

ISBN : 978-602-18471-6-9

**PROSIDING**  
**KONFERENSI NASIONAL**  
**PERAN PROFESI KEBIDANAN**  
**DALAM MENINGKATKAN**  
**KESEHATAN PEREMPUAN**  
**DAN ANAK**

**Tim Penyunting:**

Sarwinanti, M.Kep., Sp.Kep.Mat

Sulistyaningsih, SKM., MH.Kes

Anjarwati, S.SiT., MPH

Menik Sri Daryanti, S.ST., M.Kes

Hanifa Andisetyana Putri, S.St., M.Kes

Luluk Rosida, S.ST., M.KM

Yuni Purwati, M.Kep

Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes



©2017, Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

**PROSIDING KONFERENSI NASIONAL  
PERAN PROFESI KEBIDANAN DALAM MENINGKATKAN  
KESEHATAN PEREMPUAN DAN ANAK**

**Tim Penyunting:**

Sarwinanti, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
Sulistyaningsih, SKM., MH.Kes  
Anjarwati, S.SiT., MPH  
Menik Sri Daryanti, S.ST., M.Kes  
Hanifa Andisetyana Putri, S.St., M.Kes  
Luluk Rosida, S.ST., M.KM  
Yuni Purwati, M.Kep  
Enny Fitriahadi, S.Si.T., M.Kes

Setting dan Layout : Tim Panitia  
Desain Cover : Tim Panitia  
Cetakan : Pertama, 18 Maret 2017  
ISBN : 978-602-18471-6-9  
Diterbitkan Oleh : Universitas Aisyiyah Yogyakarta



Jl. Ring Road Barat No. 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping  
Sleman, Yogyakarta 55292  
Telp: (0274) 4469199, Fax: (0274)4469204  
Email : [info@unisayogya.ac.id](mailto:info@unisayogya.ac.id)  
Wbsite : [www.unisayogya.ac.id](http://www.unisayogya.ac.id)

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji Syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayahNya kepada kami sehingga penyusunan Prosiding Seminar Nasional S2 Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta tahun 2017 ini dapat diselesaikan dengan lancar. Prosiding ini memuat naskah-naskah hasil penelitian yang dipresentasikan pada Seminar Nasional.

Seminar Nasional S2 Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta dengan tema *Health Technology Assessment dalam Pengelolaan HIV/AIDS pada Pelayanan Kebidanan* dan tema untuk *call for paper* adalah *Peran Profesi Kebidanan Dalam Meningkatkan Kesehatan Perempuan dan Anak yang diselenggarakan sebagai media untuk bertukar informasi dari hasil penelitian dan pengalaman ilmiah dalam bidang kesehatan*. Tujuan yang ingin dicapai dalam seminar nasional ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk memberikan landasan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan terkait penerapan *Health Technology Assessment* pada penanganan HIV/AIDS dalam kebidanan
2. Untuk mensosialisasikan upaya yang tepat dalam pengelolaan ASI pada ibu hamil dan menyusui dengan HIV/AIDS dan *evidence based* lain terkait penanganan HIV/AIDS dalam kebidanan
3. Untuk memberikan penguatan kebijakan pemerintah terkait program *Prevention Mother to Child Transmition* (PMTCT)
4. Untuk menghasilkan Policy Brief terkait upaya pengelolaan HIV/AIDS melalui pemberdayaan masyarakat kader HIV/AIDS

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, Prodi S2 Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, panitia pelaksanaan seminar nasional, dan semua pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan atas terselenggaranya seminar nasional ini. Prosiding ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami mengharapkan masukan untuk perbaikan prosiding ini di masa yang akan datang. Semoga dengan terbitnya prosiding ini akan memberikan kontribusi positif dalam perkembangan profesi kesehatan khususnya kebidanan. Selamat mengikuti seminar nasional.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Yogyakarta, Maret 2017  
Ketua Panitia  
Seminar Nasional Kebidanan 2017  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

  
Gracea Petricka, S.ST

**SAMBUTAN**  
**KETUA UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA**

*Assalamu'alaikum Wr.Wb*

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan karunia-Nya kepada kita semua. Sholawat dan salam semoga tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat dan para pengikutnya sampai akhir zaman.

Berkaitan dengan permasalahan HIV/AIDS di Indonesia yang banyak terjadi pada perempuan usia subur dan terutama pada ibu hamil yang berpotensi menularkan virus HIV kepada bayi yang dilahirkan, serta pelaksanaan program PMTCT yang belum optimal, akan mempengaruhi kualitas hidup ibu dan anak di masa yang akan datang. Sehingga untuk menanggapi permasalahan tersebut perlu dilakukan *Health Technology Assessment* melalui pengkajian terhadap program yang ada guna memberikan rekomendasi kepada pemerintah dan pihak terkait dalam mengambil kebijakan yang efektif dan efisien, untuk menurunkan progresivitas penyakit dan epidemi HIV/AIDS di Indonesia khususnya pada ibu hamil dengan mempertimbangkan berbagai aspek baik etikolegal dan sosiokultural.

Menyikapi kondisi tersebut, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta merasa perlu menyelenggarakan Seminar Nasional untuk membahas permasalahan HIV/AIDS yang dilakukan perguruan tinggi untuk mencapai pengembangan pendidikan ke arah pendidikan yang humanistik, untuk tema prosiding ini adalah Peran Profesi Kebidanan Dalam Meningkatkan Kesehatan Perempuan dan Anak dengan output yang diharapkan adalah untuk mensejahterakan kesehatan perempuan dan anak di Indonesia.

Selanjutnya kami atas nama Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-setingginya kepada para Pembicara, pemakalah dan peserta yang telah mensukseskan acara Seminar Nasional Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

*Wassalamualaikum Wr.Wb*

Yogyakarta, 16 Maret 2017  
Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta,

Warsiti, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b> .....	i
<b>Kata Pengantar</b> .....	iii
<b>Sambutan Rektor Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta</b> .....	iv
<b>Daftar Isi</b> .....	v
<b>Nila Qurniasih, Djaswadi Dasuki, Asri Hidayat</b> Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Di Puskesmas Kota Yogyakarta 2016.....	1
<b>Piscolia Dynamurti Wintoro’ Djaswadi Dasuki, Endang Koni Suryaningsih</b> Input Sistem Rujukan Pada Kasus Perdarahan Post Partum Oleh Bidan Desa Di Wilayah Puskesmas Bayat.....	9
<b>Erien Luthfia, Yanti, Warsiti</b> Studi Fenomenologi: Pengalaman Pemberian Makan Keluarga Positive Deviance Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita Di Puskesmas Ngumpakdalem Kabupaten Bojonegoro .....	19
<b>Intan Mutiara Putri, Djaswadi Dasuki, Evi Nurhidayati</b> Karakteristik Wanita Beresiko Kanker Payudara Dan Sadari Di Kecamatan Tegalrejo Kota Yogyakarta Tahun 2016 .....	27
<b>Siskha Maya Herlina, Mohammad hakimi, Dhesi Ari Astuti</b> Analisi Komponen Proses Dalam Pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi) Di Puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta .....	37
<b>Rista Novitasari, Yanti, Mei Muhartati</b> Analisis Pemenuhan Kompetensi Teknis Dalam ANC Terpadu Di Puskemas Imogiri 1 Bantul .....	47
<b>Nova Elok Mardliyana, Abkar Raden, Umu Hani E.N</b> Hubungan Persiapan Persalinan Dengan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Di Bidan Praktik Mandiri Wilayah Kota Surabaya .....	59
<b>Evi Wahyuntari, Mochammad Hakimi, Ismarwati</b> Dukungan Sosial Pada Ibu Postpartum Di RS KIA Sadewa .....	65
<b>Anis Eka Pratiwi, Moh Anwar, Herlin Fitriana</b> Pengaruh Back Massage Terhadap Maternal Depressive Symptoms Pada Ibu Postpartum .....	75
<b>Heni Purwanti, Hanny Rono, Farida Kartini</b> Hubungan Status Gizi Ibu Hamil Dengan Brith Weight Di Uptd Puskesmas Tiron Kecamatan Banyakan Kabupaten Kediri Jawa Timur .....	83

<b>Hestri Norhapifah, Moh. Anwar, Farida Kartini</b> Pengaruh Posisi Bersalin Lateral Dan Setengah Duduk Terhadap Ruptur Perineum Pada Kala II .....	93
<b>Inge Anggi Anggarini</b> Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Maternal Depressive Symptoms .....	99
<b>Tri Hastuti, Djaswadi Dasuki, Dhesi Ari Astuti</b> Gambaran Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Antiretro Viral (ARV) Pada Ibu Rumah Tangga Dengan HIV AIDS Di Rumah Sakit Umum Kabupaten Merauke. ....	109
<b>Hayun Manudyaning Susilo, Hanny Rono Sulisty, Anjarwati</b> Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester III .....	119
<b>Rizky Nikmathul, Moh. Hakimi, Mei Muhartati</b> Hubungan Sikap Ibu Dengan Penggunaan Pengobatan Alternatif Dan Komplementer Selama Kehamilan Di RSIA Sakina Idaman Sleman .....	129
<b>Fatmah Zakaria, Hanny Rono, Farida Kartini</b> Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Media Audiovisual Terhadap Pengetahuan Ibu Tentang Inisiasi Menyusu Dini Di Kota Yogyakarta .....	141
<b>Ana Pujianti Harahap, Djauhar Ismail, Mufdlilah</b> Hubungan Pengetahuan Dengan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta .....	153
<b>Nuli Nuryanti Zulala, Mei Neni Sitaresmi, Sulistyaningsih</b> Kejadian Hipotermi Pada Bayi Baru Lahir.....	161
<b>Catur Esty Pamungkas, Djauhar Ismail, Fitria Siswi Utami</b> Usia Ibu Saat Hamil Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga Kabupaten Lombok Utara .....	173
<b>Aulia Amini, Djauhar Ismail, Dewi Rokhanawati</b> Berat Badan Lahir Rendah Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12-59 Bulan Di Kabupaten Lombok Utara .....	183
<b>Nur Hidayatul A, Moh Hakimi, Anjarwati</b> Hubungan Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) Dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Trimester III.....	193
<b>Nurul Mahmudah, Djaswadi Dasuki, Herlin Fitriani K</b> Persepsi Perempuan Pekerja Seks Terhadap Manfaat Voluntary Counseling And Testing HIV Di Yogyakarta Tahun 2016 .....	201

<b>Tutik Iswanti, R. Detty Siti Nurdiati, Herlin Fitriana K</b> Pengetahuan Bidan Praktik Mandiri Terhadap Pelaksanaan Universal Precaution Pada Pertolongan Persalinan Di Wilayah Kota Tangerang Selatan .....	209
<b>Rusfita Retna, Hanny Rono, Umu Hani E.N</b> Persepsi Ibu Bersalin Terhadap Murottal Al-Qur'an Dalam Menurunkan Nyeri Persalinan ....	217
<b>Tiara Pratiwi, Sri Handayani, Yuli Isnaeni</b> Pencapaian Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SN-PKPR) Di Puskesmas Kota Palembang .....	231
<b>Ellyda Rizki Wijhati, Purnomo Suryantoro, Dewi Rokhanawati</b> Analisis Pemanfaatan Buku KIA Oleh Ibu Baduta Di Puskesmas Kota Yogyakarta ...	243
<b>Agustin Endriyani, Djaswadi Dasuki, Retno Mawarti</b> Hambatan Pelaksanaan Program Skrining Kanker Serviks Di Desa Margoagung Seyegan.....	253
<b>Fibrinika Tuta Setiani, Sri Handayani, Warsiti</b> Studi Fenomenologi : Dampak Kekerasan Seksual Pada Anak Perempuan Di Kabupaten Wonosobo .....	269
<b>Nurfaizah Alza, Detty Siti Nurdiati, Ismarwati</b> Pengaruh Frekuensi Yoga Terhadap Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Di Puskesmas wilayah Kota Yogyakarta .....	277
<b>Andi Kasrida Dahlan, Wiwik Kusumawati, Retno Mawarti</b> Pengalaman Ibu Dalam Pelaksanaan <i>Kangaroo Mother Care</i> Pada Bayi Berat Lahir Rendah Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan .....	285
<b>Khulul Azmi, Ova Emilia, Herlin Fitriani</b> Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Terhadap Depresi Postpartum Di Pontianak Kalimantan Barat.....	299
<b>Elika Puspitasari, Mohammad Hakimi, Evi Nur Hidayati</b> Hubungan Kualitas Pelayanan Dengan Kunjungan <i>Antenatal Care</i> Di Puskesmas Pundong Bantul .....	307
<b>Domas Nurchandra Pramudianti, Abkar Raden, Endang Koni Suryaningsih</b> Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan <i>Parenting Self-Efficacy</i> Pada Periode Awal Masa Nifas Pada Ibu Pasca <i>Sectio Caesarea</i> Di Rumah Sakit Wilayah Klaten .....	313
<b>Yosi Arum Ariningtyas, Purnomo Suryantoro, Muftulillah</b> Gambaran Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kebidanan Di Era BPJS Kesehatan .....	323

<b>Eti Sulastrri, Mohammad Hakimi, Ismarwati</b> Pengaruh Pemberian Konseling Terhadap Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Di Klinik Bersalin Restu Bunda Gombang .....	333
<b>Wulandari, Mei Neni Sitaresmi, Sulistyaningsih</b> Kualitas Stimulasi Orang Tua Pada Perkembangan Anak Gemuk Usia 2-5 Tahun.....	345
<b>Vitria Komala Sari, Wiwik Kusumawati, Herlin Fitriana</b> Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Primigravida Trimester III Di Puskesmas Kota Bukittinggi 2016.....	357
<b>Nurlina</b> Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Wanita Menopause Di Pedukuhan Cambahan Wilayah Kerja.....	363
<b>Pratika Wahyuhidaya, Djaswadi Dasuki, Dhesi Ari Astuti</b> Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah Di RSUD Wates .....	371
<b>Sherkia Ichtiasi Prakasiwi, Moh. Anwar, Yuli Isnaeni</b> Tingkat Nyeri Dismenore Pada Santri Putri Di Pondok Pesantren Wilayah Sleman Yogyakarta.....	377
<b>Luh Ayu Purnami,</b> Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Deteksi Dini Kegawatdaruratan Maternal Terhadap Motivasi Ibu Hamil Dalam Melakukan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Puskesmas Kubutambahan .....	383
<b>Ni Putu Sumiarsih, Putu Irma Pratiwi, Dina Sulviana Damayanti</b> Efektifitas Penyuluhan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Remaja Putri Tentang Kehamilan Pada Usia Dini Di SMP Budhi Luhur Sudaji Kecamatan Sawan Kabupaten Buleleng .....	389
<b>Farida Kartini</b> Pemberian Uterotonika Dan Lama Masa Nifas .....	401
<b>Fela Fastabiq Sofia Haq, Ova Emilia, Muftlilah</b> Pengaruh Program Osoc (One Student One Client) Terhadap Pengetahuan Mahasiswa Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan .....	411



# FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP INTENSITAS NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF DI PUSKESMAS KOTA YOGYAKARTA 2016

Nila Qurniasih, Djaswadi Dasuki Asri Hidayat  
email: [qurniasih\\_nila@yahoo.co.id](mailto:qurniasih_nila@yahoo.co.id)

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Nyeri persalinan terjadi akibat respon aktivasi simpatis yang berlebihan terhadap kontraksi reguler sehingga menyebabkan iskemia rahim. Nyeri persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya fisik, psikologi, kepribadian, sosial budaya, dan lingkungan. **Tujuan** Penelitian ini adalah menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap nyeri persalinan kala I fase aktif. **Metode** Penelitian dengan menggunakan korelasi *cross sectional* dengan populasi: meliputi seluruh ibu bersalin di Puskesmas kota Yogyakarta, subyek penelitian melibatkan 70 responden yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi eksklusif. Pengukuran variabel bebas menggunakan kuesioner, pengukuran variabel terikat menggunakan NRS. Analisis data menggunakan *Chi Square* pada tingkat kepercayaan 95%. **Hasil** analisis penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel usia, pendidikan, pekerjaan, kehadiran suami, paritas, persiapan persalinan, dan pemeriksaan *antenatal* dengan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif dengan masing-masing *p value* (0,68, 0,82, 0,27, 1,00, 0,40, 0,54, 1,00). **Simpulan** penelitian ini faktor usia, pendidikan, pekerjaan, kehadiran suami, paritas, persiapan persalinan, dan pemeriksaan *antenatal* tidak berpengaruh terhadap intensitas nyeri persalinan.

**Kunci:** persalinan, kala I, nyeri persalinan, NRS (*Numeric Rating Scale*)

## PENDAHULUAN

Nyeri persalinan disebabkan karena adanya kontraksi secara terus menerus sehingga mengakibatkan berkurangnya pasokan aliran darah dan oksigen lokal di dalam rahim (Lowe, 2002). Nyeri persalinan pada kala I secara fisiologis diakibatkan oleh aktivitas otot polos dan viseral serta peningkatan aktivitas kerja simpatis yang berlebihan pada tubuh (Mander, 2004).

Nyeri persalinan berpotensi menyebabkan ketidaknyamanan bagi ibu selama proses persalinan. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa saat ini nyeri tidak hanya dikaitkan dengan aspek kesakitan fisik namun juga melibatkan aspek psikologi serta sosial yang meliputi faktor kepribadian, sikap, keyakinan, kemampuan dalam mengatasi penyakit, harapan terhadap masalah yang dihadapi serta peran petugas kesehatan. Faktor-faktor tersebut secara tidak langsung dapat mempengaruhi respon dan ekspresi nyeri seseorang selama proses persalinan. Nyeri selama persalinan digambarkan melalui

penurunan aktivitas fisik dan penurunan fungsi otot pada beberapa organ dan jaringan (Yadollahi et al., 2013).

Setiap individu memiliki sikap yang berbeda-beda dalam menyikapi dan mengatasi nyeri persalinan. Kondisi sosial seperti usia, pendidikan, dan pekerjaan, memiliki pengaruh terhadap sikap seseorang dalam mempersiapkan persalinan. Kesiapan fisik dan psikologis selama persalinan membantu individu dalam mengurangi intensitas nyeri dengan meningkatkan mekanisme kerja parasimpatis vagus bermielin terutama pada pengaturan hubungan sosial (social engagement) (Porges, 2013).

Yadollahi (2013), mengemukakan bahwa kondisi lain seperti kebiasaan dalam menghadapi penyakit, pengalaman negatif saat bersalin, jumlah anak (paritas), keterbukaan dalam menerima suatu masalah, latar belakang budaya, status perkawinan, dukungan keluarga, peran petugas kesehatan (pemeriksaan ANC), serta penggunaan medikasi juga berkontribusi terhadap intensitas nyeri persalinan.

Ebirim (2012) menyebutkan 95% ibu yang bersalin dilaporkan mengalami nyeri normal, sedangkan ibu yang bersalin secara sectio caesarea dilaporkan hampir 70% mengalami nyeri akut atau kronik. Pengalaman dan sikap negatif mengenai nyeri khususnya nyeri persalinan berkontribusi terhadap ketakutan alami selama persalinan. Kondisi tersebut selanjutnya mendorong seseorang untuk memilih persalinan caesar (SC). World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa insiden SC meningkat 10-15%, di Iran hasil uji statistik menunjukkan angka kejadian SC sebanyak 40% dan hanya 13% kejadian SC yang dilakukan atas indikasi.

Berbagai tindakan dilakukan individu untuk mengendalikan nyeri persalinan baik dari segi farmakologi maupun non farmakologi. Pemakaian medikasi farmakologi obat-obatan (anastesi dan analgesi) serta penggunaan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi, teknik pernapasan, posisi yang nyaman, masase, hidroterapi, kompres panas dingin, music, hypnobirthing membantu memberikan rasa nyaman selama persalinan yang kemudian berperan dalam meringankan nyeri (Labor & Maguire, 2008).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi observasional dimana variabel bebas meliputi variabel usia, pendidikan, pekerjaan, kehadiran suami, paritas, persiapan persalinan, dan pemeriksaan antenatal, sedangkan variabel terikat adalah intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Populasi dalam penelitian ini meliputi seluruh ibu bersalin yang berada di puskesmas kota Yogyakarta. Subyek penelitian ini berjumlah 70 responden yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi meliputi ibu bersalin normal, kehamilan aterm, janin tunggal, kondisi ibu dan janin normal, Pembukaan servik 4-7 cm. Kriteria eksklusi meliputi ibu yang memiliki kelainan psikologis dan kognitif, partus presipitatus, ibu yang sedang dalam pemberian obat anastesi, analgesik, atau induksi, kehamilan premature, dan kondisi gawat janin.

Subyek penelitian dikumpulkan secara purposive sampling dari bulan November-Desember 2016. Pengumpulan data variabel bebas diperoleh melalui kuesioner dan regiter buku KIA atau rekam medis meliputi data demografi dan karakteristik, sedangkan variabel terikat intensitas nyeri diukur menggunakan lembar observasi NRS (Numeric Rating Scale). Validitas dan reliabilitas NRS diperoleh dari penelitian terdahulu oleh Sheoran and Panchal (2015) melalui uji Cohen's Kappa interater reability dengan nilai  $r = 0,69$ . Ekspresi nyeri diukur melalui 10 skala dan dikelompokkan menjadi dua katagori yaitu nyeri sedang pada skala 0-6 dan nyeri berat pada skala 7-10 atau lebih.

Data dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan software statistik SPSS versi 22. Hasil analisis meliputi presentase, frekuensi dan hubungan yang ditunjukkan dengan korelasi person Chi Square. Peneliti menggunakan regresi logistik untuk melihat variabel bebas yang berpengaruh sebagai prediktor terhadap variabel terikat intensitas nyeri persalinan. Tingkat signifikansi yang digunakan dalam penelitian ini adalah  $p < 0,05$ .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Variabel	Frekuensi	n (%)	Total
<b>Usia</b>			
< 20	7	10%	100
20-35	53	75,7%	
> 35	10	14,3%	

<b>Pendidikan</b>			
SD	8	11,4%	100
SMP	11	15,7%	
SMA	38	54,3%	
PT	13	18,6%	
<b>Pekerjaan</b>			
IRT	51	72,9%	100
Swasta	17	24,3%	
PNS	2	2,9%	
<b>Paritas</b>			
Primi	46	65,7%	100
Multi	24	34,3%	
<b>Kehadiran Suami</b>			
Hadir	6	8,6%	100
Tidak hadir	64	91,4%	
<b>Persiapan persalinan</b>			
Memiliki	23	32,9%	100
Tidak memiliki	47	67,1%	
<b>Pemeriksaan ANC</b>			
< 4 kali	68	97,1%	100
≥ 4 kali	2	2,9%	

Tabel 1 menunjukkan hasil penelitian karakteristik responden terbanyak berdasarkan usia adalah usia 30-35 tahun yaitu 75,7%, karakteristik terbanyak berdasarkan pendidikan adalah SMA yaitu 54,3%, kemudian karakteristik terbanyak berdasarkan pekerjaan adalah ibu rumah tangga (IRT) yaitu 72,9%, selanjutnya karakteristik terbanyak berdasarkan paritas adalah ibu bersalin primi yaitu 65,7%. Tabel tersebut juga menunjukkan jika sebagian besar responden tidak memiliki persiapan persalinan yaitu 67,1%, namun sebagian responden telah melakukan pemeriksaan persalinan lebih dari 4 kali yaitu 97,1%.

