yang lain. Penelitian ini dapat memicu pemikiran kritis penyelenggara pendidikan dan peserta didik untuk lebih memperdalam kaitan terapi komplementer terutama terapi pijat dengan fungsi-fungsi fisiologis tubuh. Pihak pendidikan dapat menjadikan

pengetahuan tentang terapi komplementer sebagai muatan lokal pada kurikulum pendidikan.

7.2.3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Mengingat penelitian bidang keperawatan masih harus banyak dilakukan, terutama yang dapat diaplikasikan langsung pada pasien. Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar pengembangan penelitian yang lain khususnya terapi pijat untuk mengatasi gangguan pada anak dengan diare. Penelitian yang dilakukan lebih memperhatikan lagi kepada pemilihan area pemijatan, teknik pemijatan yang lebih cocok, waktu dan durasi yang tepat. Terkait penelitian lanjut terhadap waktu pemijatan, dapat dilakukan terlebih dahulu studi pendahuluan untuk melihat kapan rata-rata waktu tidur dan bangun anak yang sedang dirawat, sehingga akan ditemukan waktu yang tepat saat anak berada pada kondisi siap untuk dipijat. Hasil-hasil penelitian tersebut nantinya akan menjadi landasan perawat terutama perawat spesialis anak untuk mengaplikasikan terapi pijat di tataran pelayanan, dan dapat menjadi bahan pemilihan kompetensi khusus dari perawat spesialis keperawatan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Auckett, A.D. (2004). *Infant massage; In encyclopedia children's health*. <http://www.healthofchildren.com/I-K/Infant-Massage.html>. diperoleh 11 Februari 2010.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian; Suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Baby Infant Massage. <http://www.parenthood-parenting-tips.com/baby-infant-massage-3.html>, diperoleh tanggal 7 Februari 2010.
- Bappenas (2002). *Program nasional bagi anak Indonesia kelompok kesehatan*. 27 Januari, 2010. www.bappenas.go.id/get-file-server/node/334/.
- Badan Pengembangan dan Penelitian Departemen Kesehatan (2008). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) nasional 2007*. Jakarta.
- Ball, J.W., Bindler, R.M. (2003). *Pediatric nursing; Caring for children*, 3rd ed. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Bowden, V.R., Susan, B., & Greenberg, C.S. (1998). *Children and their families: The continuum of care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Cooper, G.L., Gooding, J.S., Gallagher, J., Sternesky, L., Ledsky, R., Berns, S.D. (2007). Impact of family-centered care initiative on NICU care, staff, and family. *Journal of Perinatology* (27), S32-S37; doi:10.1038/sj.jp.7211840. <http://www.nature.com/jp/journal/v27/n2s/full/7211840a.html>. diperoleh tanggal 30 Juni 2010.
- Darsono, M. (2000). *Belajar dan pembelajaran*. Semarang: IKIP Semarang Press.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Profil kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta.
- Ezzo, J. (2007). Massage that can guide future research. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (2), 291.

