

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan efektifitas teknik *Dry Bed Training* terhadap penurunan frekuensi *enuresis* pada anak usia sekolah dasar sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu psikologi perkembangan anak yang berhubungan dengan penanganan *enuresis* pada anak usia sekolah dasar.

2. Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis yang diharapkan adalah:

1. Bagi subjek, yaitu subjek dapat meningkatkan kemampuannya dalam mengurangi perilaku mengompolnya.
2. Bagi orang tua (ayah dan ibu), yaitu dapat melakukan komunikasi yang lebih kooperatif dengan anak, memberikan pola asuh dan perlakuan pada anak dengan lebih baik.
3. Bagi penelitian selanjutnya, memberikan pemahaman dalam melakukan intervensi psikologis terhadap anak usia sekolah dasar dengan gangguan *enuresis*.

BAB II

KAJIAN TEORITIS

A. *Enuresis*

Menurut Nevid et al (2003), banyak terdapat gangguan perilaku pada anak dan remaja salah satunya adalah gangguan Eliminasi. Gangguan Eliminasi ada dua macam yakni *enuresis* dan *enkopresis*. *Enuresis* dan *enkopresis* merupakan gangguan yang melibatkan masalah dengan buang air kecil dan buang air besar tanpa penyebab organik (Sugini, 2011: 36).

1. Pengertian

Definisi *enuresis* berdasarkan ICD-10 (*World Health Organisation*, 2008) dan DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) adalah ketidaksengajaan (atau bahkan disengaja) mengompol pada anak usia 5 tahun atau lebih tanpa adanya riwayat kasus organik. Periode mengompol sedikitnya 3 bulan sehingga dapat dikategorikan sebagai sebuah gangguan. Berdasarkan ICD-10, diagnosis *enuresis* ditetapkan pada kasus mengompol sedikitnya dua kali dalam sebulan pada anak usia di bawah 7 tahun dan satu kali dalam sebulan pada anak usia di atas 7 tahun. Sedangkan kriteria *enuresis* berdasarkan DSM-IV lebih terinci, diantaranya adalah mengompol sedikitnya dua kali dalam seminggu, dan atau menyebabkan gangguan klinis lainnya seperti stres, dikucilkan secara sosial, prestasi akademik yang menurun, dan berbagai ranah fungsional lainnya (Gontard, 2012: 2).

Menurut Nevid (2003), *enuresis* adalah kegagalan mengontrol buang air kecil setelah seseorang mencapai usia normal untuk mampu melakukan kontrol. Pendapat sejenis disampaikan oleh McElderry dan Lawless (2001) yang menyatakan bahwa *enuresis* adalah mengeluarkan urin dengan tidak sengaja dimana seharusnya pada usia yang diharapkan sudah dapat menahan urin (4-5 tahun). Sedangkan deskripsi *enuresis* menurut Pierangelo (2004) adalah gangguan yang dicirikan dengan ketidaksengajaan yang berulang-ulang atau mengeluarkan urin dengan sengaja pada waktu siang atau malam hari di tempat tidur ataupun di pakaian pada usia yang diharapkan dapat mengontrol buang air kecil (Sugini, 2011:36).

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa *enuresis* adalah ketidakmampuan mengontrol buang air kecil pada malam hari dimana seseorang seharusnya pada usia yang diharapkan sudah dapat menahan urin (usia 5 tahun atau lebih).

2. Epidemiologi

Angka kejadian *enuresis* di berbagai negara bervariasi. Angka kejadian di Australia dan Amerika Serikat lebih tinggi dibandingkan di Skandinavia. Hasil survey di Eropa dan Amerika Utara menunjukkan bahwa 15-20 % anak berumur 5 tahun, 7 % anak berumur 10 tahun dan 1-2 % anak berumur 15 tahun mengalami *enuresis*. Sampai umur 11 tahun, *enuresis* lebih sering terjadi pada anak laki-laki, dengan rasio laki-laki : perempuan = 2 : 1, dan setelah umur tersebut rasio antara laki-laki dan perempuan hampir sama atau lebih tinggi pada anak perempuan (Noer, 2006: 2).

Prevalensi *enuresis nokturnal* dapat dibandingkan di seluruh dunia berdasarkan beberapa penelitian berikut: (1) penelitian Liu et. al (2000), 4, 3 % anak-anak di China dan remaja awal usia 6 - 16 tahun mengalami *enuresis nokturnal*; (2) penelitian Chang et. al (2011), 8 % anak-anak usia 6-11 tahun di Taiwan mengalami *enuresis nokturnal*; (3) penelitian Erdogan et. al (2007), 14, 9 % anak-anak usia 5-7 tahun di Turki mengalami *enuresis nokturnal*; (4) penelitian Kalo & Bella (1996), 15 % anak-anak dan remaja awal di Saudi Arabia mengalami *enuresis nokturnal*; (5) penelitian Rahim & Cederblas (1986), 17, 4 % dari anak-anak usia 7 tahun di Sudan mengalami *enuresis nokturnal*; (6) penelitian Desta et. al (2007), 20, 8 % anak-anak dan remaja awal usia 6 – 15 tahun di Ethiopia, termasuk di dalamnya *enuresis* diurnal (mengompol pada siang hari). Variasi nilai tersebut dikarenakan perbedaan definisi, metode assessmen, dan laporan sosial, terutama di China dan Taiwan (Von Gontard, 2012: 6).