Tabel 2 uji Chi Square antara variabel usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan kehadiran suami terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif

Variabel	Intensitas nyeri persalinan				Jumlah n (%)	$\chi$	P value	RR	95% CI
	Sedang		Berat						
	N	%	%						
<b>Usia</b>									
< 20	4	57,1	3	42,9	7 (100)	0,77	0,68	-	-
20-35	22	41,5	31	58,5	53 (100)				
> 35	5	50,0	5	50,0	10 (100)				
<b>Pendidikan</b>									
SD	4	50,0	4	50,0	8 (100)	0,94	0,82	-	-
SMP	4	36,4	7	63,6	11 (100)				
SMA	16	42,1	22	57,9	38 (100)				
PT	7	53,8	6	46,2	13 (100)				
<b>Pekerjaan</b>									
IRT	22	43,1	29	56,9	51 (100)	2,61	0,27	-	-
Swasta	7	41,2	10	58,8	17 (100)				
PNS	2	100	0	0,00	2 (100)				

<b>Paritas</b>									
Primi	22	47,8	24	52,2	46 (100)	0,68	0,41	1,5	0,56- 4,2
Multi	9	37,5	15	62,5	24 (100)				
<b>Kehadiran suami</b>									
Hadir	3	50	3	50	6 (100)	0,09	1,00	1,2	0,24-6,9
Tidak hadir	28	43,7	36	56,3	64 (100)				
<b>Persiapan persalinan</b>									
Memiliki	9	39,1	14	60,9	23 (100)	0,37	0,54	0,7	0,2-2,0
Tidak memiliki	22	46,8	25	53,2	47 (100)				
<b>Pemeriksaan ANC</b>									
< 4 kali	30	44,1	38	55,9	68 (100)	0,27	1,00	0,8	0,4-13,1
≥ 4 kali	1	50	1	50	2 (100)				

\*signifikan  $p < 0,05$

Hasil analisis penelitian didapatkan hasil analisis korelasi uji Chi Square menunjukkan masing-masing pengukuran memiliki  $p$  value  $< 0,05$ . Hasil analisis usia dengan intensitas nyeri menunjukkan nilai  $p$  value = 0,68, analisis pendidikan dengan intensitas nyeri menunjukkan nilai  $p$  value = 0,82, analisis pekerjaan dengan intensitas nyeri persalinan menunjukkan nilai  $p$  value = 0,27, analisis kehadiran suami dengan intensitas nyeri persalinan menunjukkan nilai  $p$  value = 1,00, analisis paritas dengan intensitas nyeri persalinan menunjukkan nilai  $p$  value = 0,40, analisis persiapan persalinan dengan intensitas nyeri persalinan menunjukkan nilai  $p$  value = 0,54, dan analisis pemeriksaan antenatal dengan intensitas nyeri persalinan menunjukkan nilai  $p$  value = 1,00. Berdasarkan hasil tersebut sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas usia, pendidikan, pekerjaan, kehadiran suami, paritas, persiapan persalinan, dan pemeriksaan antenatal dengan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari semua faktor yang diteliti (usia, pendidikan, pekerjaan, kehadiran suami, paritas, persiapan persalinan, dan pemeriksaan antenatal) tidak memiliki pengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan, meskipun secara teori bahwa variabel tersebut memiliki pengaruh terhadap intensitas nyeri persalinan. Variabel usia, pendidikan, pekerjaan, dan dukungan suami tidak berpengaruh terhadap intensitas nyeri, hal ini terjadi karena berbagai faktor dapat mempengaruhi nyeri persalinan baik dari segi fisik, psikis, sosial maupun lingkungan (Yadollahi et.al., 2013).

Usia tidak berhubungan dengan nyeri persalinan hal ini berkaitan dengan kesiapan individu dalam menghadapi persalinan. kesiapan fisik dan mental memegang peranan penting dalam membentuk sikap positif selama persalinan, selain itu faktor lain seperti dukungan keluarga, latar belakang budaya dan peran petugas kesehatan juga berkontribusi dalam mempengaruhi nyeri persalinan. Usia yang terlalu muda saat melahirkan berpengaruh terhadap kematangan anatomi panggul. Perkembangan anatomi panggul yang tidak sempurna berpengaruh terhadap kelancaran saat janin melewati jalan lahir (Ebirim et al. 2012).

Paritas tidak berpengaruh terhadap nyeri persalinan. Ibu primipara memiliki tingkat nyeri lebih besar dari ibu multipara, hal ini karena ibu primipara tidak memiliki pengalaman mengenai rasa nyeri sebelumnya, sehingga meningkatkan kecemasan dan stres yang selanjutnya meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri, sebaliknya ibu multipara memiliki tingkat nyeri persalinan yang lebih besar, hal ini bisa terjadi pada ibu multipara yang memiliki pengalaman negatif mengenai nyeri persalinan sebelumnya, atau pada ibu yang memiliki ukuran janin lebih besar sehingga mempengaruhi presentasi janin (Yadollahi et,al., 2013).

Persiapan persalinan seperti (kelas ibu hamil, senam hamil, yoga, dan hypnobirthing) tidak berpengaruh terhadap nyeri persalinan. Hal ini dipengaruhi oleh bentuk persiapan yang dilakukan, frekuensi dan durasi dalam menjalankan kegiatan tersebut. Latihan fisik seperti senam ibu hamil, yoga dan hypnobirthing akan membantu pengeluaran hormon bahagia (endorphin) apabila dilakukan secara teratur dengan frekuensi dan durasi tertentu (Ebirim et al. 2012).

Berdasarkan hasil wawancara terhadap beberapa responden mengenai kesiapan persalinan, beberapa responden mengatakan melakukan kegiatan seperti kelas ibu hamil, senam hamil, kelas yoga di puskesmas, sebagian lain tidak mengikuti kegiatan tersebut karena tidak tersedia di puskesmas setempat. Sebagian responden mengatakan tidak mengikuti kelas ibu hamil dan senam hamil dengan alasan bekerja sehingga tidak terpapar informasi mengenai kegiatan tersebut. Beberapa responden yang memiliki persiapan persalinan mengatakan kegiatan kelas ibu hamil, senam hamil, yoga dan hypnobirthing selama ini tidak dilaksanakan secara rutin, beberapa kegiatan seperti yoga dan senam hamil dilakukan tanpa didampingi oleh tenaga kesehatan. Beberapa

responden mengatakan sebagian informasi mengenai persiapan persalinan didapatkan melalui media sosial seperti internet, facebook, youtube dan media sosial lain.

Pemeriksaan ANC tidak memiliki hubungan dengan penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Secara teori pemeriksaan antenatal merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif, namun keberhasilan ANC dalam membantu mempersiapkan persalinan bergantung pada kualitas pelayanan ANC Ebirim et al. (2012). Komunikasi yang baik dan kualitas informasi serta interaksi DYADIC antara petugas kesehatan dan klien sangat menentukan keberhasilan dalam menciptakan kondisi psikologis yang baik sebelum dan selama masa persalinan (Ebirim et al.,2012).

Berdasarkan hasil wawancara dalam penelitian ini responden mengatakan bahwa pemeriksaan ANC dilakukan setiap bulan sesuai jadwal kunjungan yang sudah ditetapkan petugas kesehatan. Selama pemeriksaan pasien mendapatkan pemeriksaan ANC, konseling dan diberikan multivitamin. Rata-rata responden mengatakan informasi yang didapatkan dari petugas kesehatan terbatas pada keluhan dan tanda bahaya kehamilan. Responden mengatakan tidak banyak mendapatkan informasi mengenai kegiatan persiapan persalinan seperti kelas ibu hamil, senam hamil, yoga dan hypnobirthing, maupun tehknik untuk mengelola nyeri persalinan kala I fase aktif.

Secara teori variabel persiapan persalinan, paritas dan pemeriksaan ANC berpengaruh langsung terhadap intensitas nyeri persalinan, namun faktor tersebut bergantung dengan bentuk kegiatan, keseringan (frekuensi), dan durasi kegiatan. Keberhasilan kegiatan tersebut juga tidak terlepas dari kualitas trainer (pelatih, pemateri, narasumber) dan tingkat kemauan dan kefokusannya peserta selama mengikuti kegiatan. Beberapa faktor lain juga perlu dipertimbangkan sebagai pengaruh persepsi nyeri persalinan (Ebirim, et.,al 2012). Sikap dan kepribadian (personality trait) seseorang sehari-hari dalam menyikapi masalah memiliki kontribusi yang besar dalam menciptakan persepsi nyeri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada korelasi positif antara sifat kepribadian positif dengan tingkat sensitivitas nyeri. Ibu yang memiliki keyakinan dan keterbukaan terhadap suatu masalah memiliki tingkat sensory yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang cenderung introvert (tertutup) dan selalu diselubungi kegelisahan.

## **KESIMPULAN**

Hasil penelitian didapatkan bahwa faktor usia, pendidikan, pekerjaan, kehadiran suami, paritas, persiapan persalinan, dan pemeriksaan antenatal tidak berpengaruh terhadap intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

## **SARAN**

Peran petugas kesehatan sangat penting dalam mengelola dan mengendalikan nyeri agar tidak menjadi hal yang tidak nyaman bagi ibu. Perlu adanya kerjasama antara petugas kesehatan dan klien untuk membentuk kesehatan fisik dan mental yang baik dalam mengelola nyeri persalinan dalam suatu kegiatan misalnya kelas ibu hamil, kelas yoga, kelas hypno dan kelas senam hamil.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ebirim, L.N., Buowari, O.Y. and Ghosh, S. (2012) Physical and Psychological Aspects of Pain in Obstetrics, <http://dx.doi.org/10.5772/53923>.
- Labor, S. and Maguire, S. (2008) The Pain of Labour, 15–19.
- Mander, R. (2004) *Nyeri Persalinan Alih Bahasa*, Jakarta : EGC
- Porges (2012). Window of Affect Tolerance Reflections on Childhood Distress, Procedural Learned Tendencies, and the Therapeutic Dyad [Based On Ogden].
- Yadollahi, P., Khormaie, F. and Makvandi, S. 2013. Original Article The Relationship between Personality Traits and Labor Pain Intensity, *IJCBNM*, 1(4) 224–229.



# INPUT SISTEM RUJUKAN PADA KASUS PERDARAHAN POST PARTUM OLEH BIDAN DESA

Piscolia Dynamurti Wintoro, Djaswadi, Endang Koni Suryaningsih  
email: [dynamurtiwintoro91@gmail.com](mailto:dynamurtiwintoro91@gmail.com)

## ABSTRAK

Perdarahan post partum merupakan penyebab utama dari hampir seperempat kematian ibu secara global. Sistem rujukan merupakan komponen vital dalam menyukseskan program persalinan. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan input sistem rujukan pada kasus perdarahan post partum oleh Bidan Desa di wilayah kerja Puskesmas Bayat, Klaten April 2016 sampai dengan Januari 2017. Jenis penelitian kualitatif desain deskriptif fenomenologi. Informan utama Bidan Desa. Pengumpulan informasi melalui wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi. Hasil penelitian ini menggali informasi berupa input sistem rujukan yang meliputi SDM, sarana-prasarana, SOP dan kebijakan. Seluruh informan memiliki latar belakang pendidikan diploma tiga kebidanan namun seluruhnya belum pernah mengikuti pelatihan PPGDON karena penerapan sistem bergilir. Sarana prasarana untuk pertolongan perdarahan post partum dan rujukan sudah lengkap, dan semua informan memiliki *emergency kit*. SOP pertolongan pasien dengan perdarahan post partum primer sudah dilaksanakan dengan tepat. Terdapat kebijakan yang mengatur bahwa seluruh RS rujukan tidak boleh menolak pasien rujukan *emergency*. Simpulan penelitian ini adalah input sistem rujukan pada kasus perdarahan post partum primer oleh Bidan Desa sudah cukup baik, namun seluruh Bidan Desa perlu untuk mengikuti pelatihan PPGDON tanpa digilir.

**Kata Kunci** : input sistem rujukan, perdarahan post partum

## PENDAHULUAN

Perdarahan post partum adalah penyebab utama kematian ibu di negara berpenghasilan rendah dan penyebab utama dari hampir seperempat dari semua kematian ibu secara global. Walaupun seorang perempuan bertahan hidup setelah mengalami perdarahan pasca persalinan, namun selanjutnya akan mengalami kekurangan darah yang berat (anemia berat) dan akan mengalami masalah kesehatan yang berkepanjangan.

Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menyebutkan angka kematian ibu di Indonesia tahun 2015 sebanyak 305 per 100.000 kelahiran hidup. Data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2015 menyebutkan Angka Kematian Ibu Provinsi Jawa Tengah tahun 2015 berdasarkan laporan dari kabupaten/ kota sebesar 111,16/100.000 kelahiran hidup. Data Profil Kesehatan Kabupaten Klaten tahun 2015 menyebutkan bahwa pada tahun 2015 Angka Kematian Ibu di Kabupaten Klaten sejumlah 15, terdiri dari 2 kematian ibu hamil dan 13 kematian ibu nifas yang

disebabkan oleh perdarahan (5 kasus), pre eklamsi (3 kasus), gangguan sistem peredaran darah (4 kasus), lain-lain/ileus dan kanker (3 kasus). Data Puskesmas Bayat menyebutkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 3 kematian ibu di wilayah Kecamatan Bayat. Angka ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2014 yang hanya terdapat 1 kematian ibu. Dari 3 kematian maternal ini penyebabnya adalah 1 kematian disebabkan perdarahan, 1 kematian disebabkan oleh aspirasi dan 1 kematian disebabkan oleh Pre Eklamsi Berat.

Bidan di desa dan Polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil atau ibu bersalin dan ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader maupun masyarakat. Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal, bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada Puskesmas, Puskesmas Poned dan Rumah Sakit Ponek sesuai dengan tingkat pelayanan yang sesuai.

Kewenangan Bidan Desa dalam praktiknya sesuai dengan yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Kewenangan bidan sesuai dengan pasal 10 ayat 1, 2 dan 3 yaitu memberikan pelayanan kesehatan ibu pada masa persalinan dan nifas normal serta berwenang untuk melakukan penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala III dan post partum serta menangani kegawatdaruratan (misalnya kompresi bimanual dan eksplorasi) dan dilanjutkan dengan perujukan.

Sistem rujukan merupakan komponen vital dalam menyukseskan program persalinan. Di daerah dengan akses terbatas untuk memperoleh perawatan petugas medis, transportasi, dan pelayanan gawat darurat akan menyebabkan terjadinya keterlambatan penanganan sehingga risiko kematian ibu akan meningkat. Kualitas pelayanan rujukan kebidanan tidak bisa terlepas dari sistem rujukan yang dilaksanakan oleh Bidan Desa sebagai pos pelayanan terdepan di masyarakat.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain dekriptif fenomenologi. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah purposive sampling. Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah informan utama Bidan Desa di wilayah kerja Puskesmas Bayat dan informan pendukung yaitu ibu dengan riwayat perdarahan post partum yang dirujuk ke RS atau keluarga pasien, partner yang bekerja dengan Bidan Desa dan mengetahui riwayat merujuk pasien perdarahan post partum, petugas kesehatan (bidan) di Rumah Sakit rujukan yang menangani rujukan oleh Bidan Desa terkait dan Bidan koordinator Puskesmas Bayat. Kriteria Inklusi untuk informan utama adalah Bidan merupakan Bidan Desa di wilayah kerja Puskesmas Bayat, Bidan pernah menangani kasus perdarahan post partum primer yang dirujuk ke RS Rujukan di wilayah Kabupaten Klaten dalam waktu 1 tahun terakhir, Bidan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Kriteria eksklusinya adalah Bidan pernah menangani kasus perdarahan post partum primer dalam waktu 1 tahun terakhir, namun pasien menolak untuk dirujuk. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (In depth interviews), observasi sarana-prasarana, dan studi dokumentasi. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi model Miles dan Hubberman dalam Sugiyono (2007) yang terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Jumlah informan pada penelitian ini adalah 21 orang, yaitu 5 orang informan utama Bidan Desa, 5 orang ibu dengan riwayat perdarahan post partum primer, 5 orang partner Bidan Desa, 5 orang Bidan di Rumah Sakit Rujukan, dan 1 orang Bidan Koordinator.

### **Sumber Daya Manusia:**

Berdasarkan pernyataan informan utama dan pendukung mengenai jumlah bidan pada saat melakukan pertolongan persalinan diperoleh informasi bahwa semua informan mengatakan pertolongan persalinan dilakukan minimal 4 tangan atau 2 orang bidan yaitu Bidan Desa dan 1 orang asisten. Terkait dengan kualifikasi pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti yang berhubungan dengan rujukan, semua informan

mengatakan bahwa pendidikan Bidan Desa sudah DIII kebidanan namun belum pernah mengikuti pelatihan PPGDON, baru 1 informan yang pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan. Hal ini dapat dilihat dalam kutipan wawancara berikut:

*“...Berdua mbak, persalinan harus ditolong 4 tangan...” (Inf U1, Inf U 2)*

*“...D3 Kebidanan, di salah satu Stikes di Klaten...” (Inf U 1, Inf U 3, Inf U 5)*

*“...Kalau pelatihan rujukan belum ya mbak...” (Inf U 2, Inf U5)*

Penelitian ini terkait dengan sumber daya manusia yang meliputi penolong persalinan, kualifikasi pendidikan serta pelatihan kegawatdaruratan, mendapatkan hasil bahwa semua bidan memiliki kualifikasi pendidikan D III Kebidanan dan melakukan pertolongan persalinan baik pada saat terjadi kasus perdarahan post partum ataupun persalinan tanpa komplikasi dengan dibantu oleh 1 orang asisten atau pertolongan persalinan 4 tangan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Permenkes 1464 tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan pasal 2 ayat (2) yang menyebutkan bahwa bidan yang menjalankan praktik harus berpendidikan minimal D III Kebidanan.

Semua informan belum pernah mengikuti pelatihan yang terkait dengan rujukan karena belum terselenggaranya pelatihan terkait rujukan di Kabupaten Klaten. Selain itu, semua informan belum pernah mengikuti pelatihan PPGDON, namun 1 informan telah mengikuti pelatihan PPGD. Hal ini disebabkan oleh sistem bergilir yang dilakukan oleh puskesmas, sehingga untuk mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh Kabupaten, Bidan Desa harus menunggu giliran terlebih dahulu.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Patel (2012) yang menyatakan bahwa diperlukan adanya protokol standar untuk kepatuhan universal sehingga diperlukan adanya pengembangan pelatihan terkait dengan pelaksanaan rujukan.

Panduan operasional pelayanan jejaring sistim rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir puskesmas-rumah sakit juga menyebutkan bahwa kemampuan pengantar rujukan adalah mampu menangani gawat darurat maternal dengan pedoman PPGDON sehingga sebagai pengantar rujukan, bidan perlu untuk mengikuti pelatihan PPGDON. Selain itu juga disebutkan dalam Permenkes 1464 tahun 2010 bahwa bidan dalam menjalankan praktik atau kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui

pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya. Terkait dengan Bidan Desa sebagai tenaga pengantar rujukan pada saat terjadi kasus komplikasi yang dihadapinya serta pelayanan kebidanan yang tidak bisa terlepas dari kasus gawat darurat, oleh karena itu bidan harus diikutsertakan dalam pelatihan PPGDON dan pelatihan rujukan tanpa harus menunggu giliran.

### Sarana-prasarana

Tabel 1 Hasil Observasi Sarana-Prasarana Serta Alat dan Obat

No.	Kriteria	Tempat Observasi				
		Inf U 1	Inf U 2	Inf U 3	Inf U 4	Inf U 5
1.	Tempat Praktik memadai	√	√	√	√	√
2.	Tersedia tempat persalinan yang memadai	√	√	√	√	√
3.	Tersedia tempat penyimpanan obat dan alat medis sesuai standar	√	√	√	√	√
4.	Tersedia peralatan dasar	√	√	√	√	√
5.	Tersedia peralatan hecing yang lengkap	√	√	√	√	√
6.	Infus set	√	√	√	√	√
7.	Ringer Laktat(500 ml)	√	√	√	√	√
8.	NaCl 0,9 % (500 ml)	√	√	√	√	√
9.	Dextran 70 6% (500 ml)	√	√	√	√	√
10.	Metil ergometrin meleat injeksi 0,2 mg (1 ml)	√	√	√	√	√
11.	Metil ergometrin meleat tablet 75 mg (tablet)	√	√	√	√	√
12.	Oksitosin injeksi 10 IU (1 ml)	√	√	√	√	√
13.	Misoprostol (tablet)	√	√	√	√	√
14.	Transfusi set dewasa	√	√	√	√	√
15.	Kateter intravena no. 18 G	√	√	√	√	√
16.	Kateter folley no.18	√	√	√	√	√
17.	Kantong urin dewasa	√	√	√	√	√
18.	Disposable siringe 3 ml	√	√	√	√	√
19.	Disposable siringe 5 ml	√	√	√	√	√

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan utama dan informan pendukung serta hasil observasi peneliti, sarana dan prasarana di tempat bidan sudah memenuhi untuk melakukan pertolongan pada kasus perdarahan post partum primer dan melakukan rujukan, yaitu meliputi infus set, emergency kit, obat-obatan seperti misoprostol dan metergin, serta oksigen, serta alat transportasi berupa mobil pribadi. Hal ini dapat dilihat pada kutipan wawancara berikut ini:

“...Ya..yang jelas cairan, infus set, jarumnya sekalian yang untuk transfusio, metergin, misoprostol, emergency kit. Tabung oksigen itu..ada mobil juga...” (Inf U 4, Inf U 2, Inf U 3)

“...Emergency kit itu semua bidan di sini punya mbak. Sebenarnya dari IBI itu yang punya hanya bidan delima, tapi untuk menunjang pertolongan gawat darurat dari kita (Puskesmas Bayat) mewajibkan semua bidan yang belum punya emergency kit untuk mengikuti Bidan Delima...Itu isinya ada infus set, transfusi set, obat perdarahan kaya misoprostol, terus ada juga obat untuk syok...” (Inf BK 1)

Penelitian ini terkait dengan sarana dan prasarana mendapatkan hasil bahwa semua peralatan yang tersedia di tempat praktik Bidan Desa, terutama yang menunjang untuk melakukan pertolongan pada kasus perdarahan post partum dan melakukan rujukan seperti peralatan medis dan sarana transportasi sudah tersedia. Selain itu Bidan Desa di wilayah kerja Puskesmas Bayat juga memiliki emergency kit yang bisa digunakan setiap ada kasus emergency.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Patel (2012) yang menyebutkan bahwa ketersediaan transportasi mempermudah pelaksanaan rujukan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Selain itu Permenkes 1464 dan Buku Kajian Bidan Delima juga menyebutkan bahwa terdapat peralatan dan obat-obatan yang harus tersedia di tempat praktik bidan di antaranya adalah infus set, metil ergometrin, oksitosin, misoprostol, RL dan sarana transportasi untuk melakukan penatalaksanaan dan merujuk pasien dengan perdarahan post partum.