- Fatmawati, H. (2003). *Hubungan pemberian ASI eksklusif, mpasi, hygiene perorangan dan sanitasi lingkungan dengan kejadian diare bayi 4 – 12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Purwosari . Kudus.* <http://eprints.undip.ac.id/11742/>. Diperoleh tanggal 21 Juni 2010.
- Ferber, S.G., Laudon, M., Kuint, J., Weller, A., Zisapel, N. (2002). Massage therapy by mother enhances the adjustment of circadian rhythms to the nocturnal period in full-term infants. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JBDP.* 23. 410-415.
- Genser, B., Strina, A., Teles, C.A., Prado, M.S., Baretto, M.L. (2006). Risk factors for childhood diarrhea incidence: Dynamic analysis of a longitudinal study. *Epidemiology.* 7 (6). 658-667. http://journals.lww.com/Risk_Factors_for_Childhood_Diarrhea_Incidence_.11.aspx.htm.
- Green, S.B. (2008). *Significance of the philosophy of family-centered care in the pediatric clinical setting.* http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/49. diperoleh 15 Maret 2010.
- Guandalini, S. (2009). *Diarrhea.* <http://emedicine.medscape.com/article/928598-overview>. Diperoleh 30 Maret 2010.
- Harrington, K.L., & Haskvitz, E.M. (2006). Managing a patient's constipation with physical therapy. *Physical Therapy.* 86 (11). 1511-1519. ProQuest Nursing & Allied Health Source.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., Krasnegor, J., Martinez E., Schwartzman. M., Mavunda, K., (1999). Children with cystic fibrosis benefit from massage therapy. *Journal of Pediatric Psychology,* 24 (2), 175-181. ProQuest Nursing & Allied Health Source.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Essentials of pediatric nursing.* St. Louis: Mosby Elsevier.
- Huang, L.H. (2009). *Dehydration.* <http://emedicine.medscape.com/article/906999-overview>. Diperoleh 30 Maret 2010.
- Hughes, D., Ladas, E., Rooney, D., Kelly, K. (2008). Massage therapy as a supportif care intervention for children with cancer. *Oncology Nursing Forum.* 35 (3). 431-442.
- Ibnu, S., & Siswandi, A. (2009). Diare menyerang warga Banten. *Digilib AMPL.* <http://digilib->

ampl.net/detail/detail.php?row=0&tp=kliping&ktg=sanitasi&kode=8413.
Diperoleh 12 Februari 2010.

- Ireland, M., & Olson, M. (2000). Massage therapy and therapeutic touch in children: State of the science. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6 (5), 54-63. ProQuest Nursing & Allied Health Source.
- James, S.R., & Ashwill, J.W. (2007). *Nursing care of children; Principles and practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Jump, V.K., Fargo, J.D., & Akers, J.F. (2006). Impact of massage therapy on health outcomes among orphaned infants in Ecuador. *Fam Community Health*, 29 (4), 314-319.
- Kasjono, H.S., dan Yasril. (2009). *Teknik sampling untuk penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kemper, K.J. (2001). Complementary and alternative medicine for children: Does it work?. *WJM (174)*, 272-276. www.ewjm.com. diperoleh 15 Februari 2010.
- Marks, J.W. (2010). *Diarrhea*. www.MedicineNet.com. diperoleh 30 Maret 2010.
- Muscari, M.E. (2001). *Advanced pediatric clinical assessment; Skill and procedures*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pratiknya, A.W. (2007). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research; Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Potts, N.L., & Mandelco, B.L. (2007). *Pediatric nursing; Caring for children and their families (2nd ed)*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Putra, D.S. (2008). *Diare akut pada anak; Upaya mengurangi kejadian komplikasi diare akut*. <http://www.dr.Rocky.com>. diperoleh tanggal 27 Juni 2010.
- Putra, D.S., & Hegar, B. (2008). *Pengaruh terapi sentuhan terhadap kejadian regurgitasi pada bayi*. <http://www.dr.Rocky.com>. diperoleh tanggal 27 Juni 2010.
- Roesli, U. (2008). *Pedoman pijat bayi*. Edisi revisi. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2008). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajagrafindo Persada