Enuresis lebih sering terjadi pada anak-anak yang berasal dari:

1. Golongan sosial ekonomi rendah
2. Anak-anak yang pernah menderita hambatan sosial atau psikologis dalam periode perkembangan antara umur 2 – 4 tahun pertama kehidupan
3. Latar belakang pendidikan orang tua yang rendah
4. Toilet training yang tidak adekuat
5. Anak pertama (Noer, 2006: 2)

Tabel 1. Istilah dan relevansi klinik gangguan miksi (berkemih)

Term	Definisi	Relevansi Klinis
Inkontinensia Kandung Kemih	Ketidakmampuan untuk menahan urin per uretra (per satu kali saat saluran kandung kemih penuh)	Tidak dapat diterima secara sosial, sebuah tanda dari kandung kemih neuropatik (gangguan kandung kemih yang disebabkan oleh tumor atau gangguan sistem syaraf)
<i>Enuresis nokturnal</i> Primer (PNE)	Mengompol saat tidur malam pada anak usia di atas 5 tahun dan tidak pernah mengalami periode ‘berhenti’ lebih dari 6 bulan	Biasanya dianggap signifikan jika mengompol lebih dari 2 kali atau lebih dalam 1 minggu. Dibagi ke dalam 2 subgrup, yakni: <ul style="list-style-type: none"> - Monosimptomatik - Polisimptomatik
<i>Enuresis nokturnal</i> Sekunder (SNE)	Mengompol ‘kembali’ setelah periode ‘berhenti’ selama kurang lebih 6 bulan	Dapat berasosiasi dengan penyebab lain seperti stres, UTI. Sekitar 20% anak yang mengompol memiliki gejala SNE
<i>Enuresis nokturnal</i> Primer Monosimptomatik (PMNE)	Mengompol tanpa disertai gejala mengompol pada siang hari dan tidak ada	Masalah mengompol yang paling umum terjadi, 6-10% kejadian pada anak usia 7 tahun, dan lebih banyak

	gangguan fisik yang menyertai	terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan
<i>Enuresis nokturnal</i> Polisimptomatik	Mengompol yang disertai dengan gejala mengompol pada siang hari dengan atau tanpa inkontinensia stres	20-30% anak dengan nokturnal <i>enuresis</i> mempunyai sindrom mengompol pada siang hari yang harus diberikan treatment terlebih dahulu

(Dikutip dari: *Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children*. International Children's Continence Society. Br J Urol.1998; 81 Supl 3:1.16; Dalam Noer, 2006: 3)

3. Perkembangan Pengendalian Kandung Kemih

McElderry&Lewless (2001) menyatakan bahwa perkembangan pengendalian kandung kemih merupakan proses yang multidimensi yang mewajibkan kesadaran akan penuhnya kandung kemih pada anak. Kapasitas daya tampung urin, kesediaan kontrol *spincter* pada kandung kemih, keinginan secara psikologis untuk mengontrol, dan pelatihan yang positif (Sugini, 2011: 37).

Bayi memulai kehidupan dengan kapasitas kandung kemih yang kecil dan refleks untuk berkemih dengan frekuensi yang terjadi kira-kira 20 kali sehari. Sejalan dengan berkembangnya sistem parasimpatetis, kebanyakan anak pada usia satu sampai dua tahun belajar untuk merasakan stimulasi dari ketegangan kandung kemih. Mereka sudah dapat mengenali perasaan ingin

buang air kecil. Perkembangan kesadaran ini juga sejalan dengan kemampuan menahan urin untuk beberapa waktu lamanya setelah merasakan stimulasi dari kandung kemih yang penuh dan kapasitas kandung kemih yang meningkat (Caddy&Bryne, 1995: 167).

Pada usia 2,5 tahun, kurang lebih 90% anak perempuan dan 80% anak laki-laki sudah mengetahui cara dan gunanya berkemih. Bila seorang anak sudah bisa berjalan dan dapat membuka celananya sendiri, mereka sudah dapat mengendalikan kandung kemih sesuai dengan tempat dan waktu berkemih. Pada usia 3 tahun, anak akan pergi ke kamar mandi bila ingin berkemih dan mereka sudah dapat menahan kencing dalam waktu yang cukup lama, terutama bila sedang bermain. Pengendalian mengompol pada malam hari biasanya tercapai pada usia 2,5 sampai 3,5 tahun, dan sekitar 75% anak berusia 3,5 tahun sudah tidak mengompol pada malam hari (Noer, 2006: 8).

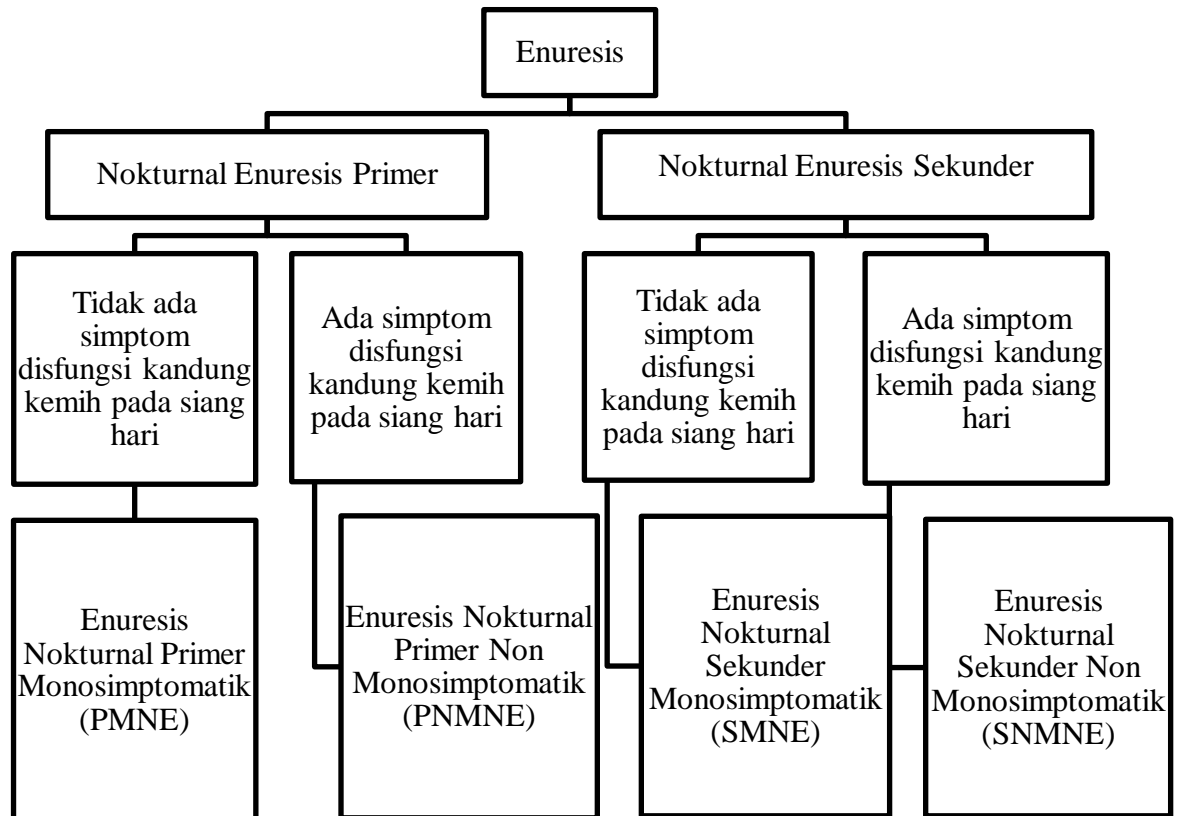
Pada usia 4,5 tahun kurang lebih 88% anak sudah mampu mengendalikan kandung kemih secara adekuat dan tidak mengompol lagi saat tidur malam. Pada usia 5 hingga 6 tahun, anak akan kencing 5-8 kali sehari dan mereka akan menolak berkemih jika bukan pada tempatnya. Pada usia ini 98,5% anak sudah mampu mengendalikan kandung kemihnya secara sempurna (Noer, 2006: 8-9).