## **Kebijakan**

Berdasarkan pernyataan informan utama mengenai kebijakan rujukan kasus perdarahan post partum, didapatkan informasi bahwa 2 informan menyatakan kebijakan dari puskesmas yaitu arahan untuk merujuk ke rumah sakit PONEK. Sedangkan 2 bidan lainnya menyatakan bahwa tidak ada kebijakan khusus, hanya ada batas kewenangan bidan yang ditetapkan oleh IBI. Kemudian 1 orang bidan menambahkan adanya kebijakan mengenai peraturan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten yang menyatakan bahwa RS PONEK di Kabupaten Klaten tidak boleh untuk menolak pasien rujukan emergency. Selain itu juga ada kebijakan berupa penyediaan emergency kit untuk pertolongan persalinan serta adanya MOU untuk pengadaan ambulans desa di

seluruh desa di Kecamatan Bayat. Hal ini dapat dilihat dalam kutipan wawancara berikut ini:

“...Dari puskesmas...merujuk itu ke Rumah Sakit yang sudah PONEK. Kalau dari Dinas Kabupaten Klaten ini ada aturan RS PONEK itu ndak boleh (tidak boleh) nolak (menolak) pasien rujukan yang emergency...” (Inf U 1)

“...Aturan pertolongan persalinan empat tangan itu yang sangat membantu. Kalau rujukan ya kewenangan bidan aja (saja) ...” (Inf U 4)

“...Dari profesi batasan bidan boleh nolong sampai mana...pertolongan persalinan 4 tangan...sama ada emergency kit terus MOU ambulans desa sama desa itu ya lebih enak mbak...” (Inf U 5)

Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh informan pendukung, seperti kutipan berikut ini:

“...Kita kalau mau ngrujuk (merujuk) ke mana arahnya sudah jelas, terus sekarang aturannya RS PONEK di klaten itu tidak boleh menolak pasien rujukan, sama kalau aturan dari organisasi untuk batas kewenangan itu. ...” (Inf Ab 1, Inf Ab 2)

Penelitian ini terkait dengan kebijakan pelaksanaan rujukan pada kasus perdarahan post partum primer oleh Bidan Desa di wilayah kerja Puskesmas Bayat memperoleh hasil bahwa terdapat kebijakan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten yaitu seluruh Rumah Sakit PONEK di Kabupaten Klaten tidak boleh menolak pasien rujukan emergency. Selain itu juga ada kebijakan berupa penyediaan emergency kit untuk pertolongan persalinan serta adanya MOU untuk pengadaan ambulans desa di seluruh desa di Kecamatan Bayat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Hadijono (2009) bahwa Pemerintah Provinsi atau Kabupaten melalui kebijakan sesuai dengan tingkat kewenangannya dapat memberikan dukungan secara manajemen, administrative maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal.

Selain itu, penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Smith (2013) yang menyebutkan bahwa tersedianya ambulans yang bisa dihubungi 24 jam akan meminimalkan keterlambatan proses rujukan dan mempercepat memperoleh akses rujukan.

Kebijakan-kebijakan terkait rujukan dari Kabupaten Klaten ini sangat membantu perujuk serta pasien terujuk dalam rangka memperoleh pelayanan yang sesuai dengan prinsip rujukan yaitu kecepatan dan ketepatan tindakan. Selain itu dengan tidak adanya pasien rujukan yang ditolak akan mengurangi terjadinya fenomena “3 T” salah satunya keterlambatan mendapat pertolongan di tingkat fasilitas.

### **Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Berdasarkan pernyataan informan utama mengenai SOP untuk kasus perdarahan post partum primer dan rujukannya, didapatkan informasi bahwa seluruh Bidan Desa menyesuaikan pertolongan dengan kasus yang dihadapi dan disesuaikan dengan protap yang ada. Hal ini dapat dilihat dalam kutipan wawancara berikut ini:

“...Lihat dulu kasus perdarahane (perdarahannya) seperti apa, kan kita punya protap..ya sesuai sama protap yang sudah tak (saya) tempel di ruang bersalin itu lho mbak. Sambil tekanan darah dicek, terus (kemudian) KU, pokoknya ibunya dilihat kayak apa...” (Inf U 1)

“...Yang jelas kalau kasus ini kan atonia mbak jadi saya infus terus KBI sampai tempat rujukan...” (Inf U 4)

“...Itu SOP-nya saya tempel di ruang bersalin mbak. Untuk atonia ada, retensio ada, komplit kok nanti bisa dilihat. Kalau kasus ini kan retsiplas mbak jadi ya infus terus eksplere...” (Inf U 5)

Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh informan pendukung, seperti kutipan berikut ini:

“...Kalau SOP-nya ya tergantung kasusnya mbak. Kewenangan kita apa itu ya sesuaikan dengan protapyang ditempel di dinding itu tadi. Ya intinya sebelum dirujuk itu harus sudah diinfus dulu, sama obat itu sudah harus masuk dulu dari sini. Habis itu ya udah tinggal kirim...” (Inf Ab 1, Inf Ab 2)

Penelitian ini terkait dengan SOP dalam melakukan penanganan dan rujukan terhadap pasien perdarahan post partum dan SOP sebagai acuan dalam melaksanakan rujukan memperoleh hasil bahwa seluruh Bidan Desa menyesuaikan pertolongan dengan kasus yang dihadapi dan disesuaikan dengan protap yang ada. Beberapa bidan menyatakan menginfus dan mengeksplere pasien dengan retensio sisa plasenta dan melakukan KBI pada pasien dengan atonia uteri. Semua bidan menyatakan bahwa



keberadaan protap ini sangat membantu karena bidan bisa melihat protap yang ditempel di dinding jika terjadi kasus emergency.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Hadijono (2009) yang menyebutkan bahwa untuk melakukan pertolongan pada pasien dengan atonia uteri dilakukan KBI, KBE, metergin 0,2 mg IM, infus RL + 20 IU oksitosin lepas klem untuk 500 ml pertama dan jika tidak terjadi kontraksi uterus maka segera lakukan rujukan dan melanjutkan pemberian infus sampai di tempat rujukan. Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan Saifudin (2002) yang menyatakan bahwa untuk mencari sisa plasenta perlu dilakukan explore manual uterus.

Afari (2014) menyebutkan bahwa protokol standar yang meliputi langkah-langkah stabilisasi pasien, tanda bahaya dan batas kewenangan sangat dibutuhkan untuk bisa memutuskan kapan pasien ini harus dirujuk dan bisa mengenali tanda bahaya pada pasien tepat waktu. Penelitian tersebut mendukung hasil penelitian ini.

## **KESIMPULAN**

Semua informan telah memiliki kualifikasi pendidikan D III Kebidanan dan melakukan pertolongan persalinan dengan 4 tangan, namun untuk mengikuti pelatihan PPGDON masih dilakukan sistem bergilir sehingga belum semua Bidan Desa mengikutinya. Sarana dan prasarana yang tersedia di tempat praktik semua informan terkait dengan kasus perdarahan post partum primer dan rujukan sudah tersedia lengkap, sesuai standar minimal untuk pelayanan primer kasus perdarahan post partum primer dan dalam kondisi yang baik. Terdapat kebijakan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten yaitu semua Rumah Sakit PONEK di Kabupaten Klaten tidak boleh menolak pasien rujukan emergency sehingga hal ini membantu perujuk serta pasien terujuk. Penatalaksanaan kasus perdarahan post partum primer yang telah dilakukan informan sesuai dengan teori dan keberadaan SOP yang ada membantu bidan dalam memberikan penanganan kepada pasien.

## **SARAN**

Bagi Pengambil Kebijakan di Kabupaten Klaten agar mengadakan serta menambah provider pelatihan terkait rujukan dan PPGDON dengan mengikutsertakan Bidan Desa sebagai peserta dan dipastikan semua Bidan Desa mengikutinya tanpa harus

digilir. Bagi Bidan desa diharapkan Bidan Desa senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afari, H., Hirschhorn, L.R., Michaelis, A. 2014. *Quality improvement in emergency obstetric referrals: qualitative study of provider perspectives in Assin North district, Ghana*. BMJ Open 2014;4:e005052. doi:10.1136/bmjopen-2014-005052.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Klaten Tahun 2015*. Klaten.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2015. *Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Semarang.
- Hadijono, S. 2009. *Manajemen dan Rujukan Perdarahan Postpartum Dalam Upaya penurunan Morbiditas dan Mortalitas Maternal*. Jakarta: POGI, pp 8-9.
- Iyengar, K., Iyengar, S.D. 2009. *Emergency Obstetric Care and Referral: Experience of Two Midwife-Led Health centres in Rural Rajasthan, India*. Journal of Reproductive Health Matters, 17 (33), 9-20.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta.
- Patel, H.C., Singh, B.B., Moitra, M.,Kantharia, S.L. 2012. *Obstetric Referrals: Scenario at a Primary Health Centre in Gujarat*. Natl J Community Med. 3(4):711-4.
- Permenkes. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta: Kemenkes, pp 1-20.
- Saifuddin, A.B. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Cetakan keempat*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo.
- Smith, K.T., Zachariah, R., Manzi, M., Boogaard, W.V., Nyandwi, G., Reid, T. 2013. *An ambulance referral network improves access to emergency obstetric and neonatal care in a district of rural Burundi with high maternal mortality*. Tropical Medicine and International Health Journal, Vol 18 No 8 pp 993–1001.
- Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- USAID. 2012. *Panduan Operasional Pelayanan Jejaring Sistem Rujukan Kegawatdaruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir (Neonatus) Puskesmas-Rumah Sakit*. USAID
- WHO. 2012. *WHO recommendations for the prevention and treatment of post partum haemorrhage*. Italy: WHO Press, pp.3-6, 15-21.

# PEMBERIAN MAKAN KELUARGA *POSITIVE DEVIANCE* DALAM PENINGKATAN STATUS GIZI BALITA DI PUSKESMAS NGUMPAKDALEM KABUPATEN BOJONEGORO

Erien Luthfia, Yanti, Warsiti

## ABSTRAK

Masalah gizi balita masih menjadi masalah serius di berbagai negara. *Positive Deviance* merupakan pendekatan berbasis keluarga yang mempunyai perilaku positif yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara yang lebih baik untuk mencegah kekurangan gizi.

Tujuan penelitian untuk mengungkap pengalaman pemberian makan keluarga *Positive Deviance* dalam upaya peningkatan status gizi balita. Pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif dengan informan utama keluarga *Positive Deviance* dan informan pendukung keluarga non *Positive Deviance*, petugas gizi Puskesmas, dan bidan desa, yang diambil melalui *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara, FGD, observasi, serta studi dokumentasi. Hasil penelitian mengungkapkan semua informan memberikan ASI eksklusif, frekuensi pemberian makan 3-4 kali sehari, jenis makanan yang diberikan bervariasi, keluarga memanfaatkan kekayaan lokal, dan ada upaya dari keluarga apabila anak tidak nafsu makan. Pemberian keragaman makanan, frekuensi makan dan kebiasaan makan yang baik dapat mengurangi kejadian gizi kurang.

**Kata Kunci** : Keluarga, Pemberian makan, *Positive Deviance*, Status Gizi, Balita

## PENDAHULUAN

Masalah gizi pada anak masih menjadi masalah di beberapa negara. Tercatat 1 dari 3 anak di dunia meninggal setiap tahun akibat buruknya kualitas gizi. Salah satu riset menunjukkan setidaknya 3,5 juta anak meninggal setiap tahun karena masalah kekurangan gizi dan buruknya kualitas makanan, didukung pula oleh kekurangan gizi selama masih di dalam kandungan. Masalah kesehatan masyarakat dianggap serius bila prevalensi gizi buruk dan gizi kurang antara 20,0% sampai 29,0% dan dianggap prevalensi sangat tinggi jika  $\geq 30\%$  (UNICEF, 2013).

Tahun 2013 proporsi gizi kurang dan gizi buruk di Indonesia mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya, dimana proporsi gizi kurang sebesar 13,9%, lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2010 yaitu sebesar 13,0%. Begitu juga proporsi gizi buruk pada tahun 2013 mengalami kenaikan yaitu sebesar 5,7% dibandingkan tahun 2010 sebesar 4,0%. Provinsi di Indonesia yang memiliki persentase balita gizi buruk terbanyak pada tahun 2010 adalah Provinsi Gorontalo dengan persentase sebesar 11,2%.

Presentase kasus balita gizi buruk tertinggi di Pulau Jawa pada tahun 2010 terjadi di Provinsi Jawa Timur dengan angka sebesar 4,8% (Risikesdas, 2013).

Dampak dari keadaan gizi buruk menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun mental, mengurangi tingkat kecerdasan, kreativitas dan produktifitas penduduk. Kejadian gizi buruk tidak terjadi secara akut tetapi ditandai dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup selama beberapa bulan sebelumnya yang bisa diukur dengan melakukan penimbangan secara bulanan. Sebagian besar kasus gizi kurang dan gizi buruk dapat dipulihkan dengan tatalaksana gizi buruk di Puskesmas maupun rumah sakit (Kemenkes, 2014).

Secara nasional upaya pencegahan gizi buruk jangka pendek dilaksanakan dengan sistem kewaspadaan dini secara intensif, pelacakan kasus dan penemuan kasus baru serta menangani kasus gizi buruk dengan perawatan di Puskesmas dan Posyandu dengan mengaktifkan kegiatan preventif dan promotif. Dalam jangka panjang, dilakukan dengan mengintegrasikan program peningkatan status gizi dan ketahanan pangan dalam program penanggulangan kemiskinan dan pemberdayaan keluarga untuk menerapkan perilaku sadar gizi (Kemenkes RI, 2013).

Positive Deviance (PD) di Pos Gizi adalah program gizi yang berbasis rumah tangga dan masyarakat bagi anak yang berisiko kurang energi-protein di negara sedang berkembang. Program ini menggunakan pendekatan perilaku khusus positif untuk mengidentifikasi berbagai perilaku tersebut dari ibu atau pengasuh yang memiliki anak bergizi baik tetapi dari keluarga kurang mampu dan menularkan kebiasaan positif tersebut kepada keluarga yang lain dengan anak kurang gizi di suatu masyarakat (Gibney, 2004). PD merupakan pendekatan yang berbasis pada kekuatan atau modal berdasarkan keyakinan bahwa di setiap komunitas ada individu tertentu yang mempunyai kebiasaan dan perilaku spesial atau tidak umum yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara yang lebih baik untuk mencegah kekurangan gizi dibandingkan tetangga mereka yang memiliki sumber yang sama dan menghadapi risiko serupa (Marsh, 2002).

Menurut Lapping, (2002) Positive Deviance merupakan sebuah pendekatan yang didasarkan pada sumber daya masyarakat. Program PD mempunyai klasifikasi

sederhana melalui penyelidikan perilaku menyimpang positif, mobilisasi masyarakat melalui partisipasi aktif, refleksi, perencanaan, dan perubahan perilaku melalui transfer ketrampilan melalui praktik. Hasil studi Positive Deviance yang dilakukan oleh Aryastami (2006) selama 6 bulan, pendekatan PD ternyata mampu memperbaiki status gizi anak balita yang semula buruk menjadi baik, dan keberhasilan pendekatan ini dikembangkan ke wilayah-wilayah desa lainnya yang mengalami rawan gizi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Bullen (2015) di Universitas Walden, Minneapolis USA, menyimpulkan bahwa Positive Deviance dengan pendekatan hearth untuk mengurangi malnutrisi anak ternyata efektif. Studi Positive Deviance di berbagai negara, seperti Guatemala dan Costa Rica, menunjukkan bahwa beberapa ibu telah memiliki teknik yang baik mengenai praktik, tradisi dan kepercayaan dalam hal mempersiapkan makanan, pemberian makanan pada anak, merawat anak pada waktu sakit dan masa pemulihan (Mustaphi, 2005).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dikategorikan penelitian kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah desain fenomenologi. Menurut Polit & Beck (2012) fokus utama dari studi fenomenologi adalah bagaimana orang mengalami suatu pengalaman hidup dan menginterpretasikan pengalamannya

Pengambilan subyek penelitian dipilih menggunakan teknik sampling bertujuan atau purposive sampling (Sugiyono, 2007). Adapun subjek penelitian yang digunakan adalah informan utama yaitu keluarga Positive Deviance, dengan kriteria keluarga miskin yang memiliki balita gizi baik dan mempunyai balita lebih dari satu, dan informan pendukung, yaitu keluarga non Positive Deviance, dengan kriteria keluarga mampu yang memiliki balita gizi kurang atau buruk serta tidak harus mempunyai lebih dari satu balita, bidan desa setempat, petugas gizi Puskesmas.

Perilaku pemberian makan keluarga PD diukur dengan FGD, wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi. Alat ukur yang digunakan adalah panduan FGD, panduan wawancara, panduan observasi, dan instrumen lain sebagai pendukung penelitian yaitu berupa kamera, perekam suara, dan alat tulis. Keabsahan data dengan

triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dengan membandingkan hasil wawancara keluarga PD, dengan keluarga non PD, bidan desa, dan petugas gizi Puskesmas. Triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara dengan hasil observasi, FGD dan dokumentasi. Analisa data dengan mengadopsi model Miles dan Huberman (1992) dalam Sugiyono (2007) yang terdiri dari 3 kegiatan yaitu: Reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi.

## **HASIL PENELITIAN**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang menunjang terhadap perilaku dan kebiasaan keluarga PD dalam pemberian makan dapat dilihat dari pernyataan-pernyataan di bawah ini:

### **1. Pemberian ASI Eksklusif**

Pada saat usia anak 0-6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa makanan tambahan. Semua informan memberikan makanan tambahan pada usia setelah 6 bulan dengan memanfaatkan sumber daya yang terjangkau.

Seperti pernyataan berikut:

*“Saya beri makan sesuai umur mbak... dulu pas bayi (0-6 bulan) tak kasih ASI aja, trus makanan tambahan pisang, bubur, agak gede (besar) sedikit makannya nasi tim, kalau sekarang udah makanan orang dewasa, tapi gak pedes” (IF 5).*

### **2. Frekuensi makan 3-4 kali sehari, pemberian makanan selingan dan pemanfaatan kekayaan lokal mengonsumsi Ikan Mujair hasil tangkapan dari waduk**

Anak terbiasa makan dengan frekuensi makan 3-4 kali sehari ditambah makanan selingan di antara makan pagi dan siang, berupa buah, agar-agar, bubur kacang hijau, atau biskuit yang dibeli dari warung.:

*“Umur setahun sampai sekarang makannya 3-4 kali, trus senengnya lauk tempe tahu, kalo sayur ya senengnya sayur bening, sayur sop juga seneng. Kalo ada uang ya beli telur atau ayam... kadang juga lauk ikan mujair kalau bapaknya mancing di waduk Ngumpak (Desa Ngumpakdalem).... Gak sering... paling 2 minggu sekali...cemilannya kadang-kadang tak buat kolak kacang hijau, kadang tak*

*belikan biskuit di warung... gak pasti sih mbak...Seringnya 1 kali sehari mbak... tapi biasanya juga 2 kali” (IF1).*

3. Upaya jika balita tidak nafsu makan

Bila selera makan anak menurun, atau tidak nafsu makan semua informan melakukan berbagai upaya seperti menyuapi anak sambil bermain, memasak makanan yang bervariasi, digendong atau diberi vitamin.

4. Pemberian makanan yang bervariasi

Pada umumnya menu yang dibuat ibu adalah bubur, nasi tim dari campuran tahu, tempe, bayam, wortel, ikan atau telur dengan nasi.:

*“Saya usahakan tiap hari menunya ganti mbak... biar gak bosan...Sayur bayam, bening, sop, sayur asem, lauk, tempe, telur, kadang ayam, ikan lele, ikan (mujair) hasil pancingan dari waduk ...” (IF5).*

5. Cara keluarga mendapatkan bahan makanan

Bahan makanan yang biasa didapatkan dari halaman rumah sendiri adalah buah-buahan, ada juga yang mendapatkan bahan makan dari memancing ikan mujair di waduk, seperti yang diungkapkan informan berikut:

*“... beli semuanya mbak... tapi kalau buah, dari kebun sendiri, trus tiap 2 minggu sekali bapake mancing ikan mujair di waduk” (IF5).*

Upaya peningkatkatan status gizi balita tidak terlepas dari peran bidan desa dan petugas gizi Puskesmas, kedua informan pendukung tersebut terlibat langsung dalam upaya perbaikan status gizi balita. Kedua informan pendukung menuturkan perilaku-perilaku positif keluarga PD dalam pemberian makan diantaranya adalah pemberian ASI eksklusif, memanfaatkan Ikan Mujair sebagai lauk, dan pemberian makanan yang bervariasi rutin dilakukan oleh keluarga PD.

## **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diketahui bahwa pemberian makanan sesuai dengan umur anak dan semua ibu memberikan ASI Eksklusif. ASI merupakan makanan yang higienis, murah, mudah diberikan, dan sudah tersedia bagi bayi. ASI menjadi satu-satunya makanan yang dibutuhkan bayi selama 6 bulan pertama hidupnya

agar menjadi bayi yang sehat. Komposisinya yang dinamis dan sesuai dengan kebutuhan bayi menjadikan ASI sebagai asupan gizi yang optimal bagi bayi. ASI dan plasma memiliki konsentrasi ion yang sama sehingga bayi tidak memerlukan cairan atau makanan tambahan (Brown, 2005).