Universitas Indonesia

- Sastroasmoro, S., & Ismael, S.I. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2003). *Complementary/alternative therapies in nursing* (4th ed). Minnesota: Springer Publishing Company.
- Soekanto, S. (2002). *Sosiologi suatu pengantar*. Jakarta: P.T. Grafindo Persada.
- Somantri, A., & Muhidin, S.A. (2006). *Aplikasi statistika dalam penelitian*. Bandung: Pustaka Setia.
- Sumarto. (2006). *Pengaruh kondisi sosial ekonomidan pendidikan orang tua terhadap motivasi melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi pada siswa SMU NU 01 Wahid Hasyim Talang Tegal Tahun Ajaran 2005/2006*. Semarang: Fakultas Ilmu Sosial Jurusan Ekonomi.
- UKK Tumbuh Kembang-Pediatri Sosial Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2008). *Modul Pelatihan Stimulasi Pijat Bayi*. Jakarta.
- Winlar, W. (2002). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada anak 0 – 2 tahun di kelurahan Turangga*. <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2002-wiwin-1723-diare>.
- World Health Organization. (2005). *Pocket book of hospital care for children; Guidlies for the management of common illnesses with limited resources*. Switzerland: WHO Press.
- _____. (2010). Protecting children from diarrhea and acute respiratoryinfections. *Regional health forumWHO south-east Asia region*. 7 (1).http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1357_5357.htm. diperoleh tanggal 1 Juli 2010.

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Wulandari Novianti

Status : Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

NPM : 0806446933

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh terapi pijat dalam penurunan frekuensi bab dan tingkat dehidrasi pada anak usia 0 – 2 tahun dengan diare di RSUD Cibabat Cimahi”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi setelah dilakukan terapi pijat.

Bersama surat ini, saya sebagai peneliti mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengikutsertakan anak Bapak/Ibu sebagai responden dalam penelitian ini. Peneliti menjamin tidak akan menimbulkan kerugian bagi anak Bapak/Ibu sebagai responden. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak terutama dengan gangguan pencernaan. Identitas dan informasi yang Bapak/Ibu berikan, akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini peneliti ajukan, atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, peneliti ucapkan terima kasih.

Bandung, Mei 2010

Sri Wulandari Novianti

Setelah membaca surat permohonan dan mendapat penjelasan tentang penelitian yang akan dilaksanakan oleh saudari Sri Wulandari Novianti, saya sebagai orangtua anak memahami manfaat, tujuan, dan prosedur yang akan dilakukan. Saya paham dan meyakini bahwa peneliti akan menghormati hak-hak dan kerahasiaan responden.

Keikutsertaan anak saya dalam penelitian ini sebagai responden sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya dalam merawat anak dengan diare.

Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun, saya bersedia menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Bandung,

2010

(Responden)

LEMBAR OBSERVASI DAN WAWANCARA RESPONDEN (*pre test*)

Kode responden :

Inisial responden :

Usia Anak :

Pendapatan keluarga per bulan (pilih salah satu):

- a. < Rp. 1.100.000
- b. Rp. 1.100.000 – Rp. 2.000.000,-
- c. > Rp. 2.000.000,-

Kebiasaan ibu/pengasuh mencuci tangan:

- a. Selalu
- b. Kadang-kadang/tidak pernah

Pengkajian sebelum intervensi (hari/tanggal:.....)

Frekuensi BAB:kali/24 jam

Tingkat dehidrasi: ringan-sedang / tanpa dehidrasi

LEMBAR OBSERVASI RESPONDEN

Kode responden :

Inisial responden :

	Jenis Terapi Standar	Terapi Pijat	Frekuensi BAB (hari berikutnya)	Tingkat dehidrasi (hari berikutnya)	Terapi tambahan
Hari ke-1 Tanggal:		a. Tidak dilakukan b. 2 kali			
Hari ke-2 Tanggal:		a. Tidak dilakukan b. 2 kali			
Hari ke-3 Tanggal:		a. Tidak dilakukan b. 2 kali			

PANDUAN PENGISIAN LEMBAR OBSERVASI TERAPI PIJAT

1. Kode responden diisi dengan kode dan nomor urut responden berdasarkan kelompok intervensi atau kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberi kode P (P1, P3, dst...), dan untuk kelompok kontrol diberi kode K (K2, K4, dst...).
2. Inisial responden diisi dengan inisial huruf awal nama responden.
3. Jenis terapi standar diisi dengan jenis terapi yang sekarang didapatkan oleh responden.
4. Kolom terapi pijat diisi dengan cara melingkari tindakan yang dilakukan, apakah responden diberi terapi pijat atau tidak.
5. Kolom frekuensi BAB diisi dengan menghitung berapa kali responden mengalami BAB selama satu hari pengamatan. Kolom ini diisi keesokan harinya setelah terapi pijat dilakukan.
6. Kolom tingkat dehidrasi diisi satu hari setelah dilakukan terapi pijat.
7. Terapi tambahan diisi jika responden mendapatkan terapi tambahan selain terapi awal yang telah ditulis.