4. Klasifikasi *Enuresis*

Enuresis dibagi dalam dua jenis, yaitu *enuresis* primer dan *enuresis* sekunder. Menurut McElderry dan Lewless (2001), *enuresis* primer adalah ketidaksengajaan mengeluarkan urin selama tidur dengan tidak adanya periode yang tidak basah atau mengompol. Sedangkan *enuresis* sekunder adalah keterulangan mengompol pada waktu malam hari setelah paling sedikit enam bulan selama masa mengompol berhenti (Sugini, 2011: 39).

Menurut McElderry & Lewless (2001), baik *enuresis* primer maupun *enuresis* sekunder dibagi lagi dalam dua tipe yaitu *enuresis nokturnal* (mengompol pada malam hari) dan *enuresis diurnal* (mengompol pada siang hari atau selama terjaga). Mengompol pada malam hari adalah buang air kecil secara tidak sengaja dan terjadi secara berulang ketika sedang tidur, pada seorang anak yang sudah cukup besar dan semestinya sudah tidak mengompol lagi di tempat tidur. *Enuresis nokturnal* Monosimptomatik (MNE) didefinisikan sebagai buang air kecil yang normal yang terjadi di malam hari di tempat tidur dengan ada dan tidaknya gejala yang disebutkan pada wilayah urogenital, dan hal ini menghalangi simptomatologi pada siang hari (Gontard, 2012: 4).

Gambar 1. Klasifikasi *Enuresis nokturnal* Berdasarkan International Children's Continenence Society (ICCS)



(Sumber: Gontard, 2012: 4)

5. Penyebab

Menurut Nevid et al (2003), terdapat berbagai penjelasan psikologis untuk mengompol. Penjelasan psikodinamika mengemukakan bahwa mengompol merupakan representasi dari ekspresi kemarahan terhadap orang tua karena berbagai sebab, seperti misalnya pelatihan buang air kecil dan besar yang keras. Selain itu mengompol dapat juga merupakan representasi pada respon regresi terhadap kelahiran saudara kandung atau beberapa sumber stress lain atau perubahan dalam kehidupan, seperti mulai bersekolah

atau mengalami kematian orang tua atau anggota keluarga lain. Para ahli teori belajar menekankan bahwa mengompol muncul paling sering pada anak-anak dengan orang tua yang mencoba melatih mereka sejak dini. Kegagalan pada masa awal dapat menghubungkan kecemasan dengan usaha untuk mengontrol buang air kecil. Kecemasan yang terkondisi justru mendorong dan bukan menghambat buang air kecil (Sugini, 2011: 42).

Beberapa faktor penyebab mengompol disampaikan McElderry dan Lawless (2001) sebagai berikut:

1. Keterlambatan perkembangan (*maturation delay*)

Fakta bahwa kebanyakan anak yang mengalami mengompol sampai menjadi sembuh dengan atau tanpa intervensi mendukung keterlambatan perkembangan sebagai faktor dari *Enuresis nokturnal* Monosimptomatik (MNE). Pada usia lima tahun, 15 % anak mengalami mengompol di tempat tidur dibandingkan dengan hanya 10 % pada anak usia 6 tahun.

2. Faktor Psikologi

Enuresis primer dapat disebabkan oleh adanya faktor stres selama periode perkembangan antara umur 2-4 tahun. Pemisahan dari keluarga, kematian orang tua, kelahiran saudara kandung, pindah rumah, pertengkaran orang tua dan *child abuse* merupakan keadaan yang paling sering dianggap sebagai faktor presipitasi mengompol. *Enuresis* yang disebabkan oleh stres biasanya intermiten dan sementara, sedangkan *enuresis* yang terus menerus biasanya akibat *toilet training* yang kurang adekuat (Sugini, 2011: 43-44).

Baldew dan Scholtmeijer (1994: 11-16) menyatakan bahwa faktor penyebab *enuresis* sangat bervariasi, bisa disebabkan oleh masalah organik, seperti kelemahan fungsi ginjal, namun yang dapat berperan sebagai penyebab utama pada kasus *enuresis* anak-anak adalah adanya faktor psikologis. Berbagai pola latar belakang psikologis yang berperan pada munculnya *enuresis* adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai ekspresi tidak langsung dari kondisi cemas
 - b. Sebagai upaya untuk memperlihatkan kebutuhan akan perhatian dan pertolongan orang tua
 - c. Ekspresi kemarahan terhadap orang tua yang tidak disadari anak
 - d. Kecenderungan neurotik (kondisi ketidakseimbangan emosional)
- (Purwanti, 2007: 37)

Menurut Wibowo (2005: 102) menyatakan semakin besar volume urin di kandung kemih maka semakin besar pula dorongan untuk mengeluarkannya sehingga suatu saat yang bersangkutan sulit untuk menahannya, yang akan mengakibatkan seseorang berkeinginan untuk kencing sehingga hal ini dapat mempengaruhi perilaku *enuresis* (Purwanti, 2007: 37).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi meningkatnya volume urin menurut Irianto (2004: 227) yaitu:

- a. Kekentalan cairan tubuh, bila kita banyak minum.
- b. Suhu udara yang dingin, rangsang dingin akan menyebabkan refleks penciutan (vasokonstriksi) pembuluh darah keringat berkurang, volume darah dan tekanan darah cenderung naik, menyebabkan ADH

menurun, rennin turun maka volume urin meningkat. Misal: pemakaian AC, kipas angin, atau pengaruh hujan.