Makanan yang dikonsumsi oleh keluarga PD adalah makanan terjangkau dan tersedia bagi seluruh masyarakat, antara lain yaitu tahu, tempe, wortel, bayam, telur, ikan mujair. Konsumsi tahu, tempe, dan ikan mujair sebagai bahan makanan paling tinggi jika dibandingkan jenis makanan lain. Menurut Setianto (2012), ikan mujair (*Oreochromis mossambicus*) merupakan salah satu sumber protein yang tinggi, mengandung asam lemak tak jenuh (*omega-3, Eicosapentaenoic acid/EPA, Docosahexanoic acid/DHA*) yang berfungsi untuk perkembangan otak. Penelitian yang dilakukan oleh Zeitlin (2000) pada kelompok masyarakat yang mengkonsumsi ikan secara kontinyu dan ikan menjadi pangan dominan seperti pada orang Eskimo menunjukkan, jenis lemak di dalam ikan (asam linoleat) setelah melalui proses metabolisme dalam tubuh manusia akan menghasilkan asam lemak yang kemudian dikenal dengan omega 3 yang merupakan asam lemak yang sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan sel otak manusia.

Frekuensi pemberian makan pada anak 3-4 kali sehari ditambah makanan selingan di antara makan pagi dan siang, berupa buah, agar-agar, bubur kacang hijau, atau biskuit yang dibeli dari warung. Bila selera makan anak menurun, atau tidak nafsu makan semua informan melakukan berbagai upaya seperti menyuapi anak sambil bermain, memasak makanan yang bervariasi, digendong atau diberi vitamin. Hal ini sesuai dengan penelitian bahwa pemberian keragaman makanan, frekuensi makan dan kebiasaan makan yang baik dapat mengurangi kejadian gizi kurang (Zeitlin, 2000).

## **KESIMPULAN**

Hasil penelitian memberikan implikasi bahwa pemberian keragaman makanan, frekuensi makan dan kebiasaan makan yang baik dapat mengurangi kejadian gizi kurang.



## SARAN

Menjadikan keluarga PD sebagai *role model* agar dapat menularkan kebiasaan-kebiasaan positif dalam pemberian makan kepada keluarga balita lain, memberikan edukasi tentang ASI eksklusif sejak dini. Petugas kesehatan perlu memberikan informasi kepada keluarga agar memodifikasi lingkungan untuk menanam bahan makanan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aryastami, K. 2006. Perbaikan gizi anak balita melalui pendekatan *positive deviance* : sebuah uji coba di Kabupaten Cianjur. *Universa Medicina* April-Juni 2006
- Brown JE, Dugan C and Kleindan R. 2005. *Nutrition Through the Life Cycle*. Balmont, USA: Thomson Wadsworth.
- Bullen, P.A.B., 2015. *The Positive Deviance / hearth approach to reducing child malnutrition : systematic review*. *Tropical Medicine and Internasional Health*,16(11), pp.1354–1366.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013, Rencana Kerja Pembinaan Gizi Masyarakat Tahun 2013, Direktorat Bina Gizi, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014. Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk. Jakarta.
- Lapping, K., David R. Marsh, Julia Rosenbaum, Eric Swedberg, Jerry Sternin, Monique Sternin, and Dirk G. Schroeder., 2002. *The Positive Deviance approach : Challenges and opportunities for the future*. , 128 *Food and Nutrition Bulletin*, 2002, The United Nations University., pp.128–135.
- Marsh DR, Schroeder DG, Dearden KA, Sternin J. & Sternin M. 2002. *The power of Positive Deviance*. *BMJ*.
- Mustaphi P, Dobe M. *Positive Deviance – the West Bengal experience*. *Indian J Public Health* 2005; 49: 207-13.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. 2012. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Ninth Edition.
- Riskesdas, 2013. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kemenkes RI. 2013

Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta

UNICEF, 2013. *IMPROVING CHILD NUTRITION The achievable imperative for global progress*, New York: UNICEF.

Zeitlin M. Marian Zeitlin, Hossein Ghassemi, And Mohamed Mansour. 2000. *Positive Deviance, In child Nutrition. Tokyo Japan*. United Nation University Press.

# KARAKTERISTIK WANITA BERESIKO KANKER PAYUDARA DAN SADARI DI KECAMATAN TEGALREJO KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2016

Intan Mutiara Putri, Djaswadi Dasuki, Evi Nurhidayati  
email: [intan.auraputri@gmail.com](mailto:intan.auraputri@gmail.com)

## ABSTRAK

Insiden kanker payudara 40 per 100.000 wanita dan meningkat bila terdapat satu atau lebih faktor risiko. Angka kejadian kanker payudara di Yogyakarta tahun 2016 sebanyak 418 kasus. Kasus tertinggi di Kecamatan Tegalrejo 51 kasus (12,2 %). SADARI merupakan skrining untuk mendeteksi kanker payudara.

Tujuan penelitian mengetahui karakteristik wanita beresiko kanker payudara yang melakukan SADARI. Metode penelitian kuantitatif deskriptif. Sampel adalah wanita berusia 20-65 tahun sejumlah 100 responden. Teknik sampel *multistage random sampling*. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan analisis data *univariat*.

Hasil karakteristik usia responden 30-39 tahun (84,4%), sudah menikah (82%), berpendidikan SLTA (79,5%), sebagai ibu rumah tangga (75,5%). Responden dengan faktor risiko sebanyak 80% yaitu akseptor kontrasepsi hormonal (34,4%) dan tidak menyusui secara eksklusif (21%). Simpulannya karakteristik responden yang melakukan SADARI berdasarkan usia yaitu 30-39 tahun, berstatus menikah, pendidikan SLTA dan sebagai ibu rumah tangga. Responden memiliki faktor risiko kanker payudara yaitu penggunaan kontrasepsi hormonal dan tidak menyusui secara eksklusif.

**Kata kunci** : karakteristik, wanita, faktor risiko, SADARI

## PENDAHULUAN

Kanker payudara merupakan kanker yang paling sering didiagnosis dan penyebab kematian utama kedua akibat kanker bagi perempuan di Amerika Serikat tahun 2016, sekitar 246.660 perempuan diperkirakan didiagnosis kanker payudara dan 40.450 dari mereka diperkirakan meninggal. Selama hidupnya, seorang wanita memiliki 1 dari 8 kemungkinan terkena kanker payudara (American Cancer Society, 2016).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) setiap tahun, 12 juta orang di dunia menderita kanker dan 7,6 juta diantaranya meninggal dunia (Kemenkes, 2015). Data Riskesdas tahun 2013, prevalensi kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 330.000 orang. Prevalensi kanker tertinggi terdapat di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) 4,1%. Insiden kanker payudara sebesar 40 per 100.000 perempuan (Kemenkes, 2013).

Menurut data penyakit tidak menular berbasis puskesmas di Kota Yogyakarta angka kejadian kanker payudara sebesar 58 orang, tahun 2013 sebesar 127 orang dan

tahun 2014 sebesar 155 orang. Berdasarkan data di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta angka kematian akibat kanker payudara pada tahun 2015 terdapat 13 kasus dan tahun 2016 ini ada 4 kasus (Dinkes, 2016). Angka kejadian kanker payudara di Kota Yogyakarta tahun 2016 sebanyak 418 kasus. Kasus tertinggi berada di Kecamatan Tegalsrejo sebanyak 51 kasus atau 12,2 %. Insiden kanker payudara akan meningkat bila terdapat satu atau lebih faktor resiko kanker payudara.

Faktor-faktor resiko munculnya penyakit ini antara lain wanita umur di atas 40 tahun yang tidak memiliki anak dan wanita yang mempunyai anak pertama di atas usia 35 tahun, wanita yang tidak menyusui, wanita dengan usia menarche <12 tahun serta menopause >50 tahun, memiliki pola hidup dengan mengkonsumsi alkohol, merokok dan obesitas. Wanita yang memiliki keluarga dengan riwayat kanker payudara juga menjadi salah satu faktor resiko.

Penanganan penyakit kanker menghadapi berbagai kendala yang menyebabkan hampir 70% penderita ditemukan dalam keadaan sudah stadium lanjut. Deteksi dini dan meningkatkan pengobatan kanker payudara telah memberikan kontribusi untuk penurunan 3,3 persen dari tingkat kematian sejak tahun 1990 pada wanita dengan usia kurang dari 50 tahun. Model skrining terdiri dari mammografi, biopsi dari benjolan yang mencurigakan, magnetic resonance imaging, pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan payudara sendiri (American Cancer Society, 2016).

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) merupakan salah satu skrining untuk mendeteksi kanker payudara. Ada bukti bahwa wanita yang benar mempraktekkan SADARI setiap bulan lebih mungkin untuk mendeteksi benjolan pada tahap awal perkembangannya, dan diagnosis dini telah dilaporkan pengaruh pengobatan dini dan untuk menghasilkan tingkat kelangsungan hidup yang lebih baik (American Cancer Society, 2016). Penelitian sebelumnya menyatakan efektifitas program skrining internasional untuk kanker payudara dengan SADARI di negara-negara Skandinavia, ditemukan angka kematian yang telah turun 31% setelah 7 tahun untuk wanita berusia 40-74 tahun (Nyström L, 2000) . Manfaat dari SADARI dirasakan oleh beberapa wanita, mayoritas para wanita tidak mengetahui bagaimana melakukan SADARI (Abolfotouh, et al., 2015)

Hal ini menyebabkan penelitian mengenai karakteristik wanita berisiko kanker payudara dan perilaku SADARI menjadi penting untuk diteliti lebih mendalam.

Penelitian ini dilakukan terhadap wanita usia 20-65 tahun di Kecamatan Tegalrejo Kota Yogyakarta American Cancer Society merekomendasikan wanita muda setelah usia 20 tahun untuk melakukan skrining seperti periksa payudara klinis (Clinical Breast Examination) setiap tiga tahun sekali dan periksa payudara sendiri (Breast Self Examination) atau SADARI setiap bulannya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik wanita berisiko kanker payudara yang melakukan periksa payudara sendiri (SADARI).

## METODE PELAKSANAAN

Jenis penelitian ini merupakan deskriptif kuantitatif. Populasi penelitian ini adalah semua wanita di Kecamatan Tegalrejo berusia 20-65 tahun dengan jumlah sampel sebanyak 100 wanita. Metode pengambilan sampel dilakukan secara *multistage random sampling*. Kecamatan Tegalrejo memiliki empat kelurahan yaitu Bener, Tegalrejo, Karangwaru dan Kricak yang terdiri dari 46 RW dan 188 RT . Unit sampling sekunder dipilih 10 RT/RW dari keempat kelurahan tersebut secara acak dengan komputerisasi. Sampel penelitian diambil berdasarkan kriteria inklusi: wanita yang bersedia untuk diteliti, berumur 20 sampai dengan 65 tahun, dan tinggal di Kecamatan Tegalrejo Kota Yogyakarta. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah wanita yang sedang atau pernah didiagnosis mengidap kanker payudara. Pengambilan data menggunakan kuesioner karakteristik demografi yang berisi usia, status pernikahan, pendidikan formal, jenis pekerjaan, kuesioner faktor resiko, dan kuesioner perilaku periksa payudara sendiri (SADARI). Analisis data *univariat* untuk menunjukkan distribusi frekuensi variabel.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi frekuensi perilaku SADARI berdasarkan karakteristik responden

Karakteristik	Perilaku SADARI				Total
	Tidak pernah*		Pernah**		
	n	%	n	%	
<b>Umur</b>					
20-29 tahun	7	36,8	12	63,2	19
30-39 tahun	5	15,6	27	84,4	32
40-49 tahun	5	17,3	24	82,7	29
50-59 tahun	3	18,7	13	81,3	16
60-65 tahun	0	0	4	100	4

<b>Status Pernikahan</b>					
Belum menikah	5	29,4	12	70,6	17
Sudah menikah	15	18	68	82	83
<b>Pendidikan Formal</b>					
SD	1	14,3	6	85,7	7
SLTP	5	27,8	13	72,2	18
SLTA	9	20,5	35	79,5	44
Diploma	1	14,3	6	85,7	7
Sarjana	4	17,4	19	82,6	23
Magister	0	0	1	100	1
<b>Status Pekerjaan</b>					
Mahasiswa	2	22,2	7	77,8	9
IRT	13	24,5	40	75,5	53
Buruh	0	0	4	100	4
Karyawan Swasta	4	30,8	9	69,2	13
PNS	0	0	2	100	2
Wiraswasta	1	5,3	18	94,7	19

Sumber data : Data primer (2016)

Tabel 1 menunjukkan bahwa wanita yang diteliti sebagian besar adalah pada rentang umur 30 - 39 tahun yaitu 32 wanita (32%) dengan status perkawinan sudah/pernah menikah. Pendidikan formal kebanyakan responden adalah SLTA (44%) dengan sebagian besar (53%) tidak bekerja, yaitu sebagai ibu rumah tangga. Karakteristik ini terlihat karena lokasi penelitian ini adalah di daerah perkotaan. Dari gambaran karakteristik ini, maka hasil penelitian ini juga berlaku untuk wanita dengan gambaran karakteristik yang hampir sama, tetapi tidak dapat disamakan dengan daerah lain misalnya daerah dengan proporsi orangtua lebih banyak, golongan menengah ke bawah, atau pendidikan formal yang lebih rendah.

Karakteristik responden yang pernah melakukan SADARI. Usia responden yang paling banyak pernah melakukan SADARI pada usia 30-39 tahun 27 responden sementara yang paling tidak pernah melakukan SADARI adalah pada kisaran umur 20-29 tahun. Penelitian oleh Tavafian *et al* (2016) yang meneliti wanita berumur 30 – 49 tahun menemukan bahwa 67% dari respondennya pernah melakukan SADARI. Hal ini bisa terjadi karena wanita pada usia tersebut mulai merasa adanya kewaspadaan terhadap diri mereka. Selain itu usia 30-50 adalah wanita subur yang merupakan sasaran khusus skrining kanker payudara di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Kebijakan ini adalah untuk menargetkan semua wanita usia subur yang sudah menikah sebagai sasaran program pemerintah terkait skrining kanker payudara. Berbeda dengan kelompok usia 20-29 tahun di mana kelompok usia tersebut belum tumbuh

kewaspadaan terhadap diri mereka sendiri. Menurut *American Cancer Society* (2016) SADARI dianjurkan sejak usia 20 tahun.

Berdasarkan status pernikahan maka dapat dilihat bahwa responden yang pernah melakukan SADARI adalah responden yang sudah/ pernah menikah. Sebanyak 68 responden dari wanita yang sudah menikah pernah melakukan SADARI dan 12 responden wanita yang belum menikah pernah melakukan SADARI. Hal ini sesuai dengan penelitian Ahmadian *et.,al* (2016) bahwa wanita yang sudah menikah dan memiliki anak-anak, yang menggunakan pil kontrasepsi oral dan memiliki riwayat pemeriksaan medis dalam lima tahun terakhir, cenderung melakukan praktik SADARI secara rutin. Wanita yang sudah menikah memiliki lebih banyak alasan untuk akses dengan petugas kesehatan (Ahmadian, et al., 2016).

Berdasarkan tingkat pendidikan responden, maka dapat dilihat bahwa proporsi terbesar responden yang pernah melakukan SADARI adalah responden yang berpendidikan SLTA (79,5%), dimana tampak bahwa proporsi responden yang pernah melakukan SADARI makin tinggi seiring dengan makin tingginya pendidikan yang diperoleh. Wanita yang memiliki tingkat pendidikan tinggi pada dasarnya lebih banyak belajar dan menereima pendidikan formal serta akan lebih banyak mendapatkan kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan-persoalan hidupnya. Studi mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan lebih dari satu frekuensi melakukan dari SADARI. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66% dari wanita yang telah melakukan SADARI secara teratur memiliki tingkat pendidikan tinggi (Abolfotouh, et al., 2015). Pendidikan merupakan suatu proses belajar yang mengarahkan individu lebih dewasa dan lebih matang pemikirannya. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuannya semakin baik. Ini dipengaruhi oleh pengalaman dan wawasan yang lebih luas dibanding mereka yang memiliki pendidikan lebih rendah. Tingkat pendidikan yang tinggi akan mendapatkan informasi lebih banyak, baik dari orang lain maupun dari media massa. Penelitian di negara berkembang, para peneliti memeriksa bahwa intervensi program pendidikan efektif bagi peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik SADARI. Pengetahuan tentang SADARI setelah dilakukan intervensi program pendidikan menunjukkan hasil yang signifikan ( $p < 0,001$ ) (Moussa & Shalaby, 2014).

Sementara dari pekerjaan responden maka dapat dilihat bahwa proporsi responden yang paling sering melakukan SADARI adalah responden yang tidak bekerja yaitu sebagai ibu rumah tangga sebanyak 40 responden (75,5%). Pengalaman kerja merupakan salah satu faktor utama yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan perilaku SADARI. Meskipun sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga yang tidak bekerja, tetapi pengalaman mereka dapatkan dari perkumpulan yang ada di komunitas seperti PKK, pertemuan kader kesehatan, dan kegiatan keagamaan.

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan perilaku SADARI

<b>PERILAKU SADARI</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tidak pernah	20	20
Pernah	80	80
<b>Frekuensi SADARI</b>		
Setiap satu bulan sekali	13	16,3
Setiap dua bulan sekali	10	12,5
Setiap tiga bulan sekali	18	22,5
Tidak teratur	39	48,8

Sumber data : Data primer (2016)

Berdasarkan tabel 2 ditunjukkan bahwa responden yang pernah melakukan SADARI sebanyak 80%, akan tetapi hanya 13 responden (16,3%) yang melakukannya secara teratur setiap bulannya. Sebanyak 39 responden (48,8%) tidak teratur dalam melakukan SADARI. Beberapa alasan responden tidak melakukan SADARI dikarenakan mereka tidak mengetahui manfaatnya dan belum pernah diajarkan caranya.

Tabel. 3 Distribusi frekuensi perilaku SADARI berdasarkan faktor resiko kanker payudara

<b>Variabel</b>	<b>Perilaku SADARI</b>				<b>Total</b>
	<b>Tidak pernah</b>		<b>Pernah</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Faktor resiko</b>					
Tidak beresiko	4	20	16	80	20
Beresiko	16	20	64	80	80

Sumber data : Data primer (2016)

Berdasarkan tabel 3 ditunjukkan bahwa responden yang memiliki faktor resiko kanker payudara sebanyak 80 responden (80%). Responden beresiko kanker payudara yang melakukan SADARI sebanyak 64 responden (80%). Responden yang beresiko kanker payudara adalah responden yang memiliki satu atau lebih jenis faktor resiko kanker payudara. Menurut Komisi penanggulangan Kanker Payudara (KPKN) insiden kanker payudara akan meningkat bila terdapat satu atau lebih faktor risiko kanker payudara.



Tabel 4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis faktor resiko kanker payudara

Jenis faktor resiko	n	%
Umur <i>menarche</i> < 12 tahun	9	5,7
Tidak melahirkan anak	13	8,3
Tidak menyusui anak	13	8,3
Tidak ASI eksklusif	33	21
Melahirkan pertama usia >35 tahun	1	0,6
Pernah/sedang KB hormonal	54	34,4
Terlambat menopause	2	1,3
Riwayat tumor jinak	7	4,5
Riwayat keluarga kanker payudara	3	1,9
Kebiasaan merokok	0	0
Mengonsumsi alkohol	0	0
Obesitas	22	14

Sumber data : Data primer (2016)

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebanyak 80% responden memiliki faktor resiko kanker payudara. Jenis faktor resiko yang paling dominan adalah pernah atau sedang menggunakan KB hormonal seperti pil, suntik dan implan sebanyak 54 responden (34,4%). Hal ini sesuai dengan penelitian McPherson *et.al* (2000) dimana wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal ditemukan adanya peningkatan resiko relatif kanker payudara 10 tahun ke depan setelah berhenti menggunakannya. Wanita yang memulai penggunaan kontrasepsi oral sebelum usia 20 tahun ternyata mempunyai angka resiko relatif yang lebih besar dibandingkan dengan wanita yang menggunakannya pada umur lebih tua.

Faktor resiko yang kedua adalah tidak memberikan ASI secara eksklusif sebanyak 33 responden (21%). Wanita yang belum pernah melahirkan, tidak pernah menyusui memiliki risiko lebih besar dari pada yang melahirkan anak pertama diusia belasan tahun (McPherson, et al., 2000). Wanita yang memberikan ASI secara eksklusif yaitu selama 6 bulan atau bahkan menyusui sampai 2 tahun dapat menurunkan faktor resiko kanker payudara. Waktu menyusui yang lebih lama mempunyai efek yang lebih kuat dalam menurunkan resiko kanker payudara (Lancet, 2002). Hal ini terjadi karena adanya efek protektif dimana saat menyusui adanya penurunan level estrogen dan sekresi bahan-bahan karsinogenik selama menyusui (Rasjidi, 2010). Menurut penelitian Lancet (2002) dikatakan bahwa wanita yang menyusui menurunkan resiko kanker dibandingkan dengan wanita yang tidak menyusui, semakin besar efek proteksi terhadap kanker yang ada akan menurunkan 4,3% tiap tahunnya pada wanita yang menyusui.

Responden yang memiliki faktor resiko kanker payudara berkisaran usia 30-49 tahun sebanyak 52 responden (65%). Menurut Price & Wilson (2006) terdapat beberapa faktor yang berkaitan dengan kanker payudara. Risiko utama kanker payudara adalah bertambahnya usia. Berdasarkan penelitian *American Cancer Society* tahun 2006 diketahui usia lebih dari 40 tahun mempunyai risiko yang lebih besar untuk mendapatkan kanker. Faktor usia dimana wanita yang berumur lebih dari 30 tahun mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mendapatkan kanker payudara dan risiko ini akan bertambah sampai umur 50 tahun dan setelah *menopause*. Status perkawinan wanita yang tidak menikah 50 % lebih sering terkena kanker payudara (McPherson, et al., 2000).

Jenis faktor resiko bagi wanita yang melahirkan anak pertama di usia >35 tahun hanya 1 responden. Wanita yang tidak melahirkan anak dan tidak menyusui sebanyak 13 responden (8,3%). Wanita yang melahirkan anak pertama setelah usia 30 tahun risikonya meningkat dua kali lipat dari wanita yang hamil pertama sebelum usia 20 tahun. Resiko yang paling tinggi terjadi pada wanita yang hamil setelah 35 tahun dan merupakan faktor resiko tertinggi bila dibandingkan dengan wanita yang tidak mempunyai anak. Wanita yang belum pernah melahirkan, tidak pernah menyusui memiliki resiko lebih besar dari pada yang melahirkan anak pertama di usia belasan tahun (McPherson, et al., 2000).