LEMBAR OBSERVASI TINGKAT DEHIDRASI

Kode responden :

Inisial responden :

Tanggal/hari ke- :

TINGKAT DEHIDRASI	URAIAN	KET (Checklist)
Dehidrasi Berat	1) <i>Lethargy</i> atau tidak sadar 2) Kantung mata cekung 3) Tidak mau minum atau kemampuan untuk minum yang buruk (minum sangat sedikit). 4) Turgor kulit buruk (cubitan di kulit kembali sangat lambat/lebih dari 2 detik).	
Dehidrasi ringan/sedang	1) Gelisah, mudah teriritasi 2) Kantung mata cekung 3) Tampak kehausan, ingin banyak minum 4) Cubitan di kulit kembali lambat	
Tanpa dehidrasi	Tidak ada tanda dan gejala seperti pada dehidrasi berat maupun ringan-sedang.	
Kesimpulan	Dehidrasi berat / ringan-sedang / tanpa dehidrasi (Lingkari salah satu)	



**IKATAN PERAWAT ANAK INDONESIA
PROVINSI DKI JAKARTA**

SERTIFIKAT

No. 147/PP.PPNI/SKP/IV/2010

Diberikan kepada

Sri Wulandari Novianti, S.Kep. Ners

Sebagai :

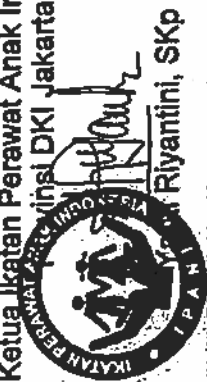
PESERTA

Pada

Pelatihan Pijat Bayi

Auditorium RSAB "Harapan Kita" Jakarta, 20 April 2010

Ketua Ikatan Perawat Anak Indonesia
Provinsi DKI Jakarta



Riyantini, SKp

Peserta : 1 SKP
Pembicara : 3 SKP
Penitia : 2 SKP
Moderator : 2 SKP

Ketua Pelatihan



Elfi Syahreni, SKp.

MATERI PELATIHAN PIJAT BAYI

1. *Evidence based* terkait pijat bayi : 45 menit
2. Pijat pada Bayi Prematur : 45 menit
3. Pijat pada Bayi Sehat : 45 menit
4. Praktik Pijat Bayi Prematur dan Pijat Bayi Sehat : 120 menit





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 80 CIH2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Studi Pendahuluan

10 Maret 2010

Yth. Direktur
RSU. Cibabat - Cimahi
Jawa Barat

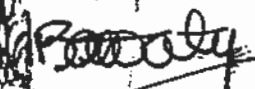
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Sri Wulandari Novianti
0806446933

Bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa *meninjau* untuk mencari data awal di RSU. Cibabat – Cimahi sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat RSU. Cibabat-Cimahi
2. Ka.Bid. Keperawatan RSU. Cibabat-Cimahi
3. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Terapi Pijat terhadap Penurunan Frekuensi BAB dan Tingkat Dehidrasi pada anak usia 0 – 2 tahun dengan diare di RSUD. Cibabat Cimahi.