- c. Beberapa obat-obatan yang memperbanyak pengeluaran urin.
- d. Alkohol merintangi sekresi ADH sehingga volume urin meningkat.
- e. Kopi, obat asma, obat jantung (digitalis).
- f. Sewaktu stress psikis, tekanan darah meningkat dan menyebabkan volume urin meningkat (Purwanti, 2007:38).

Sedangkan Alimul (2006: 82-83) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi eliminasi urin antara lain:

- a. Diet dan asupan, jumlah tipe makanan merupakan faktor utama yang mempengaruhi output atau jumlah urin. Protein dan natrium dapat menentukan jumlah urin yang dibentuk, selain itu kopi juga meningkatkan pembentukan urin.
- b. Respon keinginan awal untuk berkemih, kebiasaan mengabaikan awal untuk berkemih dapat menyebabkan urin banyak tertahan di dalam vesika urinaria sehingga mempengaruhi ukuran vesika urinaria dan jumlah urin.
- c. Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan eliminasi dalam kaitannya dengan ketersediaan fasilitas toilet.
- d. Stres psikologis, meningkatnya stress dapat mengakibatkan seringnya frekuensi keinginan berkemih. Hal ini karena meningkatnya sensitivitas untuk berkemih dan jumlah urin yang diproduksi.
- e. Tingkat aktivitas, eliminasi urin membutuhkan tonus otot vesika urinaria yang baik untuk fungsi sfingter. Hilangnya tonus otot vesika

urinaria menyebabkan kemampuan pengontrolan berkemih menurun dan kemampuan otot didapatkan dengan beraktivitas.

- f. Tingkat perkembangan, tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak-anak yang memiliki kecenderungan untuk mengalami kesulitan mengontrol buang air kecil, namun dengan bertambahnya usia, kemampuan untuk mengontrol buang air kecil meningkat ((Purwanti, 2007:39).

Dari uraian diatas, maka dapat dikemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku mengompol adalah kekentalan cairan tubuh, suhu udara yang dingin, diet dan asupan, gaya hidup, stress psikologis, tingkat aktivitas, dan tingkat perkembangan.

B. Teknik Dry Bed Training

1. Modifikasi Perilaku

a. Pengertian Modifikasi Perilaku

Modifikasi perilaku dapat diartikan sebagai: (1) upaya, proses, atau tindakan untuk mengubah perilaku, (2) aplikasi prinsip-prinsip belajar yang teruji secara sistematis untuk mengubah perilaku tidak adaptif menjadi perilaku adaptif, (3) penggunaan secara empiris teknik-teknik perubahan perilaku untuk memperbaiki perilaku melalui penguatan positif, penguatan negatif, dan hukuman, atau (4) usaha untuk menerapkan prinsip-prinsip proses belajar maupun prinsip-prinsip psikologi hasil eksperimen pada manusia (Sunardi, 2010:1).

b. Karakteristik Modifikasi Perilaku

Terdapat empat ciri utama modifikasi perilaku, yaitu: (1) Fokus pada perilaku, (2) Menekankan pengaruh belajar dan lingkungan, (3) Mengikuti pendekatan ilmiah, dan (4) Menggunakan metode-metode aktif dan pragmatik untuk mengubah perilaku. Fokus pada perilaku artinya menempatkan penekanan pada perilaku yang dapat diukur berdasar atas dimensi-dimensinya, seperti frekuensi, durasi, dan intensitasnya. Karena itu metode modifikasi perilaku selalu mengamati dan mengukur setiap tahap perubahan sebagai indikator dari berhasil atau tidaknya program bantuan yang diberikan (Sunardi, 2010: 1).

c. Analisis Fungsi

Spiegler & Guevremont (2010) menyatakan langkah awal dalam modifikasi perilaku disebut analisis fungsi. Dalam analisis ini informasi yang relevan dikumpulkan sesuai dengan permasalahan yang akan ditangani. Ada tiga hal yang perlu diungkap dalam analisis fungsi, yaitu faktor-faktor penyumbang terjadinya perilaku, yang "memelihara" perilaku, dan tuntutan melakukan analisis fungsi dapat digunakan formula ABC. Model ABC atas perubahan perilaku merupakan gabungan dari 3 (tiga) elemen, yaitu *antecedents*, *behaviour* dan *consequences* (ABC). Menurut para pendukung model tersebut, perilaku sebetulnya dapat diubah dengan melalui 2 (dua) cara, yaitu berdasarkan apa yang mempengaruhi perilaku sebelum terjadi (*ex-ante*) dan apa yang mempengaruhi perilaku setelah terjadi (*ex-post*).

(1) Antecedents

Antecedents dapat dideskripsikan sebagai orang, tempat, sesuatu, atau kejadian yang datang sebelum perilaku terbentuk yang dapat mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu atau berkelakuan tertentu. Menurut Isaac (2000) karakteristik utama dari *antecedents* adalah sebagai berikut:

- a. Selalu ada sebelum perilaku terbentuk
- b. Menyediakan informasi tertentu
- c. Selalu berpasangan dengan *consequences*
- d. *Consequences* yang muncul bisa jadi merupakan *antecedents*
- e. *Antecedents* tanpa diikuti *consequences* mempunyai dampak jangka pendek

(2) Behaviour

Behaviour (perilaku) merupakan segala hal yang dapat diamati dari seseorang yang melakukan aktivitas/pekerjaan.