Berdasarkan usia *menarche* <12 tahun sebanyak 9 responden (5,7%) dan ada 2 responden (1,3%) yang mengalami keterlambatan *menopause* yaitu pada usia >50 tahun. Faktor yang meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara adalah masa menstruasi yang panjang, yaitu periode menstruasi yang terlalu awal dan atau *menopause* yang terlalu lambat (Dündar, et al., 2006). Wanita yang mengalami menstruasi pertama (*menarche*) pada usia kurang dari 12 tahun memiliki resiko 1,7 sampai 3,4 kali lebih besar terkena kanker payudara dari pada wanita yang *menarche* diusia lebih dari 12 tahun. Wanita yang mengalami keterlambatan *menopause* pada usia lebih dari 50 tahun memiliki risiko 2,5 sampai lima kali lipat lebih tinggi terkena kanker payudara (Price & Wilson, 2006).

Responden yang memiliki riwayat keluarga kanker payudara hanya 3 responden (1,9%) dan mempunyai riwayat tumor jinak payudara sebanyak 7 responden (4,5%). Kejadian kanker payudara di negara-negara barat sebanyak 10% dipengaruhi genetik.

Wanita yang memiliki riwayat keluarga dengan kanker payudara beresiko 2-3 kali lebih besar, sedangkan apabila yang terkena bukan saudara wanita maka resiko menjadi enam kali lebih tinggi. Wanita yang mengalami tumor jinak payudara seperti jenis *hyperplasia ductus atypic* dan *lobelus* memiliki resiko delapan kali lebih besar terkena kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang tidak pernah mengalaminya (Price & Wilson, 2006).

Hasil penelitian ini menunjukkan responden yang memiliki jenis faktor resiko obesitas sebanyak 22 responden (14%). Obesitas telah lama diteliti sebagai faktor resiko perkembangan kanker payudara. Obesitas berhubungan dengan penurunan kanker payudara pada *pramenopause* dan peningkatan resiko kanker payudara selama masa *pascamenopause*. Hasil penelitian Mezzeti dalam Rasjidi (2010) melaporkan bahwa wanita pascamenopause dengan BMI  $>26,6 \text{ kg/m}^2$  memiliki resiko kanker payudara satu kali lebih besar. Hal ini terjadi karena selama masa menopause ketika ovarium berhenti memproduksi hormon estrogen, jaringan lemak merupakan tempat utama dalam produksi estrogen dan endogen. Oleh karena itu wanita dengan berat badan lebih akan mempunyai level estrogen yang tinggi.

Berdasarkan hasil penelitian ini tidak ada responden yang mempunyai jenis faktor resiko dengan kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol. Studi yang dilakukan oleh Osborne dalam Rasjidi (2010) menunjukkan bahwa resiko kanker payudara akan meningkat berkaitan dengan asupan alkohol jangka panjang dan lebih kuat pada wanita *pascamenopause*. Hal ini disebabkan karena alkohol akan mempengaruhi aktivitas ekstrogen.

## **SIMPULAN**

Karakteristik responden yang melakukan SADARI berdasarkan usia yaitu 30-39 tahun dengan status menikah. Berdasarkan jenis pendidikan yaitu sebagian besar SLTA dan statusnya tidak bekerja melainkan sebagai ibu rumah tangga. Sebagian besar responden memiliki faktor resiko kanker payudara. Jenis faktor resiko paling banyak adalah penggunaan kontrasepsi hormonal dan tidak menyusui secara eksklusif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abolfotouh, M. A. et al., 2015. Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women. *BMC Public Health*, 15(10.1186/s12889-015-2510-y), p. 1163.
- Ahmadian, M. et al., 2016. Psychosocial Predictors of Breast Self-Examination among Female Students in Malaysia: A Study to Assess the Roles of Body Image, Self-efficacy and Perceived Barriers. *APJCP*, 17(3), pp. 1277-1284.
- American Cancer Society, 2016. *Cancer Facts & Figures 2016*. [Online] Available at: [www.cancer.org](http://www.cancer.org) [Diakses 20 Juli 2016].
- Dinkes, D., 2016. *Workshop Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim Bagi Masyarakat*. [Online] Available at: <http://kesehatan.jogjakota.go.id>. [Diakses 23 April 2016].
- Dündar, P. E. et al., 2006. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey.. *BMC Cancer*, Volume 6, p. 43.
- Kemendes, 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. [Online] Available at: [www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf) [Diakses 20 Juli 2016].
- \_\_\_\_\_, 2015. *Situasi Penyakit Kanker*. [Online] Available at: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf> [Diakses 20 Juli 2016].
- Lancet, 2002. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease.. *ACP J Club*, pp. 360(9328):187-95..
- McPherson, K., Steel, C. M. & Steel, C. M., 2000. ABC of breast diseases. Breast cancer--epidemiology, risk factors and genetics.. *BMJ*, Volume 321, pp. 1003-1006.
- Moussa, M. M. M. & Shalaby, N. S., 2014. Effect of Breast Self-Examination Education Program on Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Students. *IJRSB*, 2(6), pp. 40-49.
- Nyström L, A. I. B., 2000. Long-term effects of mammography screening. *Lancet*, 355(9199), p. 359.
- Price, S. & Wilson, L., 2006. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. 6 penyunt. Jakarta: EGC.
- Rasjidi, I., 2010. *Epidemiologi Kanker Pada Wanita*. Jakarta: Sagung Seto.

# **ANALISIS KOMPONEN PROSES DALAM PELAKSANAAN P4K (PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI) DI PUSKESMAS IMOGIRI 1 BANTUL YOGYAKARTA**

**Siskha Maya Herlina, Mohammad hakimi, Dhesi Ari Astuti**

## **ABSTRAK**

Menurut Depkes RI (2009), manfaat P4K adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan program secara optimal dan tenaga kesehatan yang terampil akan membantu mengatasi hambatan yang biasa ditemukan dalam pelaksanaan mempersiapkan persalinan dan mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu hamil. Tujuan Penelitian untuk Mengetahui proses pelaksanaan dan hambatan dalam Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di Puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta Metode Penelitian: Desain penelitian yang digunakan adalah desain fenomenologi, menggunakan data diskriptif yang melibatkan 6 informan. Pengumpulan data dengan verifikasi data, penyajian data dan verifikasi. Pada penelitian ini secara umum proses pelaksanaan sudah baik dan namun belum optimal dan terkait hambatan yang ditemukan beragam dalam pelaksanaan P4K, mulai dari koordinasi yang belum baik, tenaga kesehatan yang masih kurang serta SOP yang belum tersedia di puskesmas Imogiri 1 Bantul. Kesimpulan Proses pelaksanaan program P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) secara umum sudah cukup baik, hanya saja pelaksanaan yang masih belum optimal dan terkait hambatan yang ada butuh perbaikan secara nyata dan tepat.

**Kata Kunci :** P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi), AKI (Angka Kematian Ibu)

## **PENDAHULUAN**

Semua ibu hamil yang telah diberi stiker dapat terpantau oleh semua komponen masyarakat, suami, keluarga dan bidan secara cepat dan tepat. Supaya pemantauan berhasil dengan baik maka dari sisi masyarakat perlu dipersiapkan dengan system kesiagaan desa oleh dan untuk masyarakat (Depkes RI, 2009).

Menurut Depkes RI (2009), manfaat P4K adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan program secara optimal. Keluarga dan masyarakat dalam pelaksanaan program juga membantu ibu hamil merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi atau tanda bahaya.

Selain itu manfaat P4K yaitu mempercepat berfungsinya desa siaga, meningkatkan cakupan pelayanan ANC sesuai standar, meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, meningkatnya kemitraan bidan dan dukun, tertanganinya kejadian komplikasi secara dini, meningkatnya peserta KB pasca salin, terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi, menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi Menurut Depkes RI (2009).

Peran bidan dalam pelaksanaan P4K yaitu melakukan pendataan ibu hamil untuk mengetahui jumlah ibu hamil dan untuk merencanakan persalinan yang aman, persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat dan ibu selamat dengan mengikut sertakan suami dan keluarga. Serta menggerakkan masyarakat dengan memberikan penyuluhan dan mengadakan pertemuan tiap bulan, mengikut sertakan masyarakat seperti: tokoh masyarakat, tokoh agama, kader dan dukun bayi. Keikutsertaan masyarakat akan mempercepat terlaksananya program peningkatan mutu kesehatan dan tertanganinya resiko yang ada dengan cepat dan tepat ( Depkes RI,2009).

Pengalaman lapangan ditemukan bahwa kemampuan dalam berkomunikasi merupakan kunci keberhasilan untuk dapat membangun kepercayaan masyarakat terhadap bidan. Dalam P4K dengan Stiker bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan dapat membangun komunikasi persuasif dan setara di wilayah kerjanya agar dapat terwujud kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Darmining, 2010).

Penelitian Solnes Milternburg *et al.* (2013) menjelaskan bahwa tenaga kesehatan yang terampil akan membantu mengatasi hambatan yang biasa ditemukan dalam pelaksanaan mempersiapkan persalinan dan mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu hamil, upaya persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi ini dinilai efektif dalam penurunan angka kematian pada ibu. Selain itu ibu hamil, keluarga dan masyarakat secara tidak langsung mendapatkan pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan yang terampil, dan membentuk kesadaran masyarakat dalam membantu ibu hamil pada perawatan obstetrik darurat dan layanan masyarakat yang ada untuk keadaan darurat.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *dekriptif* fenomenologi, yaitu suatu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang dinamika pengalaman terjadinya kekerasan seksual dan dampaknya pada anak perempuan dengan cara mendeskripsikan dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2010).

Dalam penelitian kualitatif, hal yang menjadi bahan pertimbangan utama dalam pengumpulan data adalah pemilihan informan. Pemilihan informan sebagai sumber data dalam penelitian ini adalah berdasarkan pada asas subyek yang menguasai permasalahan, memiliki data, dan bersedia memberikan informasi lengkap dan akurat.

Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu menentukan sampel dengan pertimbangan tertentu yang dipandang dapat memberikan data secara maksimal (Arikunto, 2002). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*in depth interview*), observasi dan dokumentasi

Teknik analisis data yang digunakan adalah teknik analisis interaktif model Matthew B.Miles. Teknik analisis ini memiliki tiga komponen analisis atau tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan yaitu: reduksi data, sajian data dan verifikasi (penarikan kesimpulan) yang saling berinteraksi sebagai suatu proses siklus, dengan pertanyaan penelitian dari *expert judgment*.

Kegiatan yang dilakukan pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) adalah Mendata semua ibu hamil, Pemasangan stiker P4K di setiap rumah ibu hamil agar masyarakat dan tenaga kesehatan mengetahui adanya ibu hamil pada rumah yang mempunyai stiker P4K. Membuat perencanaan persalinan melalui penyiapan: Taksiran persalinan, Penolong persalinan, Tempat persalinan, Pendamping persalinan, Transportasi, Calon donor darah, Dana, KB pasca persalinan dan Kunjungan rumah.

## **HASIL PENELITIAN**

### **A. Analisis Proses pelaksanaan P4K dan Hambatan yang ada**

#### **1) Pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)**

Pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dalam penelitian ini semua informan bekerja sama untuk terwujudnya kesiapan ibu hamil dan keluarganya dalam mempersiapkan kehamilan, serta kesiapan mencegah terjadinya komplikasi pada ibu hamil. Hal ini dilakukan untuk bisa menurunkan angka kematian ibu dan kesehatan masyarakat.

Dalam penelitian ini, pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) sudah dilakukan dan semua pihak sudah terpapar dengan baik, walaupun dalam pelaksanaannya masih ada kekurangan karena tidak semua kegiatan dilakukan dengan optimal. Kegiatan pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) yang belum optimal disebabkan karena berbagai faktor dan kendala yang ada.

Dalam pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) walaupun sudah cukup baik, namun pelaksanaannya masih ada beberapa yang perlu diperbaiki, baik dari pelaksanaan dari petugas kesehatan maupun dukungan dari pihak yang terkait dalam pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi).

Pelaksanaan kegiatan program diantaranya mendata semua ibu hamil, penempelan stiker P4K, mengajak ibu hamil untuk menentukan HPL (hari perkiraan lahir), penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi, calon donor darah dan dana, rencana KB pasca persalinan, kunjungan rumah. Kegiatan ini sudah dilakukan oleh bidan kepada ibu hamil saat pertama kali berkunjung ke puskesmas.

Pada kegiatan seperti mendata seluruh ibu hamil sudah dilakukan dengan baik karena bidan telah bekerjasama dengan kader dalam pelaksanaannya. Penempelan stiker dirumah ibu hamil sebagian besar tidak dilakukan oleh ibu hamil walaupun sudah dijelaskan bidan namun kesadaran ibu hamil untuk



menempelkan stiker dirumah mereka masih kurang, belum ada tindak lanjut yang kongkrit dari masalah yang ada terkait penempellan stiker yang belum berjalan baik.

Kegiatan bidan dalam membantu ibu hamil dalam mempersiapkan penolong persalinan sudah terlaksana dengan baik, sebagian besar ibu hamil ingin ditolong oleh bidan yang bekerja pada saat ibu akan bersalin. Selain itu, pelaksanaan kegiatan dalam membantu ibu hamil menentukan pendamping persalinan sudah dilakukan oleh bidan, sebagian besar ibu hamil memilih suami atau keluarga yang ada untuk menemaninya saat proses persalinan.

Untuk tempat persalinan, bidan sudah membantu ibu hamil dan keluarganya dalam menentukan tempat, karena di Bantul sebagian besar masyarakatnya menggunakan jaminan kesehatan, maka bidan dan ibu hamil sudah bisa menentukan dimana tempat persalinan, kecuali pada ibu hamil yang beresiko dan perlu rujukan. Untuk transportasi, bidan juga sudah bekerja sama dengan ibu hamil dan keluarganya dalam menentukan transportasi apa yang akan digunakan saat persalinan nanti. Sedangkan untuk dana dalam persalinan, semua ibu hamil di Bantul menggunakan BPJS.

Jaminan kesehatan dari pemerintah ini, membuat bidan dan ibu hamil merasa lebih terbantu karena biaya pelayanan kehamilan dan persalinannya gratis. Untuk calon donor darah pelaksanaannya masih menemukan beberapa kendala, karena tidak mudah menemukan golongan darah yang sama, selain itu petugas kesehatan juga masih merasa sulit dalam bekerjasama dengan ibu hamil dan keluarga, pada pelaksanaannya bidan sudah menganjurkan ibu hamil untuk menyiapkan 3 atau 4 calon donor darah, namun dari ibu hamil terkadang belum semua sadar akan pentingnya persiapan calon donor darah untuk kemungkinan adanya komplikasi saat persalinan.

Di desa sudah ada bank darah, namun golongan darah yang diperlukan tidak selalu tersedia saat dibutuhkan, akan tetapi kegiatan persiapan calon donor darah sudah dilakukan oleh bidan walaupun belum optimal dan belum adanya tidak lanjut yang pasti dari kendala yang dihadapi baik dari petugas kesehatan maupun ibu hamil dan keluarganya.

Untuk kegiatan persiapan KB pasca persalinan belum disiapkan dengan baik, baik dari petugas kesehatan dan ibu hamil, karena tidak semua ibu hamil ditanyakan oleh bidan, karena menganggap ibu hamil terkadang belum bisa menentukan kontrasepsi apa yang akan digunakan pasca persalinan dan ibu hamil sendiri masih belum menentukan kontrasepsi apa yang akan digunakan pasca persalinan. Selain itu, kunjungan rumah yang seharusnya difasilitasi aktif oleh bidan belum dilakukan, kunjungan rumah biasanya dilakukan oleh kader hanya untuk ibu hamil yang beresiko. Kunjungan yang dilakukan kader hanya untuk menanyakan keadaan ibu hamil dan menyarankan ibu untuk priksa rutin ke puskesmas.

Mengacu pada tujuan P4K adalah untuk memantau kehamilan menuju persalinan yang aman dan selamat dengan sasarannya adalah seluruh ibu hamil. Indikator P4K adalah dengan pemasangan stiker P4K yang terdiri dari penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi, dan calon donor darah, KB pasca persalinan dan kunjungan rumah. Diharapkan dengan berjalannya program P4K dapat mengurangi angka kematian ibu.

Semua ibu hamil yang telah diberi stiker dapat terpantau oleh semua komponen masyarakat, suami, keluarga dan bidan secara cepat dan tepat. Supaya pemantauan berhasil dengan baik maka dari sisi masyarakat perlu dipersiapkan dengan system kesiagaan desa oleh dan untuk masyarakat (Depkes RI, 2009).

Menurut Depkes RI (2009), manfaat P4K adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan program secara optimal. Keluarga dan masyarakat dalam pelaksanaan program juga membantu ibu hamil merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi atau tanda bahaya.

Selain itu manfaat P4K yaitu mempercepat berfungsinya desa siaga, meningkatkan cakupan pelayanan ANC sesuai standar, meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, meningkatnya kemitraan bidan dan dukun, tertanganinya kejadian komplikasi secara dini, meningkatnya peserta

KB pasca salin, terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi, menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi Menurut Depkes RI (2009).

## **2) Hambatan yang dihadapi terkait pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)**

Hambatan yang dihadapi sebagian besar dari petugas kesehatan, karena petugas kesehatan sebagai pelaksana program yang menyatakan bahwa koordinasi yang belum baik dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan program. Dalam mendukung keberhasilan program, koordinasi dengan pihak-pihak yang terkait dalam pelaksanaan program pasti membutuhkan dana, waktu, tempat dan tenaga, hal tersebut tidak selalu ada dan hal ini menjadi kendala bagi bidan desa.

Tenaga kesehatan juga dirasa masih kurang, terutama perawat sehingga bidan lebih mengutamakan pelayanan dan kegiatan yang didalam gedung (puskesmas) dari pada diluar gedung. Tidak jarang bidan juga melakukan tanggung jawab tenaga kesehatan lain misalnya perawat. Hal ini terlihat dari bidan yang masih memberikan pelayanan di puskesmas pembantu Imogiri 1 dan piket di UGD (Unit Gawat Darurat). Hal ini menyebabkan bidan kurang fokus dengan tanggung jawab yang sesuai peran dan kewenangannya. Selain itu kerjasama yang baik dan berkelanjutan dengan pihak BPM (Bidan Praktik Mandiri) juga dirasa masih mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dan bekerjasama secara berkelanjutan.

Sementara informan lain mengatakan bahwa kendala yang dihadapi terkait pelaksanaan kegiatan P4K dalam mengurangi angka kematian ibu yaitu dalam menentukan atau mempersiapkan calon donor darah, walaupun bidan sudah membantu dalam merencanakan, namun masih menemukan kendala dalam mewujudkan pelaksanaan persiapan tersebut. Tidak jarang persiapan calon donor darah dirasa tidak terlalu penting bagi ibu hamil dan keluarganya karena belum begitu paham dengan tujuannya.

Penelitian Solnes Milternburg *et al.* (2013) menjelaskan bahwa tenaga kesehatan yang terampil akan membantu mengatasi hambatan yang biasa ditemukan dalam pelaksanaan mempersiapkan persalinan dan mencegah

kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu hamil, upaya persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi ini dinilai efektif dalam penurunan angka kematian pada ibu. Selain itu ibu hamil, keluarga dan masyarakat secara tidak langsung mendapatkan pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan yang trampil, dan membentuk kesadaran masyarakat dalam membantu ibu hamil pada perawatan obstetrik darurat dan layanan masyarakat yang ada untuk keadaan darurat.

#### **B. Hasil observasi terkait pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dalam menurunkan angka kematian ibu**

Hasil observasi yang dilakukan terkait pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) yang dilakukan bidan di puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta sudah berjalan baik, namun belum terlaksana dengan optimal. Peneliti melakukan observasi terkait pelaksanaan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) di puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta selama 2 minggu dengan mengamati dan memantau bidan dalam memberikan pelayanan terkait pelaksanaan program.

Secara umum pelaksanaannya sudah baik hanya saja karena beberapa kendala yang ada membuat pelaksanaannya tidak semua dilakukan dan menjadi belum optimal. Hal ini menjadi tanggung jawab bidan dalam memperbaiki pelaksanaan yang belum optimal.

#### **C. Dokumentasi terkait pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)**

Dokumentasi mengenai SOP (Standar Operasional Prosedur) belum ada untuk pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi). Foto-foto dan laporan terkait pelaksanaan kegiatan juga masih sangat kurang karena tidak didokumentasikan dengan baik, dari kegiatan penyuluhan, pertemuan kader dan pertemuan lintas sektoral tidak ditemukan dalam dokumentasi terkait pelaksanaan kegiatan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) di puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta.

Dokumentasi yang baik dalam suatu asuhan kegiatan sangat penting, karena merupakan bukti suatu asuhan yang telah diberikan, serta sebagai sarana

komunikasi dalam tim kesehatan dalam melakukan tindakan kegiatan yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian kondisi yang terobservasi untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi respon terhadap tindakan yang diberikan. (Estiwedani, 2008).

Pada penelitian ini dengan melihat hasil pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dalam menurunkan angka kematian ibu mulai dari proses pengumpulan data melalui wawancara mendalam (*in depth interview*), observasi dan dokumentasi sudah berjalan baik, namun pelaksanaannya masih belum optimal.

## **KESIMPULAN**

Pelaksanaan kegiatan P4K dan hasilnya sudah cukup baik namun pelaksanaannya masih belum optimal. Hal ini karena dalam pelaksanaan kegiatan menemukan hambatan seperti koordinasi yang belum baik, calon donor darah yang masih dirasa sulit, tidak melakukan kunjungan rumah karena bidan melakukan beberapa pelayanan yang merupakan tanggung jawab perawat, dan KB pasca salin yang belum terencana dengan baik, sehingga hasil dari pelaksanaan program P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) kemungkinan belummiliki kontribusi besar dalam penurunan AKI (Angka Kematian Ibu)secarasignifikan di Puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta.

Terkait hambatan yang ada mulai dari koordinasi yang belum baik dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan program, kurangnya tenaga kesehatan yang ada khususnya perawat yang membuat bidan mempunyai tugas lebih karena melakukan pelayanan yang seharusnya menjadi tanggung jawab perawat, menentukan calon donor darah yang dirasa masih sulit.

## **Ucapan Terima Kasih**

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Prof. dr. Moh. Hakimi, Sp.OG(K), Ph.D dan Ibu Dhesi Ari Astuti selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan dan arahan serta atas kesabarannya membimbing penulis sehingga terselesaikannya penelitian ini. Ucapan terimakasih juga ditujukan kepada Prof. dr. Djaswadi Dasuk, Sp.OG (K), MPH., Ph.D selaku penguji yang juga telah banyak

memberikan masukan dan Arahan. Kepada dr. Supra yang telah telah memberikan izin dan dukungan dalam melakukan penelitian di Puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta.

## DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Darmining (2010) *Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan penerapan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dalam menurunkan angka kematian ibu di Kediri*. Tesis, UNS

Depkes. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 441.7/1935.SJ/2008 Tentang Percepatan pelaksanaan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi*. Jakarta; 2008

Depkes RI. *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker*, Depkes RI, Jakarta, 2009.

Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitiandan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Estiwedani, Meilani, Widyasih, Widiyastuti, *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta, 2008

Miles, Mattheew B dan Huberman A Michael 1992. *Analisis data Kualitatif*. Jakarta. Universitas Indonesia Press

Moleong, Lexy J. 2002. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung. PT Remaja Rosdakarya

Moleong, Lexy J. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosda

Solnes Miltenburg, A., Roggeveen, Y., van Elteren, M., Shields, L., Bunders, J., van Roosmalen, J., & Stekelenburg, J. (2013). A protocol for a systematic review of birth preparedness and complication readiness programs. *Systematic Reviews*, 2(1), 11. <http://doi.org/10.1186/2046-4053-2-11>

# ANALISIS PEMENUHAN KOMPETENSI PELAKSANAAN ANC TERPADU DI PUSKEMAS IMOGIRI 1 BANTUL YOGYAKARTA

Rista Novitasari, Yanti, Mei Muhartati  
email: ristanovi@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar belakang** : Angka kematian ibu di Indonesia tahun 2013 mencapai 359/100.000 kelahiran hidup dan 27,1% oleh karena penyakit penyerta masa kehamilan. Tahun 2014 AKI di Yogyakarta mencapai 40 kasus, tahun 2015 di Bantul 11 kasus dan di Puskesmas Imogiri tercatat 3 kematian ibu.

**Tujuan penelitian** : Menganalisis pemenuhan kompetensi teknis pelaksanaan ANC Terpadu di Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta.

**Desain Penelitian** : Desain kualitatif *fenomenologi* dengan jenis *Rapid Assessment Procedure (RAP)* melibatkan 8 informan (Bidan, Dokter Umum, Farmasi, Dokter Gigi, Laboran, Ahli Gizi, Kepala Puskesmas). Pengambilan data dengan wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi.

**Hasil** : Kompetensi teknis yang belum terpenuhi adalah pelatihan ANC Terpadu untuk petugas kesehatan yang terlibat, SOP yang berlaku telah dilaksanakan dengan baik.

**Kesimpulan** : Tenaga kesehatan yang terlibat dalam ANC Terpadu belum mendapatkan pelatihan pelayanan sesuai SOP . Unit kerja sudah memahami peran dan tindakan pada ANC Terpadu Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta.

**Kata kunci** : Kompetensi Teknis, ANC Terpadu

## PENDAHULUAN

Salah satu indikator ketercapaian program Kesehatan Ibu dan Anak dilihat Angka Kematian Ibu. Indonesia masih menduduki posisi teratas untuk jumlah kematian ibu diantara Negara ASEAN Pada tahun 2007. Berdasarkan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 yaitu 359.000/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2013). Adapun penyebab kematian Ibu menurut Pusat Data dan Informasi di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Infodatin-ibu) tidak hanya perdarahan (30,3%) dan infeksi (7,3%), kematian ibu juga besar disebabkan oleh penyakit penyerta dalam masa kehamilan seperti Hipertensi (27,1%) dan lain-lain seperti Ginjal, Jantung, TBC sebanyak (40,8%) (Kemenkes RI, 2014).

Jumlah kasus kematian ibu di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2014 berjumlah 40 kasus dengan penyebaran kasusnya adalah terdapat 2 kasus, Kulonprogo 5 kasus, Gunungkidul 7 dan Sleman 12 kasus. Angka yang masih tinggi terjadi di Bantul ada 14 kasus di tahun 2014 (Gusti, 2015).

Pada tahun 2015 di Kabupaten Bantul kematian ibu sendiri masih terjadi sebanyak 11 kasus. Berdasarkan hasil Audit Maternal Neonatal (AMP) diketahui bahwa penyebab kematian ibu yang terjadi di Kabupaten Bantul tahun 2015 tersebut adalah Pre Eklampsia Berat (PEB) sebesar 36% (4 Kasus), perdarahan 36% (4 kasus), TB paru 18% (2 kasus) dan emboli air ketuban 9% (1 kasus). Sedangkan di puskesmas Imogiri I sendiri terdapat 3 (28%) kematian ibu yang antara lain dua disebabkan oleh perdarahan dan 1 diakibatkan emboli air ketuban (Bantulkab, 2015).

Pemerintah sudah mengatur kesejahteraan ibu dan anak sejak dalam masa pra konsepsi hingga menopause, salah satunya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014. Disebutkan juga dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Dalam ayat Al-Qur'an Surat At-Tin ayat 4 “فِي تَفْوِيمٍ” “لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ أَحْسَنَ” yang artinya “*Sesungguhnya Kami telah menciptakan manusia dalam bentuk yang sebaik-baiknya*”. Melihat ayat di atas betapa mulia dan penuh tanggung jawab tugas seorang bidan.

Guna menyelesaikan masalah tersebut di atas, maka pelayanan antenatal harus dilaksanakan secara komprehensif, terpadu dan berkualitas. Kurang maksimalnya pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak khususnya bagi ibu hamil akan dapat meningkatkan peluang beberapa masalah/penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, pertumbuhan janin dan bahkan dapat menimbulkan komplikasi kehamilan dan persalinan yang kelak dapat mengancam kehidupan ibu dan bayi serta mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin seperti kurang energy kronis, anemia gizi besi, kurang yodium, HIV/AIDS, Malaria, TB dan lain sebagainya. Termasuk berdampak pada persiapan fisik dan mental ibu anak selama kehamilan, persalinan dan nifas kurang optimal (Afulani, 2016).

Berdasarkan masalah kematian ibu yang terdapat di puskesmas Imogiri I Bantul tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan menganalisis pemenuhan kompetensi teknis pelaksanaan ANC Terpadu di Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta.



## METODE

Desain penelitian ini adalah kualitatif fenomenologi dengan jenis penelitian *Rapid Assessment Procedure (RAP)* yaitu teknik pengumpulan data kualitatif dengan tujuan praktis dengan kurun waktu singkat sebagai dasar pengambilan keputusan, intervensi, perbaikan kesehatan masyarakat atau pelayanan kesehatan lainnya serta penilaian keberhasilan kegiatan atau program kesehatan dan biasanya bisa ditempuh dalam waktu 1-2 bulan (Harjon, 2009).

Informan utama dalam penelitian ini adalah Bidan, Dokter gigi, Dokter umum, Petugas laboratorium, Klien. Sedangkan informan pendukungnya adalah: Kepala puskesmas, Petugas gizi, Petugas farmasi. Instrument penelitian yang digunakan adalah daftar pertanyaan terstruktur yang telah di *Content validity* berdasarkan pendapat 3 ahli (*judgment expert*), Alat tulis, Recorder dan Kamera untuk keperluan foto serta pengambilan video jika diperlukan.

Metode pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan Wawancara mendalam, studi dokumentasi dan observasi. Untuk uji keabsahan data menggunakan validitas internal, validitas eksternal, reliabilitas, triangulasi teknik serta obyektifitas. Analisis data dilakukan dengan cara Reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan atau verifikasi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### HASIL PENELITIAN

#### A. Karakteristik Informan

Tabel 4.1 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam Penelitian Analisis Pelaksanaan ANC Terpadu dalam Ketepatan Deteksi Dini Penyakit Penyerta Kehamilan Di Puskesmas Imogiri 1 Bantul

No	Informan	Unit Kerja	Umur (Th)	Pendidikan	Masa kerja (Th)	Jabatan
Informan Utama						
1	I.01	Bidan Koordinator	53	D4 Bidan pendidik	15	Bidan
2	I.02	Diklat	37	Profesi Dokter Gigi	10	Dokter Gigi
3	I.03	PJ. KIA	34	Profesi Dokter	6	Dokter Umum

4	I.04	PJ Labortorium	43	D3 Analis	16	Laboran
5	I.05	Buruh	35	SMP	5	Klien
Informan Pendukung						
6	I.06	Promkes	42	D IV Gizi	10	Ahli Gizi
7	I.07	PJ Apotek	38	Profesi Apoteker	10	Petugas Farmasi
8	I.08	Ka. Puskesmas	45	Profesi Dokter		Dokter Umum

Sumber : Data Primer

Informan pendukung yang dilakukan wawancara mendalam sebanyak 3 orang dari 4 orang informan yang direncanakan, hal tersebut dikarenakan tidak ada bagian penyedia sarana prasara khusus di Puskesmas Imogiri I. Seluruh informan tersebut adalah petugas yang terlibat langsung dalam program ANC Terpadu di Puskesmas Imogiri I Bantul.

**B. Kompetensi teknis**

Dalam penelitian ini, kompetensi teknis meliputi tentang pengetahuan, ketrampilan dan penampilan kinerja pemberi pelayanan yang salah satunya di dapatkan dari keikutsertaan petugas kesehatan terkait dalam pelatihan ANC Terpadu. Hal ini digambarkan dalam kutipan hasil wawancara mendalam kepada informan berikut ini

“ Belum... belum pernah dilakukan seminar atau pelatihan tentang ANC Terpadu, dulu pernah teman ada yang mewakili ke dinkes untuk mengikuti sosialisasi ..... Tetapi untuk pelatihan tersendiri tentang ANC terpadu belum pernah”. (I.01)

Dari hasil wawancara diatas dapat diketahui bahwa belum ada pelatihan khusus ataupun refresing materi terkait program ANC Terpadu yang selama ini dijalankan.

### C. Keteraturan terhadap SOP

Berdasarkan hasil wawancara beberapa informan terkait prosedur pelaksanaan kegiatan ANC terpadu yang berlangsung di Puskesmas Imogiri I Bantul semua informan menyatakan sudah bekerja sesuai SOP dan belum terdapat standart operasional prosedur yang khusus untuk pelaksanaan ANC Terpadu. Selama ini kegiatan pemeriksaan mengikuti prosedur masing- masing unit kerja seperti yang tertuang dalam hasil wawancara mendalam kepada para informan berikut ini:

Tabel 4.2 Hasil wawancara terkait ketersediaan SOP ANC Terpadu

Informan	Hasil Wawancara
I.01	Kita bekerja sesuai SOP, panduan yang ada sesuai SOP yang ada. Kita mengikuti langkah- langkah ditentukan di sosialisasi itu. Alur ada.. ada..
I.02	Sejauh ini pelaksanaan sesuai SOP, kalau di poli gigi sendiri tidak punya SOP untuk ANC, jadi kita ikut SOP ANC di KIA, kecuali, kecuali lo ya... kalau misalkan ada temuan kasus kemudian si ibu hamil itu mau kita lakukan tindakan baru ikut sesuai pasien biasa, pasien poli gigi biasa.
I.03	Sudah ada, melaksanakan sesuai SOP
I.04	SOP Pemeriksaan ada
I.06	SOP konseling <i>he'eh</i> ada jadi seluruh konseling yang ada disini ada caten, ada bumil, ada bayi sama. Jadi dewasa atau balita sama, kurang status gizi, pemeriksaan gizi.
I.07	SOP yang dipelayanan obat? Tidak ada. Perlakuanya dengan pasien yang lain sama, dalam menjelaskan obatnya sama. Kalau pasien disitu hamil kan mesti tau to ya, dilingkari hamil gitu jadi obatnya disesuaikan.
I.08	<i>Sakjane</i> (sebenarnya) sudah ada mbak, <i>njenengan</i> (anda) nanti coba tanya nanti sama, nanti kalau misalnya ada nanti dengan bu dokter Ika koordinaotr UKP baik kesehatan perorangan dan juga coordinator KIA ada. Karena kita sudah akreditasi, <i>ora tanya yo rapopo</i> (tidak bertanya juga tidak apa-apa)

Sumber Data Primer

Ibu hamil menjadi prioritas pelayanan seperti di poli gigi dan poli umum mengingat tempat antrian yang tidak terpisah dengan pasien umum lainnya. Seperti halnya yang dikemukakan oleh informan berikut ini:

“ Tapi biasanya ya ini, kalau misalnya dari KIA ya, nah pasti kan bumil ini ketuk, nah ketuk kalau pas enggak kita tangani ya kita tangani meskipun antrianya banyak, hanya saja prioritas.” (I.02)

Berdasarkan hasil observasi peneliti, sampai saat ini belum terdapat poster atau sejenisnya sebagai petunjuk atau alur untuk pasien melakukan ANC Terpadu. Petunjuk pelaksanaanya selama ini masih dikomunikasikan oleh bidan terlebih

dahulu unit mana saja yang harus dikunjungi untuk mendapatkan pemeriksaan. Selanjutnya dari masing-masing petugas dari unit tersebut yang memberikan informasi kepada pasien unit mana yang harus dikunjungi setelah pemeriksaan tersebut. Meskipun sudah diberikan kartu kontrol pemeriksaan, tetapi belum dimanfaatkan sebagai pedoman rangkaian pemeriksaan ANC Terpadu. Berikut hasil wawancara dengan informan terkait alur pelayanan ANC Terpadu

“ Cuman yang masalah alur itu lho, dulu sudah pernah di buat tapi belum dalam bentuk yang bagus, belum dibuat cantik kayak gitu”. (I.08)

Berikut alur pelayanan ANC terpadu pada saat peneliti melakukan observasi :

**Pendaftaran → KIA → laboratorium → Poli Umum → Poli Gigi → Poli Gizi → KIA → Farmasi.**

Alur tersebut tidak baku, pasien dapat mengunjungi poli lain yang senggang berdasarkan arahan bidan KIA seperti kutipan hasil wawancara berikut ini

“ Jadi di daftaran dulu, di daftaran dibedakan kotaknya jadi untuk ANC sendiri bagian umum sendiri, jadi alurnya sendiri, baru masuk KIA. KIA kita lihat dulu di bagian aman yang kosong. Yang penting semua terlalui oleh bumil”. (I.01)

Selain yang pertama melakukan pemeriksaan, KIA juga menjadi penarik kesimpulan hasil pemeriksaan dari poli lain sebelum pengambilan resep di bagian farmasi, KIA lah yang bertugas mendiagnosa akhir serta menguatkan pendidikan kesehatan yang telah juga dilakukan oleh dokter umum dan petugas gizi. Kontrak waktu untuk control ulang serta promosi program kesehatan ibu dan anak yang berlangsung di puskesmas.

#### **D. Sarana dan prasarana**

Berdasarkan tabel hasil wawancara dengan informan bidan Koordinator, kepala puskesmas, dokter umum, dokter gigi, petugas laboratorium, farmasi dan Gizi dapat diketahui bahwa selama ini sarana dan prasarana yang terdapat di Puskesmas Imogiri I Bantul sudah bisa mendukung pelaksanaan program ANC

Terpadu, hanya saja perlu dipertimbangkan untuk penambahan jumlah alat pendukung pemeriksaan agar lebih memperlancar proses pelayanan. Hasil observasi sarana fisik yang digunakan dalam ANC terpadu adalah gedung yang digunakan operasional sudah merupakan milik pribadi puskesmas Imogiri I.

## **PEMBAHASAN**

Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar pelayanan kesehatan yang telah ada. Tidak dipenuhinya kompetensi teknis dapat mengakibatkan berbagai hal, mulai dari penyimpangan kecil terhadap standar layanan kesehatan, sampai kepada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien.

Ketrampilan dalam hal ini salah satunya adalah keikutsertaan petugas kesehatan pemberi pelayanan untuk pelatihan ANC Terpadu. Menurut pernyataan yang diberikan oleh informan bahwa bidan telah melaksanakan pelayanan antenatal sesuai standar walaupun belum dilaksanakan secara optimal, pada hasil observasi juga ditemukan hanya pemeriksaan suhu tubuh ibu yang terlewat dari pemeriksaan tersebut. Kemudian, informan juga menyatakan bahwa belum pernah diadakan pelatihan untuk ANC Terpadu hanya sosialisasi dari dinas kesehatan saja beberapa tahun yang lalu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Elvira 2012 bahwa pelatihan pelayanan antenatal bagi bidan akan mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan antenatal. Penelitian lain oleh Ariyanti 2013 dalam Lisa 2016 yang menyatakan bahwa bidan sudah melaksanakan pelayanan antenatal walaupun standar tidak tersurat, terdapat bagian yang sulit dilaksanakan yaitu asuhan kebidanan karena terlalu panjang dan rumit sehingga membutuhkan waktu yang lama sejak pengkajian sampai dengan evaluasi.

Selain pelatihan, kompetensi teknis juga di gambarkan dalam keteraturan petugas kesehatan yang memebri pelayanan ANC Terpadu mengikuti prosedur kejra (SOP). Kepatuhan adalah ketaatan untuk melakukan sesuatu yang dianjurkan dan berdisiplin. Kepatuhan berhubungan dengan perilaku seseorang terhadap suatu tatanan yang telah ditetapkan (Lisa Dkk, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa seluruh petugas kesehatan pada unit yang terlibat dalam ANC Terpadu di Puskesmas Imogiri I Bantul sudah keseluruhan menerapkan SOP, SOP masih dalam kategori pemeriksaan bagi pasien umum, belum tersedia khusus bagi pasien hamil sehingga petugas harus melakukan penapisan sendiri berdasarkan kondisi pasien. Alur sebagai petunjuk pelaksanaan ANC Terpadu untuk pasien juga belum terdapat di puskesmas.

Kompetensi teknis mutlak dipenuhi karena menyangkut keamanan serta kenyamanan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan terutama selama ANC Terpadu berlangsung. Pemberian pelayanan yang sesuai evidence based terbaru yang di dapat dari pelatihan, serta kesesuaian petugas dalam menerapkan SOP juga mempermudah kinerja dalam melakukan pemeriksaan dan memberikan asuhan kepada pasien.

Dalam pedoman pelaksanaan ANC terpadu (2010) dikemukakan bahwa salah satu input penyelenggaraan antenatal terpadu adalah adanya sarana dan fasilitas kesehatan sesuai standar dalam menyelenggarakan pelayanan antenatal terpadu dan adanya logistik yang dibutuhkan untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan antenatal terpadu (Kemenkes RI, 2010)

Hasil penelitian tentang sarana dan prasarana yang selama ini di gunakan dalam mendukung program ANC Terpadu sebagian besar sudah memadai, hanya saja jumlahnya perlu ditambah karena belum mencukupi jika pasien yang datang banyak harus menunggu alat sebelumnya di sterilkan. Begitu juga untuk kualitas media untuk KIE di unit Gizi perlu ditingkatkan dengan mengadakan media lembar balik dan brosur khusus untuk ibu hamil, terbagi dalam tiap semester sehingga lebih memudahkan petugas untuk melakukan konseling serta brosur dapat di bawa pulang oleh ibu hamil sehingga ibu bisa membaca kembali saat dirumah.

Ruangan pemeriksaan ibu hamil sudah bagus terpisah dengan pasien umum, sehingga memperkecil resiko infeksi pada ibu hamil yang mengantri untuk mendapatkan pemeriksaan. Ketersediaan air bersih, handrub di setiap ruangan tersedia dan ruangan yang luas sehingga memberi ruang gerak petugas dengan leluasa, hanya

saja penataan ruangan KIA perlu lebih di rapikan lagi agar meningkatkan kenyamanan pasien dan petugas pemeriksa.

Penelitian sebelumnya dilakukan Solang et.al (2012) menyatakan bahwa kurangnya fasilitas yang tersedia di tempat pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi motivasi ibu hamil untuk datang berkunjung memeriksakan kehamilannya seperti kurangnya fasilitas tempat duduk di ruang tunggu sehingga tingkat frekuensi responden kurang dalam melakukan kunjungan ulang dan mempengaruhi tingkat kepuasan ibu hamil.

Oleh karena itu Puskesmas Imogiri I Bantul berusaha memenuhi kebutuhan terkait sarana dan prasarana untuk mendukung kelancaran program tersebut seperti contoh menyediakan reagen untuk keperluan pemeriksaan laboratorium yang awalnya disediakan oleh pemerintah daerah dan karena mendapat kendala untuk pengadaanya tidak konsisten sehingga menggunakan anggaran operasional dari puskesmas sendiri. Termasuk juga kerjasama dengan perangkat desa untuk pembentukan desa siaga dan juga pemenuhan nutrisi ibu hamil yang dalam keadaan KEK serta pada kondisi ekonomi menengah ke bawah.

Swadaya masyarakat dan dari pihak puskesmas memberikan lauk, sayur dan buah, sedangkan nasinya berasal dari beras sumbangan pak dukuh. Langkah lain adalah dengan cara mengadakan kupon dari puskesmas bekerjasama dengan toko sembako di lingkungan tempat tinggal ibu hamil yang memerlukan bantuan PMT (Pemberian Makanan Tambahan), yang nantinya kupon tersebut dapat ditukar dengan bahan makanan sesuai kebutuhan ibu hamil. Meskipun belum bisa memberikan bantuan dengan frekuensi kebutuhan 3 kali makan karena terkendala pada dana, tetapi upayanya sudah cukup baik dalam rangka perbaikan status gizi ibu hamil.

## **KESIMPULAN**

Tenaga kesehatan yang terlibat dalam ANC Terpadu belum mendapatkan pelatihan pelayanan sesuai SOP . Unit kerja sudah memahami peran dan tindakan pada ANC Terpadu Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta.

## SARAN

1. Mengadakan pelatihan atau refreasing materi ANC terpadu, melibatkan petugas kesehatan dari puskesmas, pihak BPM atau Rumah Sakit swasta. BPM dan RS Swasta dapat berkontribusi merujuk pasiennya sesuai dengan alur ANC Terpadu.
2. Menyediakan alur pelayanan yang mudah di baca oleh pasien sehingga mengurangi kebingungan pada pasien yang pertama kali melakukan ANC di Puskesmas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afulani.A Patience. 2016. *Determinant of stillbirth in Ghana : Does Quality of Antenatal Care Matter?*. www.ncbi.nlm.nih.gov. Diakses tanggal 24 Juli 2016.
- Arida, Diyah. 2010. *Analisis Kualitas Pelayanan Antenatal Oleh Bidan Di Puskesmas Di Kabupaten Purbalingga*. E-journal.uui.ac.id diakses tanggal 18 Juni 2015
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Ed Revisi VI*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Chris, Peter K, 2015. *Attendance and Utilization of Antenatal Care (ANC) Services: Multi-Center Study in Upcountry Areas of Uganda*. Wwww.ncbi.nlm.nih.govdiaksestanggal 10 Juni 2015
- Cunningham. al. 2013.*Obstetric Williams*. Jakarta. EGC
- Bantulkab. Dinkes. 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul 2013*. Dinkes.Bantulkab.go.id
- Bantulkab. Dinkes. 2016. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul 2015*. Dinkes.Bantulkab.go.id
- Gusti. 2015. *Keterlambatan rujukan Sebabkan Kematian Ibu di DIY MasihTinggi*. <https://ugm.ac.id/id/berita/9656/keterlambatan.rujukan.sebabkan.angka.kematian.ibu.di.diy.masih.tinggi>. Diakses pada tanggal 17 Juni 2015.
- Harjon, Ariescha. 2009. BAB III Metodologi Penelitian. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/124136-S-5626-Gambaran%20perilaku-Metodologi.pdf> . Diakses pada tanggal 2 April 2016.