Nama peneliti utama : **Sri Wulandari Novianti**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 17 Mei 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 195206011974112001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 1955020719800320



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1547/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

26 April 2010

Yth. Direktur
RSUD. Cibabat
Cimahi

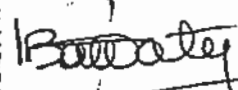
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Keperawatan Anak atas nama:

Sri Wulandari Novianti
0806446933

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Efektivitas Terapi Pijat Dalam Penurunan Frekuensi BAB Dan Tingkat Dehidrasi Pada Anak Dengan Diare Di RSUD. Cibabat Cimahi"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian Di RSUD. Cibabat - Cimahi sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

UNIVERSITAS Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal

**BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIBABAT – CIMAHI**

Jl. Jendral H. Amir Machmud No.140 Cimahi – 40513

Telp. (022) 665-2025 Fax. (022) 6649112 – E-mail : rscibabat@bdg.centrin.net.id

Web Site : www.freewebs.com/rsucibabat

Cimahi, 20 Mei 2010

Nomor : 070/1057/VI/2010
Lampiran : -
Hal : Ijin Penelitian

Yth. Dekan Universitas Indonesia
Melalui : Ketua Program Pascasarjana FIK
Universitas Indonesia
Di
Jakarta.

Sehubungan dengan surat Bapak Ketua Program Pascasarjana Nomor 1547/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 26 April 2010 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat di atas, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat memberikan ijin kepada Mahasiswa atas nama :

NAMA : SRI WULANDARI NOVIANTI
NPM : 0806446933
JUDUL : PENGARUH TERAPI PIJAT DALAM PENURUNAN FREKUENSI BAB DAN TINGKAT DEHIDRASI PADA ANAK USIA 0-2 TAHUN DENGAN DIARE DI RSUD CIBABAT CIMAHI.

Untuk melaksanakan penelitian pada institusi kami dengan ketentuan sebagai berikut :

- Hasil penelitian hanya digunakan untuk kepentingan kedinasan tidak untuk disebarluaskan (dipublikasikan).
- BLUD RSUD Cibabat Cimahi mendapat 1 (Satu) eksemplar dari hasil penelitian yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM CIBABAT CIMAHI
WAKIL DIREKTUR PELAYANAN
BLUD - RSUD
CIBABAT - CIMAHI
CIMAHI
H. R. MUZEN PRACHMADI, A.Md.St.,SE.,M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 19630416 198603 1 009

Tembusan :

1. Kepada Yth, Ka. SMF Anak di RSUD Cibabat Cimahi
2. Arsip.



PEMERINTAH KOTA CIMAHI
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Kompleks Perkantoran Pemerintah Kota Cimahi
 Jl. Rd. Demang Hardjakusumah Blok Jati Cihanjuang Telp (022) 6631859

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070.1 / 798 / Kesbang Linmas

1. Yang bertanda tangan dibawah ini :

Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Cimahi.

Berdasarkan surat dari : Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok
 Nomor : 1547 / H2.F 12.D / PDP.04.02 Tesis / 2010 Tanggal, 26
 April 2010

Menerangkan Bahwa :

a.	Nama	: Sri Wulandari Novianti.
b.	Tempat/ tgl. Lahir	: Bandung, 09 November 1980
c.	Agama	: Islam
d.	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
e.	Alamat	: Jln. Cipedes No.42 Rt.04/07 Kelurahan Gegerkalong Kecamatan Sukasari
f.	Peserta	: -
g.	Maksud	: Penelitian
h.	Untuk Keperluan	: Menyusun Tesis dengan Judul "Pengaruh Terapi Pijat Dalam Penurunan Frekuensi Bab Dan Tingkat Dehidrasi Pada Anak Usia 0-2 Tahun Dengan Diare Di RSUD Cibabat."
i.	OPD / Lembaga / Instansi yang dituju	: RSUD Cibabat Kota Cimahi
j.	Lokasi	: Kota Cimahi.

2. Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitasi yang diperlukan.
3. Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan berlaku sampai tanggal, 30 Juni 2010.

Cimahi, 11 Mei 2010

An.KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA
 DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 KOTA CIMAHI

Kepala Seksi Politik Dalam Negeri



Drs. ASPI HERMAN SUYATNO.