(3) Consequences

Consequences adalah kejadian-kejadian yang mengikuti perilaku dan mengubah adanya kemungkinan perilaku akan terjadi kembali di masa datang. *Consequences* mempengaruhi perilaku dengan 2 (dua) cara, yaitu dengan meningkatkan perilaku dan mengurangi perilaku tertentu. Menurut Daniels (1989) terdapat 4 (empat) *consequences* keperilakuan, dua meningkatkan perilaku tertentu dan dua lainnya menguranginya:

1. *Consequences* yang meningkatkan perilaku tertentu:
 - a. *Positive reinforcement* (R+), misalnya memperoleh sesuatu yang diinginkan.
 - b. *Negative reinforcement* (R-), misalnya melepaskan diri atau menghindari segala sesuatu yang tidak diinginkan.
2. *Consequences* yang menurunkan perilaku tertentu:
 - a. Mendapatkan segala sesuatu yang tidak diinginkan (P+), misalnya hukuman.
 - b. Gagal untuk mendapatkan sesuatu yang diinginkan (P-), misalnya adanya punahnya (*extinction*) peluang.
3. R+ secara teknis dapat didefinisikan sebagai berbagai macam *consequences* yang kemungkinan dapat meningkatkan perilaku di masa datang dengan lebih banyak. Sementara R- merupakan *consequences* menguatkan sebuah perilaku yang mengurangi atau mengakhiri *consequences* itu sendiri.
4. Sebaliknya, P+ adalah *consequences* yang mengurangi perilaku yang mengikutinya. Sebuah hukuman, dengan demikian merupakan prosedur untuk mengurangi perilaku agar di masa datang perilaku seperti itu tidak terulang kembali. P- dapat mengurangi perilaku. Suatu pemunahan (*extinction*) dapat terjadi secara mendadak dan biasanya justru sering meningkatkan perilaku individu segera setelah *extinction* ini terjadi (Spiegler&Guevremont, 2010: 36-37).

Dalam pengukuran target perilaku ada 4 hal yang harus diukur, yakni frekuensi, durasi, intensitas, dan volume produk.

Tabel 2. Pengukuran dalam assessmen target perilaku

Tipe	Deskripsi	Contoh
Frekuensi	Banyaknya waktu perilaku terjadi	Banyaknya mengompol dalam seminggu, misal 2-3 malam
Durasi	Lamanya waktu saat perilaku terjadi, Jarak antara respon perilaku dengan <i>antecedent</i>	Mengompol 1 jam pertama setelah tertidur, 3 jam kemudian mengompol lagi
Intensitas	Kekuatan dari target perilaku	Mengompol 2 kali dalam semalam
Volume Produk	Banyaknya produk yang dihasilkan oleh perilaku tersebut.	Dalam 1 kali mengompol, mengeluarkan 100 ml air kencing

(Sumber: Spiegler&Guevremont, 2010: 54).

2. Teknik *Dry Bed Training*

Ada beberapa *treatment* yang digunakan untuk menangani anak dengan *enuresis nokturnal*. Menurut *Effective Health Care* (2003), ada beberapa *treatment* yang dapat digunakan untuk menangani anak dengan *enuresis nokturnal*, diantaranya sebagai berikut:

a. *Treatment Behavioral*

- i. Pengangkatan, mengangkat anak untuk dibawa ke kamar mandi dan mengencingkannya sebelum waktu anak kencing tanpa membangunkannya.
- ii. Membangunkan anak untuk pergi ke kamar mandi.

- iii. Sistem hadiah, memberikan bintang kepada anak setiap anak tidak mengompol dan suatu penghargaan jika bintang telah memenuhi target.
- iv. Pelatihan mengontrol kandung kemih, mencoba meningkatkan kapasitas kandung kemih dengan mengeluarkan urin sedikit.
- v. *Stop-start training*, anak diajarkan untuk menghentikan air kencingnya untuk memperkuat *pelvic floor muscles* (otot pelvis).
- vi. ***Dry Bed Training***, termasuk di dalamnya kebiasaan bangun, latihan kebersihan, *positive practice* dan *reward*.
- vii. *Enuresis Alarm*, membangunkan anak pada malam hari dengan menggunakan alarm yang dipasang di dalam celana/pakaian anak, ketika celana anak basah alarm akan berbunyi sehingga anak akan merasakan dan bangun untuk kencing.
- viii. *Over Learning*, anak diminta minum air yang banyak dan menahan air kencing untuk waktu yang agak lama. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kapasitas fungsional kandung kemih dan memperlemah reflek pengosongan.

b. *Treatment Farmakologi*

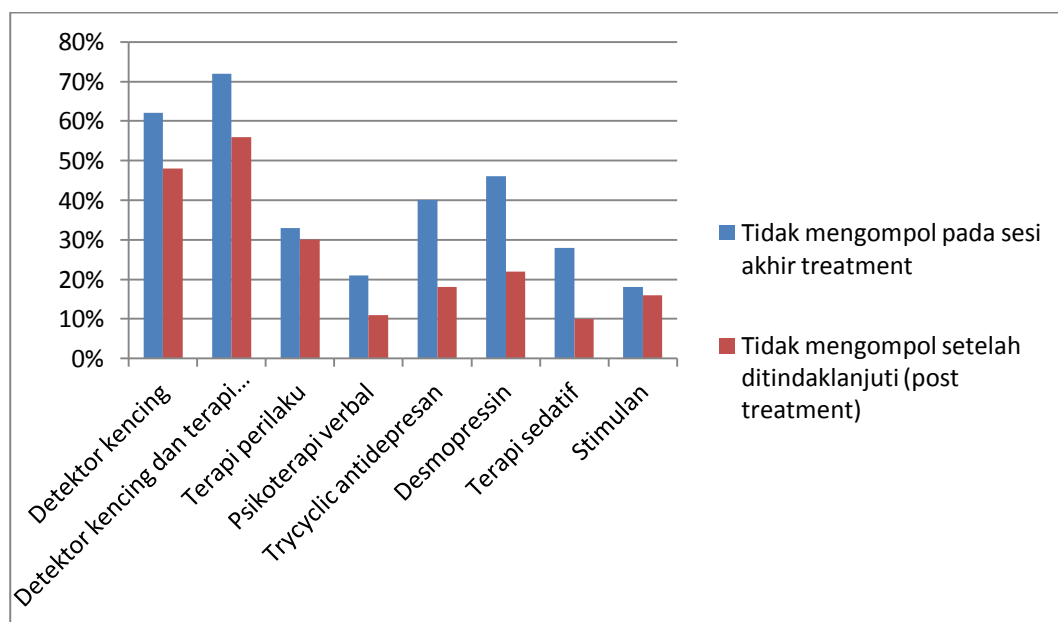
Penggunaan obat-obatan seperti desmopressin, dan obat tricyclic seperti imipramine, amitriptyline dan nortriptyline (Purwanti, 2007: 42).

a. **Treatment dengan Alarm Detektor Kencing**

Dua intervensi yang biasanya digunakan dalam menangani *enuresis nokturnal* adalah dengan penggunaan alarm detektor kencing dan

farmakoterapi. *Treatment* dengan alarm detektor kencing lebih efektif dan memiliki hasil yang dapat bertahan lama. Houts (1994) menyatakan bahwa ”*treatment* dengan alarm detektor kencing tidak selalunya dijadikan pilihan intervensi *enuresis nokturnal*, tetapi fakta dari review penggunaan *treatment* lain menyatakan bahwa penyembuhan adalah tujuan utama dari mayoritas anak dengan *enuresis nokturnal*” (Glazener, 2005: 15).