- Ivana ,Elvine Kabuhung. 2012. *Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan 10T Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Alalak Selatan Banjarmasin Tahun 2012*. Eprints.undip.ac.id di akses pada tanggal 10 Juni 2015.
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Antenatal Terpadu*.www.Depkes.go.id diakses pada tanggal 03 Mei 2015
- \_\_\_\_\_ RI. 2013. *Infodatin ( Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI)*. www.depkes.go.id diakses pada tanggal 04 Mei 2015.
- \_\_\_\_\_ RI.2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun2014*.[http://d3kebidanan.umsida.ac.id/downlot.php?file=PMK\\_No.\\_97\\_tg\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_Kehamilan\\_.pdf](http://d3kebidanan.umsida.ac.id/downlot.php?file=PMK_No._97_tg_Pelayanan_Kesehatan_Kehamilan_.pdf). Diakses pada tanggal 11 Agustus 2016.
- \_\_\_\_\_ RI. 2015. *Data dan Informasi Kesehatan 2014 ( Profil Kesehatan Indonesia) .* Www.depkes.go.id diakses pada tanggal 03 Mei 2014.
- Kurniawati, Elvira. 2012. *Analisis Pelaksanaan IIT dalam Pelayanan Antenatal Oleh Bidan di Puskesmas Singkawang Tengah Kota Singkawang tahun 2012*.<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20319807-S-PDF-Elvira%20Kurniawati.pdf>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2016.
- Purnama, Sri. 2013. *Kualitas Lingkungan Kerja dan Kinerja Bidan Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan*. Www.portalgaruda.go.id di akses pada tanggal 10 Juni 2015.
- Siswanto,(2013). *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Bursa Ilmu: Yogyakarta.
- Sugiyono. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung. Alfabeta.
- \_\_\_\_\_. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung. Alfabeta.
- \_\_\_\_\_. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Bandung. Alfabeta.
- Tim Promkes. 2015. *Desa Siaga*. <http://promkes.depkes.go.id/homepage-3/>. Diakses pada tanggal 15 Agustus 2016
- USAID. 2012. *Petunjuk pelayanan ANC Terpadu*. pdf.usaid.gov/pdf\_docs/PA00JPNJ.pdf diakses pada tanggal 10 Agustus 2016.

Vidler Marianne, Umesh Ramadurg, Umesh Charantimath, Geetanjali Katageri, Chandrashekhar Karadiguddi, Diane Sawchuck, Rahat Qureshi, Shafik Dharamsi, Anjali Joshi, Peter von Dadelszen, Richard Derman, Mrutyunjaya Bellad, Shivaprasad Goudar, Ashalata Mallapur., 2016. *Utilization of maternal health care service and determinant in Karnataka state, India*.[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). Diakses tanggal 24 Juli 2016.

# HUBUNGAN PERSIAPAN PERSALINAN DENGAN NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF DI BIDAN PRAKTIK MANDIRI WILAYAH KOTA SURABAYA

Nova Elok Mardiyana, Abkar Raden, Umu Hani E.N  
email: eloksyahdan@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar belakang** : Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang dialami dalam siklus reproduksi wanita dan proses tersebut berupa pengalaman yang baik dan kadang menjadi buruk karena nyeri yang dirasakan. Nyeri persalinan yang berat dapat menimbulkan kecemasan pada ibu, terutama primipara. Dan apabila nyeri tersebut tidak tertangani dengan baik dapat meningkatkan intervensi kebidanan saat persalinan. Persiapan persalinan menjadi salah satu kegiatan yang dapat mengurangi rasa nyeri dan cemas selama persalinan.

**Tujuan** : Untuk menjelaskan adanya hubungan persiapan persalinan dengan nyeri persalinan kala I fase aktif .

**Metode** : Rancangan penelitian *cross sectional*. Dilakukan di empat bidan praktik mandiri di wilayah kota Surabaya. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu bersalin kala I fase aktif (164 ibu bersalin). Tehnik pengambilan sampel dengan menggunakan *simple random sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 44 ibu bersalin. Analisis yang digunakan meliputi uji statistik *chi-square* dengan *confidence interval* 95%.

**Hasil** : Hasil penelitian menunjukkan tidak hubungan yang signifikan antara persiapan persalinan dengan nyeri persalinan kala I fase aktif dengan nilai p value 0,08 dengan *confidence interval* 0,31 – 0,92.

**Simpulan** : Tidak ada hubungan yang signifikan antara persiapan persalinan dengan nyeri persalinan kala I fase aktif

**Kata Kunci** : Persiapan Persalinan, Nyeri Persalinan, Kala I Fase Aktif

## PENDAHULUAN

Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang dialami dalam siklus reproduksi wanita dan proses tersebut berupa pengalaman yang baik dan kadang menjadi buruk karena nyeri yang dirasakan, (Simkin, et al, 2016). Nyeri persalinan bersifat unik dan subyektif karena berbeda setiap individu, (Mander, 2012). Rasa nyeri dapat dilihat dari perubahan sikap, cemas, merintih, menangis bahkan sampai meraung. Kontraksi uterus pada saat persalinan dirasakan mulai dari bawah punggung kemudian menyebar ke bagian bawah perut dan menyebar ke kaki, (Potter, 2016).

Nyeri persalinan yang berat dapat menimbulkan kecemasan pada ibu, terutama primipara. Saat ini masih banyak primipara tidak bisa beradaptasi dengan nyeri sehingga dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama dan tenaga megejan ibu akan habis saat persalinan. Proses persalinan akan menjadikan pengalaman yang kurang

menyenangkan bagi ibu sehingga dapat mengakibatkan masalah baik fisik maupun psikologis. Ibu juga akan merasa bersalah, cemas, panik, kehilangan kemampuan kontrol emosi sehingga menyebabkan penurunan aspek kualitas kepribadian, marah kepada bayinya dan menurunnya respon seksual karena takut hamil disamping berdampak pada suami dan keluarga yaitu perasaan bersalah karena gagal membantu ibu bersalin, (Cunningham, et al, 2010).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mukhopadhyay (2016), didapatkan bahwa 60% primipara yang mengalami nyeri persalinan berat, dan 30 % mengalami nyeri sedang. Sedangkan pada multipara 45% mengalami nyeri berat dan 25% mengalami nyeri ringan, (Mukhopadyay, 2016). Dari data tersebut menunjukkan bahwa nyeri persalinan ibu pada saat persalinan sangat berat dan menyakitkan untuk ibu.

Persiapan persalinan merupakan suatu tindakan yang dapat menurunkan rasa cemas ibu yang muncul karena khawatir akan proses persalinan. Banyak ibu yang merasa takut karena akan mengalami nyeri persalinan terutama pada primi para yang belum pernah memiliki pengalaman melahirkan. Untuk itu sangat diperlukan persiapan dalam menghadapi persalinan untuk mengurangi rasa cemas dan takut sehingga dapat menjalani persalinan yang aman dan nyaman, (Bobak, 2005).

Penelitian Lakew (2016), menunjukkan bahwa pengetahuan yang diperoleh ibu dapat mengurangi cemas dan meningkatkan pemahaman ibu tentang persalinan. Karena ibu primipara cenderung lebih merasa cemas dibandingkan dengan ibu multipara, karena tidak adanya pengalaman ibu tentang persalinan, (Lakew, 2016).

Kecemasan yang dialami oleh ibu primipara karena kehamilan dan persalinan menjadi suatu pengalaman yang menarik baginya karena harus beradaptasi dengan perubahan besar yang terjadi pada dirinya baik itu perubahan fisiologis maupun psikologis. Proses adaptasi inilah yang sering menjadi ketakutan sehingga dapat menyebabkan nyeri persalinan semakin berat, (Mander, 2012). Beberapa kegiatan persiapan persalinan meliputi persiapan biaya persalinan, identifikasi penolong, tempat bersalin, mengikuti kelas hamil, senam hamil, hypnobirthing, yoga, (Istikhomah, 2016). Keluarga juga perlu mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi pada persalinan ibu, seperti mengidentifikasi tempat rujukan dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial untuk mengidentifikasi pembuat keputusan pertama dan pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat, (Firouzbakht, 2014).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pentingnya untuk melakukan persiapan dalam menghadapi persalinan, khususnya pada ibu primipara. Dan peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai persiapan persalinan dengan nyeri persalinan kala I fase aktif.

## METODE PELAKSANAAN

Jenis penelitian ini kuantitatif dengan pendekatan analitik *cross-sectional* dan menggunakan uji *Chi Square* ( $X^2$ ). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara acak (*random*) atau disebut *probability sampling* dengan tehnik *simple random sampling*.

Populasi penelitian ini adalah ibu yang melahirkan di BPM Hj.Farida Hajri, S.ST, BPM Maulina Hasnida, S.ST, BPM Evi Kusumawati, AMd.Keb dan BPM Mu'arofah, AMd.Keb di Surabaya. Sampel dalam penelitian ini bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi : Ibu inpartu kala I fase Aktif (pembukaan 4-7cm), kehamilan normal, nulipara atau primipara, aterm, usia ibu 20-35 tahun, bersedia menjadi ibu bersalin, selama persalinan didampingi oleh keluarga terdekat, ibu sehat tidak mengalami disabilitas seperti tuli, buta, tuna wicara dan kelainan mental. Kriteria eksklusi : Ibu bersalin yang tidak kooperatif, ibu yang memiliki alergi dingin. Populasi yang didapatkan sejumlah 164 ibu bersalin. Kemudian dilakukan randomisasi sehingga didapatkan jumlah sampel 44 ibu bersalin.

Cara pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan satu kali waktu dengan cara melakukan pendekatan kepada ibu bersalin dan menjelaskan tujuan pengambilan data setelah responden bersedia dilakukan informed consent, peneliti memberikan kuesioner tentang persiapan persalinan. Kemudian dilakukan pengukuran nyeri persalinan kala I fase aktif dengan menggunakan skala NRS (*numeric rating scale*).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

Tabel 1 Uji *Chi Square* Hubungan Persiapan Persalinan Terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif di BPM Wilayah Kota Surabaya

Variabel	Nyeri persalinan				n	RR	p value
	Sedang		Berat				
Persiapan persalinan	n	%	n	%			
Mengikuti	9	41	3	14	44	0,5	0,08
Tidak Mengikuti	13	59	19	86			(CI: 0,31 – 0,92)

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai p-value 0,08 yang berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara persiapan persalinan dengan penurunan nyeri persalinan. Hasil analisis didapatkan nilai RR 0,5 (95% CI : 0,31 – 0,92) yang memiliki arti bahwa ibu bersalin yang mengikuti persiapan persalinan seperti kelas ibu hamil, senam hamil, *hypnobirthing*, yoga berpeluang 0,5 kali untuk mengalami nyeri persalinan sedang.

## PEMBAHASAN

Dari hasil analisis menunjukkan bahwa persiapan persalinan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dalam mengurangi nyeri persalinan. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* sebesar  $0,08 > 0,05$ . Hasil analisis didapatkan nilai RR 0,5 (95% CI : 0,31 – 0,92) hal ini berarti tidak terdapat hubungan persiapan persalinan dengan penurunan nyeri persalinan yang signifikan sehingga hipotesis ditolak.

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar ibu bersalin tidak mengikuti kegiatan persalinan. Dan dari yang mengikuti persiapan persalinan 9 ibu bersalin (41%) yang mengalami nyeri sedang Ibu hamil di BPM wilayah kota Surabaya banyak yang tidak ikut serta dalam kegiatan persiapan persalinan baik dalam kegiatan kelas ibu hamil, senam hamil, *hypnobirthing* maupun yoga. Hal tersebut dapat disebabkan BPM yang tidak mengadakan kegiatan persiapan persalinan yang berupa kelas ibu hamil, senam hamil, *hypnobirthing* maupun yoga sehingga pasien harus mengikuti kegiatan tersebut di tempat pelayanan kesehatan lain seperti puskesmas dan rumah sakit. Persiapan persalinan yang dilakukan di BPM wilayah kota Surabaya dengan memberikan edukasi seperti tanda persalinan, tabungan persalinan, dan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) pada saat *antenatal care* sehingga pasien merasa tidak perlu mengikuti kegiatan persiapan persalinan lain, karena jika mengikuti di tempat lain terkendala waktu, transportasi dan biaya yang tidak sedikit.

Dalam penelitian ini seluruh sampelnya adalah primipara, menurut Astria (2009), menyatakan bahwa primigravida persalinan yang dialaminya merupakan pengalaman pertama kali sehingga ibu cenderung merasa cemas dan takut menghadapi persalinan karena ketidaktahuan menjadi faktor yang menunjang terjadinya nyeri, (Istikhomah, 2016).

Persiapan persalinan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh ibu seperti penerapan kelas ibu hamil, senam hamil, kelas *hypnobirthing*, dapat mempengaruhi intensitas nyeri ibu saat persalinan melalui penerapan teori gerbang nyeri (*gate control theory*). Teori ini menjelaskan bahwa nyeri dapat dikurangi dengan cara memodulasi impuls yang ada pada sel saraf tulang belakang, batang otak, dan korteks serebral,

sehingga otak hanya mampu menerima pesan nyeri dalam jumlah terbatas pada waktu tertentu, dengan begitu sensasi nyeri dapat dicegah dengan mengurangi kapasitas pengiriman sensasi nyeri dengan menutup gerbang hipotetik di sumsum tulang belakang sebelum sinyal nyeri mencapai ke otak, (Bobak, 2005).

Berdasarkan penelitian RD Maimburg (2010) mengenai kelas antenatal untuk persiapan proses persalinan menunjukkan bahwa ibu yang mengikuti kelas antenatal yang terstruktur terdapat pengaruh terhadap kesiapan menghadapi persalinan dengan nilai  $p$  value  $0,01 < 0,05$ . Sedangkan kelas antenatal yang terstruktur tidak terdapat pengaruh yang signifikan dengan nyeri persalinan dengan nilai  $p$  value  $0,72 > 0,05$ . Dan mengikuti kelas antenatal yang terstruktur dapat memberikan pengalaman yang lebih baik dalam menghadapi proses persalinan, (Maimburg, Væth, & Du, 2010)

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelas ibu hamil memiliki pengaruh yang positif pada ibu hamil, seperti menurunkan penggunaan analgesic saat persalinan, menurunkan kecemasan serta persalinan dengan tindakan lebih rendah bahkan dapat menurunkan intensitas nyeri. Selain itu persiapan persalinan merupakan bagian yang penting selama perawatan kehamilan yang dapat meningkatkan kesehatan ibu hamil, (Firouzbakht, Nikpour, Salmalian, Ledari, & Khafri, 2014). Karena kurangnya pengetahuan yang cukup tentang kehamilan dapat meningkatkan stress dan lebih membutuhkan tindakan medis. Dengan pemberian informasi yang cukup mengenai proses kehamilan dan persalinan yang alami, ibu hamil akan merasa lebih siap dalam menyambut persalinan dan meningkatkan kenyamanan ibu saat melahirkan dan mendapat ketrampilan dalam mengatasi nyeri persalinan sehingga dapat meningkatkan persalinan normal, (Firouzbakht et al., 2014).

Ibu bersalin membutuhkan beberapa persiapan persalinan seperti perlengkapan yang dibutuhkan saat menjalani persalinan, kesiapsiagaan dalam menghadapi kondisi darurat selama kehamilan maupun persalinan yang harusnya didapatkan dari tenaga kesehatan ketika melakukan pemeriksaan kehamilan maupun saat kelas antenatal. Karena dengan diberikannya edukasi pada ibu hamil dan keluarga dapat meningkatkan keterlibatan suami dan keluarga dalam menghadapi persalinan, (Tancred, Marchant, Hanson, Schellenberg, & Manzi, 2016)

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara persiapan persalinan dengan penurunan nyeri persalinan, karena sebagian besar ibu bersalin banyak yang tidak mengikuti persiapan persalinan. Hal tersebut disebabkan karena tempat penelitian tidak menyediakan program persiapan persalinan seperti kelas antenatal, kelas *hypnobirthing* dan senam hamil sehingga ibu hamil yang ingin mengikuti program

tersebut harus ke puskesmas terdekat atau ke tempat pelayanan kesehatan lain yang menyediakan program persiapan persalinan. Dan ibu bersalin harus mengeluarkan biaya tambahan untuk mengikuti program tersebut.

## **KESIMPULAN**

Tidak ada hubungan yang signifikan antara persiapan persalinan dengan penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif. Ibu yang mengikuti kegiatan persiapan persalinan lebih siap menghadapi proses persalinan dan komplikasi yang akan terjadi pada saat kehamilan maupun persalinan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Creswell, J. W. (2016). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. (S. Z. Qudsy & A. Fawaid, Eds.) (3rd ed.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- FG, Cunningham, Leveno KJ, Bloom SL., Hauth JC, R. D. & S. C. (2010). *Williams Obstetrics*. New York: Mc Graw Hill Medical.
- Firouzbakht, M., Nikpour, M., Salmalian, H., Ledari, F. M., & Khafri, S. (2014). The Effect of Perinatal Education on Iranian Mothers ' Stress and Labor Pain. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 61–68. <http://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p61>
- Istikhomah, H. (2016). Kesiapan Psikologis Ibu Hamil Trimester III Dalam Persiapan Persalinan Pasca Relaksasi Hypnobirthing. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional*. Volume 1, No 1, Maret 2016, 1-99
- Lakew Y. (2016). Birth Preparedness and Its Association with Skilled Birth Attendace and Postpartum Checkups among Mothers in Gibe Wereda, Hadiya Zone, South Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*
- Maimburg, R. D., Væth, M., & Du, J. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process, 921–928. <http://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02584.x>
- Mukhopadhyay. D. (2016). Birth Preparedness and Complication Readiness Among Women of Bankura District, West Bengal. *Journal of Family Medicine and Primary Care*
- Mander, R. (2012). *Nyeri Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2016). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Simkin, P., Whalley, J., Keppler, A., Durham, J., & Bolding, A. (2016). *Pregnancy, Childbirth, and the Newborn: The Complete Guide*. Simon and Schuster.
- Tancred, T., Marchant, T., Hanson, C., Schellenberg, J., & Manzi, F. (2016). Birth preparedness and place of birth in Tandahimba district , Tanzania : what women prepare for birth , where they go to deliver , and why. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1–9. <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0945-5>



# DUKUNGAN SOSIAL PADA IBU POSTPARTUM DI RS KIA SADEWA

Evi Wahyuntari, Mochammad Hakimi, Ismarwati  
email: evi\_wahyuntari@yahoo.com

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Dukungan sosial dapat mempengaruhi psikologis seseorang. Dukungan sosial dapat menjadikan kesehatan mental dan kesehatan fisik terutama pada ibu postpartum. Depresi postpartum di Asia cukup besar 3,5 %- 63,3% dengan adanya dukungan sosial, kejadian depresi postpartum akan berkurang.

**Tujuan:** Mengetahui dukungan sosial ibu postpartum di RS KIA Sadewa.

**Metode:** Desain penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian berjumlah 420. Sampel penelitian ibu postpartum hari ke 14-21 yang melakukan kunjungan di RS KIA Sadewa. Sampel dalam penelitian menurut Hulley *et al* (2007) berjumlah 108 responden (menggunakan -0,30 prevalensi depresi postpartum) pada bulan November-Desember 2016 dengan mengisi kuesioner SSQ.

**Hasil:** Dukungan sosial pada ibu postpartum berupa dukungan kuantitas dan dukungan kualitas, dengan jumlah dukungan sosial cukup (85,2%) dan kepuasan dukungan sosial cukup puas (66,7%). Dukungan Kualitas dan kuantitas terbagi dalam 4 aspek berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasional dan dukungan instrumental dengan tingkat kepuasan cukup puas dan jumlah pemberi dukungan sosial cukup.

**Simpulan:** Dukungan sosial baik dukungan kuantitas dan dukungan kualitas terbagi dalam empat aspek dukungan emosional, informasional, penghargaan dan instrumental dengan jumlah pemberi dukungan cukup dan kepuasan dukungan sosial cukup puas.

**Kata kunci** : Dukungan sosial, Ibu Postpartum

## PENDAHULUAN

Persalinan dan periode postpartum adalah masa transisi bagi seorang wanita dan merupakan peristiwa kehidupan yang kompleks yang berdampak pada kehidupan biologis, psikologis, dan sosial yang dialami oleh ibu dan berdampak pada kesehatan. Selama kehamilan sampai persalinan terjadi perubahan hormon, saat persalinan terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron yang sangat cepat dan meningkatnya hormon prolactin merupakan etiologi gangguan afektif postpartum, sehingga mengakibatkan perubahan pada sistem otak dan membuat perubahan susana hati pada ibu (Stewart *et al.*, 2003). Selain itu Penurunan kadar hormon tersebut berpengaruh pada gangguan emosional setelah persalinan karena estrogen memiliki efek supresi aktivasi enzim monoamine oksidase yaitu suatu enzim otak yang bekerja mengaktifasi noradrenalin dan serotonin yang berperan dalam perubahan mood dan

kejadian depresi (Kennerley dan Gath, 1999 dalam (Kusuma, 2016). Salah satu faktor yang dapat mengurangi munculnya gangguan pada perubahan perasaan ibu postpartum adalah dukungan sosial.

Dukungan sosial adalah suatu bentuk perhatian, penghargaan dan bantuan yang dirasakan orang lain atau kelompok yang dapat berfungsi sebagai alat bantu untuk melakukan penyesuaian diri terhadap stres, terdiri dari beberapa bentuk yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi (Safarino & Smith, 2011). Dukungan sosial menekankan pada persepsi atau penyediaan sumber daya yang ada dari orang yang ada disekitarnya (Reid, 2012). Dukungan sosial adalah salah satu sumber coping eksternal bagi individu yang berguna dalam menanggulangi stres dan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan (Taylor *et al.*, (1997).

Pengaruh dukungan sosial dapat mempengaruhi psikologis seseorang. (Charney & Southwick, 2007) dan dukungan sosial, baik kualitas dan kuantitas berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas (Cohen & Wills, 1985). Hal tersebut sesuai dengan dengan penelitian yang dilakukan Penelitian yang dilakukan oleh Beck (2001); Ege *et al* (2008); Stewart *et al* (2003); Yagmur & Ulukoca (2010) Ibu pada masa postpartum memerlukan dukungan sosial dari orang-orang yang ada disekitarnya agar dapat menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai seorang ibu. Mengingat prevalensi depresi postpartum di Asia cukup besar 3,5 %- 63,3% (Klainin & Gordon, 2009), dengan adanya dukungan sosial, kejadian depresi postpartum akan berkurang.