Penata TKI

NIP. 19640328 199404 1 003

Tembusan :

1. Yth. Asisten Administrasi Umum Kota Cimahi

2. Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok

3. Ybs.

Pengaruh terapi..., Sri Wulandari Novianti, FIK UI, 2010.

BAB 5. TEHNIK STIMULASI PIJAT

A. BAYI CUKUP BULAN DAN BATITA

Untuk bayi cukup bulan dan Batita pemijatan dilakukan pada area wajah, dada, perut, tangan, kaki, dan punggung. Total lama pemijatan adalah 15 menit. Gerakan boleh dilakukan tidak berurutan dan dapat dihentikan sebelum semua rangkaian selesai jika bayi/batita tidak menghendaki. Tiap gerakan dilakukan 6 kali.

1. PIJATAN WAJAH



CARESS LOVE:

Menggunakan ± seperempat ujung telapak tangan menekan pada kening bayi, pelipis, dan pipi dengan gerakan seperti membuka buku dari tengah ke samping.



RELAX:

Kedua ibu jari memijat daerah di atas alis dari tengah ke samping



CIRCLE DOWN :

Memijat dari pangkal hidung turun sampai tulang pipi menggunakan ibu jari atau jari telunjuk dengan gerakan memutar perlahan



SMILE:

Memijat diatas mulut bayi dengan ibu jari dari tengah ke samping, tarik sehingga ia tersenyum dilanjutkan dengan memijat lembut rahang bawah bayi dari tengah kesamping seolah membuat bayi tersenyum

**CUTE:**

Akhiri pijatan wajah dengan memijat secara lembut daerah di belakang telinga ke arah dagu

2. PIJATAN DADA**BUTTERFLY:**

Mulailah dengan meletakkan kedua telapak tangan di tengah dada bayi. Menggerakkan kedua telapak tangan ke atas, kemudian ke sisi luar tubuh dan kembali ke tengah tanpa mengangkat tangan seperti membentuk kupu-kupu.

**CROSS:**

Membuat pijatan menyilang dengan telapak tangan dari pinggang ke arah bahu dan sebaliknya. Bergantian kanan dan kiri.

3. PIJATAN TANGAN

MILKING:



a. *Milking India*

Memegang lengan bayi dengan ke-2 telapak tangan seperti memegang pemukul softbol (tangan kanan menggenggam lengan atas, tangan kiri menggenggam lengan bawah) sambil menggenggam lengan bayi kedua tangan di gerakan dari bahu ke pergelangan tangan seperti memerah (perahan India).



b. *Milking Swedia*

Melakukan gerakan kebalikannya dari pergelangan tangan ke pangkal lengan (perahan Swedia)



ROLLING:

Gunakan ke dua telapak tangan untuk membuat gerakan seperti menggulung dimulai dari pangkal lengan menuju pergelangan tangan.



SQUEEZING:

Melakukan gerakan memutar / memeras dengan lembut dengan kedua tangan dari pangkal lengan ke pergelangan tangan

**THUMB AFTER THUMB:**

Dengan kedua ibu jari secara bergantian, pijat seluruh permukaan telapak tangan dan punggung tangan mulai dari pergelangan tangan

**SPIRAL:**

Dengan ibu jari pijat seluruh permukaan telapak tangan dan punggung tangan mulai dari pergelangan tangan dengan gerakan memutar

**FINGER SHAKE :**

Akhiri pijatan tangan dengan menggoyang dan menarik lembut setiap jari tangan bayi.

4. PIJATAN PERUT



MENGAYUH

Meletakkan telapak tangan kanan di bawah tulang iga dan hati. Menggerakkan telapak tangan kanan ke bawah dengan tekanan yang lembut sampai di bawah pusar. Mengulang dengan telapak tangan kiri secara bergantian beberapa kali.