Tabel 3. Efektifitas beragam *treatment* yang berbeda untuk penanganan enuresis nokturnal



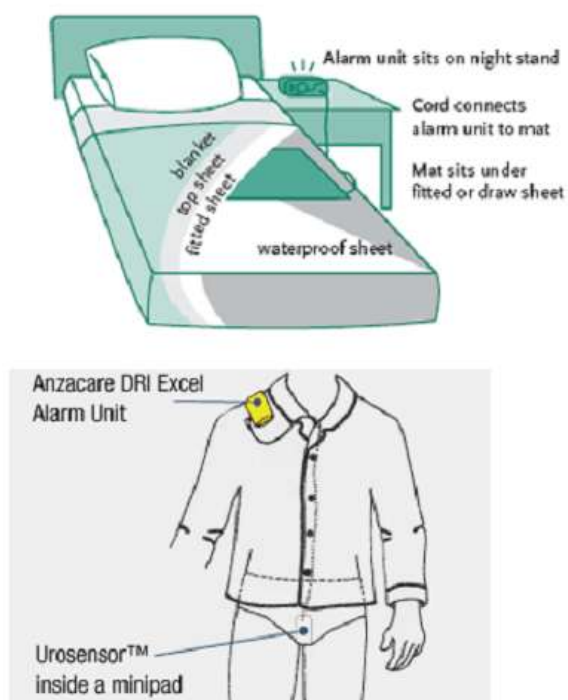
(Sumber: Von Gontard, 2010)

Alarm detektor kencing adalah sebuah alat yang mengeluarkan suara untuk membangunkan anak ketika anak mulai mengeluarkan air kencingnya. Alarm detektor kencing ini terdiri dari sebuah alarm yang ditempelkan ke tubuh anak, memiliki sirkuit kabel yang disambungkan ke

bawah alas tidur anak. Kandung kemih yang menegang (karena air kencing yang akan keluar) menjadi stimulus yang membangunkan anak. Dalam teknik kondisioning klasik, detektor kencing adalah UCS (stimulus yang tidak terkondisikan) yang membangunkan anak (UCR/respon yang tidak terkondisikan), dan ketegangan kandung kemih adalah CS (stimulus yang terkondisikan) memicu anak untuk bangun (CR/respon yang terkondisikan) (Spiegler&Guevremont, 2010: 448).

Ada dua model alarm detektor kencing, yaitu alarm yang dikenakan pada pakaian dan alarm yang diletakkan di bawah alas tidur anak. Detektor kencing yang diletakkan pada pakaian anak memiliki sensor yang tersambung dengan pakaian dalam anak. Ketika anak mengalami ketegangan karena air kencingnya keluar, maka detektor kencing yang ditempelkan pada pakaian anak akan berbunyi (Von Gontard, 2012: 15).

Gambar 2. Alarm Detektor Kencing pada Tempat Tidur dan pada Pakaian Anak (Von Gontard, 2012: 16)



b. Pengertian *Dry Bed Training*

Teknik *Dry Bed Training* pertama kali dikembangkan oleh Nathan Azrin (1974), merupakan sebuah prosedur *treatment* yang komprehensif dimana mengajarkan anak perilaku untuk menjaga tempat tidurnya tetap kering selama periode tidur malam hari (*National Clinical Guideline Centre*, 2010: 185).

Tabel 4. *Dry Bed Training* (tanpa alarm) dibandingkan dengan *Dry Bed Training* dengan alarm

Hasil	DBT tanpa alarm	DBT dengan alarm	Kemungkinan Relatif	Kualitas
Jumlah anak yang berhasil tidak mengompol selama 14 malam	7/30 (23,3%)	29/30 (96,7%)	RR 0,26 (0,14 – 0,48)	Rendah
Mean (rata-rata) mengompol per minggu pada akhir <i>treatment</i>	30	30	-	Sangat Rendah
Jumlah anak yang kembali mengompol lagi	6/15 (40%)	8/30 (26,7%)	RR 1,45 (0,59 – 3,54)	Sangat Rendah

(Sumber : *National Clinical Guideline Centre*, 2010: 187)

c. Prosedur *Dry Bed Training*

Prosedur *Dry Bed Training* terdiri dari tiga tahapan yakni: tahap I, membangunkan anak pada saat tidur malam pada jam-jam tertentu (*intensive training*); tahap II, latihan bangun untuk pergi kencing ke

kamar mandi (*positive practice*); dan tahap III, mengajarkan anak untuk bertanggung jawab terhadap kebersihan diri mereka dan tempat tidurnya dengan cara mengganti pakaian yang basah akibat mengompol dengan pakaian yang bersih dan kering serta merapikan tempat tidurnya (*cleanliness training*) (National Clinical Guideline Centre, 2010: 185).

Tahap pertama (I) dalam *Dry Bed Training* adalah *intensive training*. Orang tua membangunkan anak satu kali setiap jam hingga pukul 01.00 pagi untuk pergi ke kamar mandi sebagai latihan hari pertama dari *Dry Bed Training*. Setelah latihan hari pertama, pada keesokan malamnya anak hanya dibangunkan sekali dalam satu malam, dimana jam membangunkan anak ditentukan dalam waktu yang spesifik. Pada hari kedua, anak dibangunkan tiga jam setelah tertidur dan diantar untuk ke kamar mandi. Jika anak dalam keadaan kering atau tidak mengompol, maka pada hari ketiga anak dibangunkan dua setengah jam setelah tertidur, dan jam membangunkan anak pada hari selanjutnya dikurangi setengah jam dari waktu sebelumnya. Jika anak mengompol pada saat ia dibangunkan, maka pada hari selanjutnya anak kembali dibangunkan tiga jam setelah tertidur, mengulang kembali prosedur hari pertama (Wiley, 2007: 420).

Tahapan kedua (II) adalah *positive practice*, yaitu membangunkan anak untuk pergi ke kamar mandi. Latihan ini bertujuan untuk memberikan penguatan ke badan dan pikiran untuk menjadi terbiasa bangun dan pergi ke kamar mandi. Untuk memulainya, anak diminta untuk berbaring di tempat tidur dan berhitung hingga 50,

kemudian bangun untuk pergi ke kamar mandi. Hal ini diulang hingga 20 kali. Setelah yang kedua puluh kali, anak diminta untuk pergi tidur seperti biasanya. Jika anak mengompol, maka mereka dibangunkan dan diminta untuk mengulang latihan seperti sebelum tidur. Orang tua diharapkan untuk memberikan pengarahan kepada anak sehingga anak mengerti bahwa ia harus bisa mempraktekkan latihan bangun dan pergi ke kamar mandi setiap waktu (Wiley, 2007: 420).

Tahap ketiga (III) adalah *cleanliness training*, yaitu mengajarkan anak bahwa setelah mengompol ia harus membersihkan diri dan bertanggung jawab untuk melepas sendiri pakaiannya yang basah dan menggantinya dengan pakaian yang bersih dan kering. Hal ini bertujuan untuk mengajarkan anak bahwa ia harus memegang kontrol dan tanggung jawab terhadap dirinya sendiri. Mengganti pakaian basah dan selimut bisa terjadi beberapa kali dalam semalam jika anak terus mengompol, oleh karena itu akan sangat membantu jika anak menggunakan perlak atau alas plastik diatas tempat tidurnya (Wiley, 2007: 421).

Jika setelah tujuh hari pelaksanaan treatment anak berhasil tidak mengompol, maka dilakukan prosedur *post training supervision*, yaitu orang tua berhenti untuk membangunkan anak pada jam-jam tertentu di malam hari, agar anak bangun secara sendirinya untuk kencing, dan orang tua mengecek pada esok harinya. Jika anak masih mengompol, latihan untuk membersihkan pakaian dan tempat tidurnya sendiri tetap dilakukan oleh anak dengan bimbingan orang tua, dan prosedur *Dry Bed Training* dilakukan lagi pada malam selanjutnya. Jika anak mengompol 2

kali dalam seminggu, maka prosedur *post training supervision* dilakukan kembali (*National Clinical Guideline Centre, 2010: 187*).

d. Langkah-Langkah *Dry Bed Training* dengan Orang Tua sebagai Trainer

I. Training Day

A. Siang Hari

1. Orang tua memberikan dukungan kepada anak untuk minum minuman favoritnya, dengan tujuan untuk meningkatkan kencing.
2. Orang tua meminta anak untuk kencing setiap setengah jam.
 - a. Jika anak merasa ingin kencing, ia diminta untuk menunggu lebih lama.
 - b. Jika anak merasa harus kencing pada saat itu juga, maka ia diminta untuk bangun dari tempat tidur jika ia mengantuk, lalu turun dan pergi ke kamar mandi (orang tua dapat melakukan role-play sehingga anak paham bahwa ia juga harus melakukan hal yang sama pada saat tidur malam); jika anak mampu melakukan, maka orang tua dapat memberikan reward berupa minuman favoritnya dan pujian.
3. Orang tua memberikan pengarahan kepada anak untuk tidak mengompol.
 - a. Orang tua dan anak membahas mengenai akibat yang ditimbulkan jika mengompol.

- b. Orang tua memberikan persetujuan kepada anak bahwa reward akan diberikan setelah mampu tidak mengompol pada hari pertama dan setelah mampu memenuhi target tidak mengompol yang telah ditentukan.
- c. Anak diminta untuk menyebutkan siapa saja orang yang akan ia beritahu jika ia berhasil tidak mengompol.
- d. Anak diberikan sebuah *chart* atau table untuk diisi sendiri progress penurunan perilaku mengompolnya.

B. Satu Jam Sebelum Tidur dengan Bimbingan Orang tua

1. Orang tua memberitahukan kepada anak seluruh langkah-langkah dalam prosedur.
2. Orang tua meminta anak untuk melakukan *role play* cara membersihkan pakaian dan tempat tidur (jika nantinya anak mengompol).
 - a. Anak diminta untuk mengenakan sendiri pakaian tidurnya.
 - b. Anak diminta untuk melepaskan pakaian mereka lalu memakainya kembali.
3. Orang tua meminta anak untuk melakukan praktek dalam toileting (jika nantinya anak ingin kencing).
 - a. Anak diminta untuk berbaring di tempat tidur.
 - b. Anak diminta untuk menghitung sampai angka 50.
 - c. Anak diminta untuk kencing ke kamar mandi.
 - d. Anak diminta kembali ke tempat tidur.
 - e. Langkah a-d diulang 20kali dengan bimbingan orang tua.

C. Pada Saat Berangkat Tidur

1. Anak diminta mengulang kembali instruksi yang telah diberikan oleh orang tua mengenai poin B.
2. Anak melanjutkan minum air sebelum berangkat ke tempat tidur.
3. Orang tua berbicara kepada anak mengenai reinforce dan memberikan dukungan kepada anak agar percaya diri.
4. Orang tua bercerita dampak positif jika tidak mengompol.
5. Orang tua meminta anak untuk berdoa sebelum tidur.

D. Orang Tua Membangunkan Anak Satu Kali Setiap Jam Untuk Pergi Kencing Ke Kamar Mandi Hingga Pukul 01.00

1. Jika anak belum mengompol.
 - a. Orang tua membangunkan anak dengan sentuhan. Jika anak masih belum bangun, maka orang tua dapat membangunkan dengan sentuhan yang lebih keras.
 - b. Anak ditanya apakah ia ingin kencing.
 - i. Jika anak dapat menunggu hingga beberapa jam kemudian baru kencing.
 - (a) Orang tua memberikan pujian atas kemampuan untuk mengontrol kencingnya lebih lama.
 - (b) Anak kembali tidur.
 - ii. Jika anak ingin kencing pada saat itu juga.
 - (a) Anak pergi ke kamar mandi.
 - (b) Orang tua memberikan pujian atas kemampuannya untuk pergi ke kamar mandi.