BULAN-MATAHARI

Membuat pijatan dengan telapak tangan kanan mulai dari perut atas sebelah kiri ke kanan searah jarum jam sampai bagian kanan perut bawah bayi (gerakan bulan). Dengan tangan kiri lanjutkan gerakan berputar mulai dari perut bawah sebelah kiri ke atas mengikuti arah jarum jam membentuk lingkaran penuh (gerakan matahari). Gerakan diulang beberapa kali.



I LOVE YOU

I: memijat dengan ujung telapak tangan dari perut kiri atas lurus ke bawah seperti membentuk huruf I

LOVE : memijat dengan ujung telapak tangan mulai dari perut kanan atas ke kiri kemudian ke bawah membentuk huruf L terbalik.



YOU: memijat dengan ujung telapak tangan mulai dari perut kanan bawah ke atas membentuk setengah lingkaran ke arah perut kiri atas kemudian ke bawah membentuk huruf U terbalik.



WALKING

Menekan dinding perut dengan ujung-ujung jari telunjuk tengah, dan jari manis bergantian berjalan dari sebelah kanan ke kiri. Mengakhiri pijatan perut dengan mengangkat kedua kaki bayi kemudian menekankan perlahan ke arah perut

5. PIJATAN KAKI

MILKING:



a. *Milking India*

memegang tungkai bayi dengan ke-2 telapak tangan seperti memegang pemukul softball (tangan kanan menggenggam tungkai atas, tangan kiri menggenggam tungkai bawah). Sambil menggenggam tungkai bayi, kedua tangan di gerakan dari pangkal paha ke tumit seperti memerah.



b. *Milking Swedia*

Melakukan gerakan kebalikannya dengan cara satu tangan memegang pergelangan kaki yang lain memijat dari pergelangan kaki ke pangkal paha



SQUEEZING:

melakukan gerakan menggenggam dan memutar dari pangkal paha sampai ke ujung jari kaki



THUMB AFTER THUMB:

Menekan dengan kedua ibu jari bergantian mulai dari tumit ke arah ujung ujung jari kaki.
Menekan tiap tiap jari kaki menggunakan dua jari tangan kemudian ditarik dengan lembut.
Menekan punggung kaki dengan kedua ibu jari secara bergantian ke arah ujung jari.

6. PIJATAN PUNGGUNG



GO BACK-FORWARD:

Dengan posisi telapak tangan tegak lurus terhadap tulang punggung dilakukan pemijatan dengan gerakan maju mundur menggunakan kedua telapak tangan di sepanjang punggungnya dari leher sampai ke pantat bayi



SLIP:

Dengan posisi telapak tangan tegak lurus terhadap tulang punggung dilakukan pemijatan dengan gerakan lurus kebawah menggelincir dari leher sampai pantat.



SPIRAL

Dengan tiga jari membuat gerakan melingkar kecil di sepanjang otot punggung dari bahu sampai pantat sebelah kiri dan kanan.

Akhiri pijatan punggung dengan membuat beberapa kali belaian memanjang dengan ujung ujung jari dari leher menuju pantat..

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sri Wulandari Novianti

Tempat, tanggal lahir : Bandung, 9 November 1980

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
Stikes A. Yani Cimahi

Alamat Rumah : Jl. Cipedes 42 Gegerkalong Bandung 40153

Alamat Institusi : Stikes A. Yani Cimahi Jl. Terusan Jend. Sudirman Cimahi

Riwayat Pendidikan : S1 Keperawatan Universitas Padjadjaran (1999 - 2005)
SMU Negeri 2 Bandung (1995 – 1998)
SMP Negeri 15 Bandung (1992 – 1995)
SD Negeri Sukarasa V Bandung (1986 – 1992)

Riwayat Pekerjaan : Stikes A. Yani Cimahi (2008 – sekarang)
Al-Anshar Hospital Madinah KSA (2007 – 2008)
Stikes A. Yani Cimahi (2006 – 2007)