- (c) Anak kembali tidur.
 - c. Anak merasakan pakaiannya yang kering dan diminta untuk memberikan pendapat.
 - d. Orang tua memberikan pujian kepada anak atas kemampuannya tidak mengompol.
 - e. Anak diberikan air minum.
 - f. Anak kembali tidur.
2. Jika anak sudah mengompol.
- a. Orang tua membangunkan anak dan memberitahukan bahwa ia mengompol.
 - b. Orang tua mengarahkan anak ke kamar mandi untuk menyelesaikan kencingnya.
 - c. Anak membersihkan pakaian dan tempat tidurnya sendiri.
 - i. Anak melepas pakaian yang basah dan meletakkannya di keranjang pakaian kotor.
 - ii. Anak memakai pakaian yang bersih dan kering.
 - iii. Anak menaruh selimut basah yang kotor karena ompol di keranjang pakaian kotor.
 - iv. Anak mengganti dengan selimut bersih dan kering.
 - v. Anak diingatkan bahwa prosedur tersebut perlu dilakukan kembali keesokan malamnya.
- E. Orang tua harus mengecek anak setengah jam sebelumnya daripada jam normal saat membangunkan anak pada keesokan harinya.

II. Posttraining (After Training Day)

A. Jika Tempat Tidur Anak Kering Pada Pagi Harinya

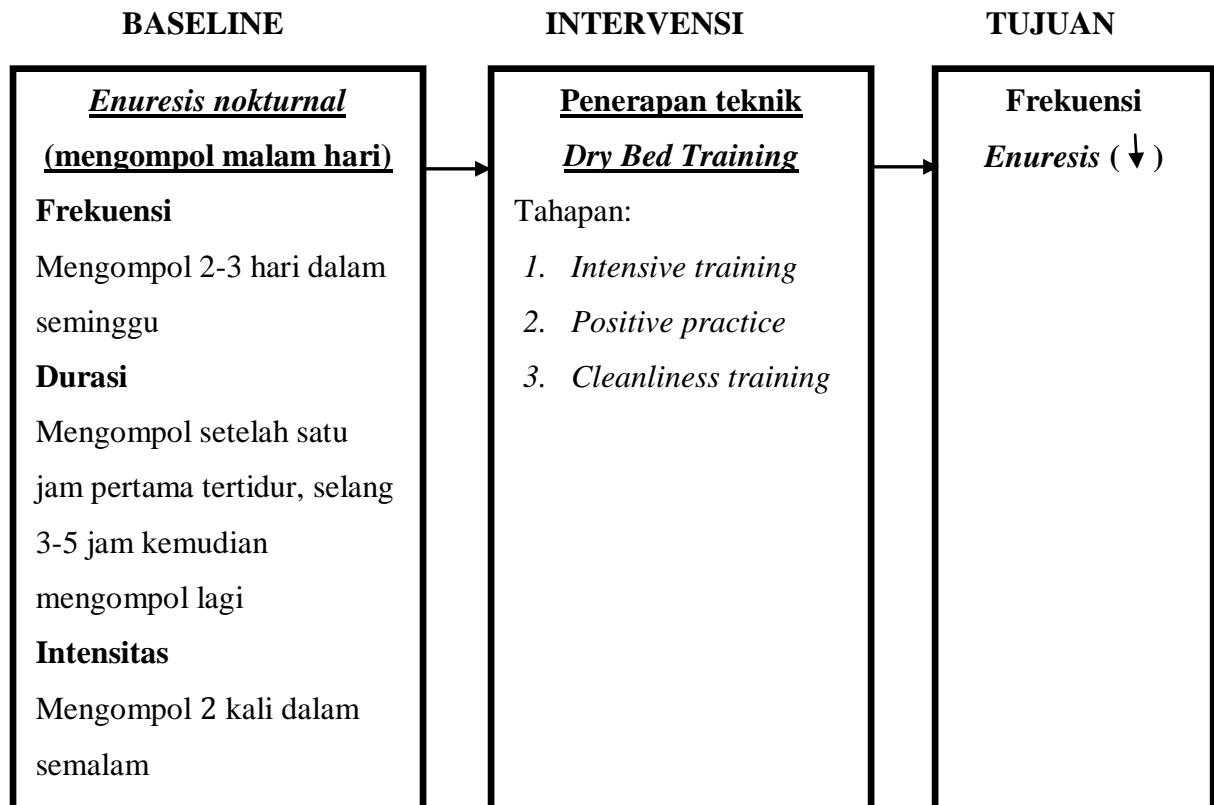
1. Orang tua mengingatkan anak setengah jam sebelum ia pergi tidur pada jam biasanya untuk latihan sehingga pada malam harinya anak mampu bangun dengan sendirinya.
2. Orang tua mengingatkan anak untuk mengisi lembar *chart* kemajuan penurunan perilaku mengompolnya yang harus diisi setiap pagi.
3. Orang tua memberitahukan kepada tamu atau kerabat yang datang ke rumah mengenai kemajuan anak dalam berusaha agar tidak mengompol.
4. Orang tua mengingatkan anak akan kemajuannya setidaknya 3 kali dalam sehari.

B. Jika Tempat Tidur Basah Pada Pagi Harinya

1. Orang tua membangunkan anak setengah jam lebih pagi, meminta ia untuk mengecek pakaiannya sendiri, dan bertanya kepada anak apa yang seharusnya ia lakukan.
2. Orang tua meminta anak untuk melepaskan pakaiannya yang basah dan merapikan tempat tidurnya.
3. Anak diingatkan untuk melakukan pelatihan positif (pergi kencing ke kamar mandi).
4. Anak diminta untuk mengisi lembar *chart* hari tersebut dan orang tua memberitahukan bahwa besok ia harus berusaha lagi untuk melakukan training tersebut.

5. Orang tua memberitahukan kepada tamu atau kerabat yang datang ke rumah mengenai kemajuan anak dalam berusaha agar tidak mengompol (Spiegler&Guevremont, 2010: 449-450).

3. Kerangka Konseptual



Gambar 3. Kerangka Konseptual Efektifitas Penerapan Teknik *Dry Bed Training* Terhadap Penurunan Frekuensi *Enuresis* Pada Anak Usia Sekolah Dasar