Dukungan sosial yang kuat akan melindungi seseorang untuk menjadi depresi. bahwa dukungan sosial yang tinggi diprediksi akan menurunkan tingkat stres pada pasien yang menderita penyakit jantung akut dan kronis yang berhubungan dengan coping individu. Dukungan sosial dapat menjadikan kesehatan mental dan kesehatan fisik terutama pada kasus atau kejadian stres (Heh, Coombes, & Bartlett, 2004). Dukungan sosial merupakan keadaan penting untuk mempertahankan kesehatan fisik dan mental. Dukungan sosial yang positif dan dengan kualitas yang baik dapat melindungi seseorang dari stres, membantu melindungi berkembangnya trauma yang berhubungan dengan gangguan psikologi, menurunkan kejadian gangguan posttraumatic dan mengurangi kesakitan dan kematian (Charney & Southwick, 2007).

Dukungan sosial menurunkan tingkat stres, dan berefek secara neurologi melalui sistem saraf simpatis akan merespon stres dengan meningkatkan denyut jantung,

peningkatan tekanan darah, gangguan sistem pencernaan dan penurunan daya tahan tubuh (Charney & Southwick, 2007). Kurangnya dukungan sosial menunjukkan hubungan peningkatan angka kesakitan dan kematian dalam lingkup kesehatan. Secara epidemiologi dilaporkan bahwa kurangnya dukungan sosial berhubungan pada keadaan depresi, gangguan suasana hati dan angka kesakitan lain seperti kanker dan artritis reumatic (Charney & Southwick, 2007)

Alat ukur dukungan sosial menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Sarason *et al* (1983) berisi 27 item pertanyaan. Kuesioner terbagi dalam dua bagian, bagian pertama menyebutkan siapa saja yang dianggap memberi dukungan dan bagian kedua berisi kepuasan perasaan terhadap dukungan yang diperoleh ibu. Reliabilitas *Social Support Questionnaire* (SSQ) telah teruji di Yogyakarta. Uji validitas yang dilakukan oleh Ismanto (1999) di dapatkan angka reliabilitas yang cukup baik ( $r=0,986$ ,  $p< 0,001$ ).

RSKIA Sadewa adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak yang memberikan pelayanan kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi balita. Jumlah persalinan tahun 2016 setiap bulan di RSKIA Sadewa rata-rata 300 persalinan dengan rata-rata persalinan pervagina setiap bulan 150 persalinan dan persalinan dengan *sectio cesaria* sebanyak 150persalinan. Studi pendahuluan yang dilakukan dengan melakukan wawancara kepada pasien nifas yang melakukan kunjungan ke poliklinik RS KIA Sadewa bahwa dukungan sosial yang diberikan pada ibu postpartum berupa dukungan keluarga untuk mengantar kontrol, pemberian informasi kesehatan oleh tenaga kesehatan. Banyaknya jumlah persalinan dan belum pernah dilakukan penilaian dukungan sosial menjadi alasan peneliti untuk mengambil sampel penelitiandi RSKIA Sadewa. Peneliti tertarik untuk mengetahui dukungan sosial pada ibu postpartum di RS KIA Sadewa.

## **METODE PELAKSANAAN**

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian adalah ibu postpartum yang melakukan kunjungan poliklinik di RS KIA Sadewa. Sampel dalam penelitian menurut Hulley *et al* (2007) berjumlah 108 reponden (menggunakan -0,30 prevalensi depresi postpartum) yang melakukan kunjungan postpartum hari ke 14-21 di poliklinik RS KIA sadewa. Pengumpulan data pada bulan

November-Desember 2016 dilakukan setiap hari Jumat (pagi dan sore) sesuai jadwal kunjungan postpartum bersamaan dengan jadwal imunisasi BCG poliklinik anak. Semua responden diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat penelitian dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner karakteristik responden (umur, pendidikan, paritas) dan kuesioner SSQ oleh Sarason *et al* (1983). SSQ terdiri dari 27 item pertanyaan, masing-masing pertanyaan terdiri dari dua bagian, yaitu bagian pertama menanyakan siapa yang memberikan dukungan sosial (kuantitas) dan bagian kedua menanyakan sejauh mana kepuasan atas dukungan yang diterima (kualitas). Jumlah maksimal orang yang dapat memberikan dukungan adalah 9. Skala kepuasan untuk setiap item dari skala sangat puas (skor 6) sampai skala tidak puas (skor 1). Penelitian ini menggunakan nilai mean  $\pm$  SD, kategori banyak atau puas bila nilai mean + SD kategori cukup bila diantara nilai mean dan SD, , kategori tidak puas bila mean – SD. rerata skor dukungan sosial subjek penelitian dibawah rerata sampel disebut mendapat dukungan sosial sedikit atau tidak puas, sedangkan bila sama dengan rerata sampel atau lebih dinyatakan banyak atau puas. Di Indonesia telah digunakan kuesioner dukungan sosial dari Sarason pada pasien nonpsikotik (pasien asma bronkhiale) di Yogyakarta di dipatkan angka reliabilitas yang cukup tinggi ( $r = 0,986$ ,  $p < 0,001$ ) Ismanto (1999) dalam Kristianto (2015). Data dianalisa menggunakan program komputer, data kategorik digambarkan dengan frekuensi dan persentase.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

Total 108responden sesuai dengan kriteria inklusi menjadi reponden penelitian setuju dan melengkapi kuesioner.

Tabel 1: Karakteristik responden

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Usia		
<20th atau >35 th	16	14,8%
20-35 tahun	92	85,2%
Tingkat pendidikan		
Rendah	16	14.8%
Tinggi	92	85.2%
Paritas		
Multipara	52	48.1%
Primipara	56	51.9%

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran karakteristik responden ibu postpartum di RS KIA sadewa sebagian besar responden rentang usia reproduktif yaitu 20-35 tahun sebanyak 92 orang (85.2 %). Tingkat pendidikan ibu dalam kategori tinggi yaitu di atas SMA sebanyak 92 orang (85,2%). Selain itu diketahui pula paritas ibu mayoritas primigravida yaitu 56 orang ( 51,9%).

Pada tabel 2 diketahui gambaran dukungan sosial di RS KIA Sadewa

Tabel 2. Dukungan sosial di RS KIA Sadewa

	Banyak		Cukup		Sedikit	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kuantitas Dukungan sosial (total)</b>	16	14,8	92	85,2	0	0
Dukungan Emosional	18	16,7	88	81,5	2	1,9
Dukungan Penghargaan	18	16,7	89	82,4	1	9
Dukungan Informasional	8	7,4	100	92,6	0	0
Dukungan Instrumental	13	12	94	87	1	9
<b>Kualitas dukungan sosial (Total)</b>	29	26,9	74	68,5	5	4,6
Dukungan Emosional	30	27,8	72	66,7	6	5,6
Dukungan Penghargaan	30	27,8	76	70,4	2	1,9
Dukungan Informasional	29	26,9	75	69,4	4	3,7
Dukungan Instrumental	29	26,9	76	70,4	3	2,8

Berdasarkan tabel 2 diketahui 92 responden (85,2%) mendapatkan cukup dukungan sosial dan 72 responden (66,7%) mendapatkan dukungan kualitas cukup puas. Dukungan emosional baik secara kaulitas dan kuantitas terbagi dalam 4 aspek, yaitu dukungan emosional, penghargaan, informasional dan instrumental. Berdasarkan aspek dukungan sosial rata-rat responden mendapatkan kualitas dukungan sosial cukup puas dan kuantitas dukungan sosial cukup.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dukungan sosial pada ibu postpartum di RS KIA Sadewa. Penelitian deskriptif dengan sampel 108responden. Distribusi karakteristik responden pada penelitian ini di dapatkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan tinggi dengan usia reproduktif sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kristianto (2015); Yagmur & Ulukoca (2010). Banyaknya ibu primipara karena banyaknya penduduk usia muda dan pergeseran nilai pernikahan muda. Faktor yang mempengaruhi pernikahan muda antara lain kurangnya pengetahuan berkaitan dengan akibat pernikahan muda, baik untuk ibu ataupun bayinya.

Instrumen dukungan sosial yang digunakan dalam penelitian ini adalah SSQ yang dikembangkan oleh Sarason (1983). Terdapat banyak pilihan instrumen dukungan sosial yang dapat digunakan untuk menilai dukungan sosial pada ibu postpartum antara lain *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MPSS), dan *Postnatal Social Support Scale* (PSQ). Penelitian ini menggunakan SSQ dengan alasan berhubungan sangat kuat dalam perubahan positif dan negatif kehidupan, dan lebih berhubungan dengan penilaian ketidaknyaman psikologis pada wanita dibandingkan laki-laki. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Corrigan *et al* (2015) dan Kristianto (2015) menggunakan SSQ sebagai instrumen dukungan sosial pada ibu postpartum.

Sarason *et al* (1983) menjelaskan bahwa dukungan sosial menggambarkan aspek refleksi afektif dari hubungan, derajat perasaan, bantuan, kepercayaan yang diterima oleh seseorang. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa responden mendapatkan cukup kuantitas dukungan sosial dengan kepuasan dukungan sosial cukup puas, hal tersebut sesuai dengan Safarino & Smith (2011) bahwa dukungan sosial yang tinggi akan mempengaruhi individu sehingga individu tersebut dibutuhkan dan dicintai yang mengarahkan individu pada perilaku hidup yang sehat. Semakin banyak orang yang memberikan dukungan sosial dengan tingkat kepuasan puas atau sangat puas maka dukungan sosial yang diterima oleh seseorang digolongkan tinggi. Penelitian dukungan sosial pada ibu postpartum yang dilakukan oleh Corrigan *et al* (2015) didapatkan bahwa kurangnya dukungan sosial merupakan faktor penyebab terjadinya depresi postpartum.

Dukungan sosial menekankan pada persepsi atau penyediaan sumber daya yang ada dari orang yang ada disekitarnya (Reid, 2012). Dukungan sosial adalah salah satu sumber coping eksternal bagi individu yang berguna dalam menanggulangi stres dan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan (Taylor *et al.*, 1997). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Pennix *et al* (1997) terdapat pengaruh yang menguntungkan antara sumber dukungan sosial dan coping individu terhadap gejala depresi pada responden dengan penyakit artritis. Uchino *et al* (1996) melakukan review terhadap dukungan sosial, didapatkan dukungan sosial mempunyai efek yang menguntungkan untuk kesehatan terutama pada jantung, endokrin dan sistem imun.

Dukungan sosial oleh Sarason *et al* (1983) terdapat 2 aspek yaitu aspek kuantitas berisi jumlah orang yang memberikan dukungan sosial dan aspek kualitas yaitu tingkat kepuasan terhadap dukungan yang diberikan. Penelitian oleh Yagmur & Ulukoca (2010)

bahwa semakin banyak dukungan sosial pada masa postpartum meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan untuk menjadi seorang ibu. Penelitian yang dilakukan Kristianto (2015) dilakukan penilaian terhadap kuantitas dan kualitas dukungan sosial dan aspek dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental di dapatkan bahwa depresi pasca persalinan terjadi pada wanita yang jumlah pemberi dukungan sosialnya sedikit dan tidak puas dengan dukungan sosial . Selain kedua aspek dalam dukungan sosial, Sarason *et al* (1983) menjabarkan empat bentuk atau aspek dukungan sosial meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental. Penelitian ini juga menggambarkan keempat aspek tersebut. Cutrona & Gardner (2004); Uchini (2004) dalam Safarino & Smith (2011) menjelaskan jenis dukungan sosial meliputi dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dan dukungan informasional.

Penelitian yang dilakukan Heh *et al* (2004) bahwa dukungan emosional dan dukungan instrumental mempunyai hubungan yang kuat dengan skor EPDS. Menurut Kristianto (2015) pemberi dukungan emosional terdapat perbedaan bermakna dengan kejadian depresi pasca persalinan. Ibu postpartum di Taiwan yang menerima dukungan instrumental dari orang tuanya dapat melindungi dari risiko depresi postpartum (Heh *et al.*, 2004). Sumber dan tipe dukungan sosial pada ibu postpartum mempunyai pengaruh yang penting terhadap kesehatan mental ibu. Bentuk dukungan sosial pada ibu postpartum bisa bermacam-macam. Di Indonesia bentuk dukungan seperti kepedulian dan perhatian yang diberikan suami dan keluarga dengan mendampingi ibu dan menghibur ibu saat sedih atau menangis, mengantarkan kontrol, menganjurkan istirahat yang cukup, memberikan makan makanan yang bergizi, menjaga personal hygiene dan meminum tablet Fe (BKKBN, 2004) yang semuanya bertujuan agar ibu setelah melahirkan melalui masa pemulihan setelah persalinan.

Ditinjau dari segi psikologis, sesuai dengan pandangan *direct effect hypothesis* bahwa banyaknya pemberi dukungan sosial akan membuat individu mempunyai perasaan yang kuat bahwa dia dicintai dan dihargai oleh orang lain dan membutuhkan individu tersebut sehingga akan mengarahkan individu tersebut pada gaya hidup sehat dan berpandangan lebih optimis terhadap kehidupannya (Safarino & Smith (2011) ; Taylor *et al* (1997); Nursalam & Kurniawati (2007)). Pengaruh dukungan

sosial berhubungan dengan kesehatan juga dijelaskan secara psikologis dalam teori *buffer effect hypothesis* dan oleh Gottlieb (1983) dalam Nursalam & Kurniawati (2007). Hasil penelitian ini di dapatkan kualitas dukungan sosial cukup puas sebanyak 74 responden (64,5%). Hal ini sesuai dengan pengaruh dukungan sosial terhadap neurologis bahwa kepuasan terhadap dukungan sosial akan menimbulkan rasa nyaman karena terjadinya ikatan antara dopamindengan reseptor dopamine di *nucleus acumbens* (NA), menurunkan sekresi kortisol, dikeluarkanya oksitosin yang menimbulkan perasaan nyaman dan rileks. Pada saat orang menghadapi stresor maka akan terjadi peningkatan kadar kortisol sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan di hipotalamus. Hipotalamus akan mengaktifasi HPA kemudian merangsang CRH sehingga mensekresi ACTH mengakibatkan kadar kortisol meningkat. Peningkatan ACTH akan berpengaruh pada sistem saraf simpatis dengan mengaktifkan *Locus Caerula/Noepinefrin* (LC/NE). LC/NE merespon stres dengan melawan/lari (*Figh/Flight*) yang didorong oleh epinefrin dan norepinefrin, berkurangnya aktivitas saraf simpatis yang akan mengurangi efek fisiologi stres (Camara *et al* (2009); Safarino & Smith (2011))

*World Helath Organization*(WHO, 1996) membagi sumber dukungan sosial menjadi 3 yaitu dukungan sosial dari anggota keluarga atau sahabat, teman, rekan kerja tetangga dan tenaga kesehatan. Penelitian Yagmur & Ulukoca (2010) dukungan anggota keluarga merupakan aspek penting dalam dukungan sosial pada masa postpartum. Keluarga merupakan orang yang penting yang diharapkan dapat memberikan dukungan emosional, instrumental dalam menghadapi suatu stressor. Salah satunya terutama adalah suami, dimana dukungan suami merupakan faktor risiko menurunkan depresi postpartum (Beck, 2001). Dukungan suami bisa berupa perhatian, komunikasi dan hubungan emosional yang intim(Elvira, 2006). Berdasarkan ketiga sumber dukungan sosial, dukungan suami merupakan dukungan yang paling berarti. Taylor (1995) keluarga sebagai pihak terdekat, mempunyai peluang yang banyak untuk dapat mendampingi, memberi dukungan dengan memberikan rasa aman, menerima keadaan apa adanya, dan bersikap tulus.



## KESIMPULAN

Dukungan sosial ibu postpartum didapatkan dukungan kuantitas dan dukungan kualitas, serta aspek dukungan sosial meliputi dukungan emosional, instrumental, pengharagaan dan informasional.

## DAFTAR PUSTAKA

- Beck, C. T. (2001). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal Of Obstetri, Ginecologic & Neonatal Nursing*, 31(4).
- BKKBN. (2004). *Peran Suami Dalam Keluarga*. Jakarta: BKKBN.
- Camara, E., Fornella, A., & Munte, T. (2009). Reward Network in the Brain as Captured by Connectivity Measures. *Frontiers in Neuroscience*, 3(3), 350–360.
- Charney, D., & Southwick, S. (2007). SOCIAL SUPPORT AND RESILIENCE TO STRESS ;, 35–40.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Corrigan, C., Kwaky, A., & Groh, C. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey Of Mothers in The Midwestern United States. *The Journal Of Perinatal Education*, 24(1), 48–60. <http://doi.org/http://dx.doi.org/1058-1243.24.1.48>
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geçkil, E., & Sunar-reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal Obstetri Gynaecologi*, 34(4), 585–593. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x>
- Elvira, S. (2006). *Depresi Pasca Persalinan*. FK Universitas Indonesia.
- Heh, S., Coombes, L., & Bartlett, H. (2004). The Association Betwvn Depressive Symptom And Social Support in Taiwanese Women During The Month. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 573–579. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003>
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2007). *Designing Clinical Research Third edition*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Klainin, P., & Gordon, D. (2009). Studies Postpartum depression in Asian cultures : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1355–1373. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012>
- Kristianto, B. (2015). *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Depresi Pasca Persalinan Di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta*. Universitas Gadjah Mada.

- Kusuma, P. (2016). *Efektivitas Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) terhadap Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Untuk Mendeteksi Risiko Depresi Postpartum*. Universitas Gadjah Mada.
- Nursalam, & Kurniawati, N. (2007). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pennix, B., Tilburg, T., Deeg, D., Kriegsman, D., Boeke, A. J., Huisartsenpraktijk, B., & Van Eijk, J. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Socia Medicine*, *44*(February), 393–402. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00156-6](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00156-6)
- Reid, K. (2012). Social Support, Stress, and Maternal Postpartum Depression: A Comparison of Supportive Relationships. *Florida State University Departement of Sociology*.
- Safarino, E., & Smith, T. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. USA: Wiley John Wiley & Sons, inc.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assesing Social Support: The Social Support Questioner. *Journal Of Personality and Social Psychologi*, *44*, 17–139.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Phil, M., Dennis, C., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). Postpartum Depression: Literatur Review Of Risk Factors And Intervention. *Toronto Public Health*, (October).
- Taylor, Shelly, A., P, L., & David O. (1997). *Social Psychology 9th edition* (9th ed.). New Jersey: Prentice Hall International Editions.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-glaser, J. K. (1996). The Relationship Between Social Support and Physiological Processes : A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health, *119*(3), 488–531.
- WHO. (1996). Creating Supportive Encironment For Health. *WHO Library*.
- Yagmur, Y., & Ulukoca, N. (2010). Social support And Postpartum Depression In Low-Socialeconomic Level Postpartum Women in Eastern Turkey. *International Journal Of Public Healt*, *55*(6), 543–549. <http://doi.org/10.1007/s00038-010-0182-z>

# PENGARUH BACK MASSAGE TERHADAP MATERNAL DEPRESSIVE SYMPTOMS PADA IBU POSTPARTUM

Anis Eka Pratiwi, Moh. Anwar, Herlin Fitriana  
email: aniseka.pratiwi@yahoo.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang** : Periode *postpartum* merupakan proses adaptasi perubahan fisik dan psikologis. Ibu *postpartum* beresiko mengalami gangguan psikologis. Intervensi berupa *back massage* merupakan usaha yang bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menurunkan *maternal depressive symptoms*.

**Tujuan** : Mengetahui pengaruh pemberian intervensi *back massage* terhadap perubahan skor *maternal depressive symptoms* pada ibu *postpartum*.

**Metode** : Desain penelitian dengan *quasi experimental Non-equivalent control group design*. Analisis penelitian ini menggunakan uji *paired t-test* untuk membandingkan skor sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok dan uji statistik *independent t-test* (tidak berpasangan) digunakan untuk melihat *Pvalue* dari delta perubahan skor dua kelompok dengan derajat tingkat kepercayaan 95% ( $p < 0,05$ ). Waktu penelitian Oktober-Desember 2016. Populasi penelitian adalah seluruh ibu *postpartum* yang melahirkan di RSIA Sakina Idaman dan RB Amanda. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 26 untuk masing-masing kelompok.

**Hasil** : Intervensi yang diberikan berupa *back massage* yang dilakukan 2x dalam seminggu selama 4 minggu durasi 15 menit. Instrumen *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* digunakan untuk mengukur *maternal depressive symptoms* pada *pre* dan *post-test*. Uji statistik yang digunakan adalah *paired t-test* dan *independent t-test*. Skor *maternal depressive symptoms* sebelum intervensi setara antara kedua kelompok yaitu  $12,9 \pm 3,99$ .

**Simpulan** : Pada kedua kelompok terjadi penurunan signifikan setelah intervensi (minggu keempat) yaitu  $6,46 \pm 1,60$  pada intervensi dan  $8,73 \pm 1,63$  pada kontrol. Delta *mean* sebesar 2,26 (*Pvalue* 0,04 CI 95% 0,05-4,47). *Back massage* berpengaruh signifikan menurunkan *maternal depressive symptoms* pada ibu *postpartum*.

**Kata Kunci** : *Back Massage, Maternal Depressive Symptoms, Postpartum*

## PENDAHULUAN

Periode *postpartum* merupakan masa transisi dimana terjadi perubahan secara fisik dan psikologis (Hutagaol, 2010; Pillitteri, 2010). Menurut Hasegawa (2009) banyak wanita mengalami *depressive symptoms* di hari pertama kelahiran. Hal ini dikarenakan pada hari pertama *postpartum* aktivitas saraf otonom dalam keadaan tidak stabil (Nakakita, 2011). Kondisi *maternal depressive symptoms* hanya sekitar 25% yang dilaporkan dan tertangani dengan baik pada tahun pertama *postpartum* (Norman *et al.*, 2010; Klossner & Hatfield, 2010).

Lebih dari 50% perempuan yang mengalami depresi *postpartum* tidak tahu bagaimana dan kemana mencari bantuan untuk mengatasi kondisi yang dialami dan mayoritas adalah primipara dan multipara dengan jarak persalinan >5 tahun sehingga ibu sudah lupa dengan pengalaman sebelumnya, begitu juga dengan ibu yang melahirkan bayi laki-laki setelah sebelumnya melahirkan bayi perempuan (Bussel *et al.*, 2009; Pillitteri, 2010).

Rekomendasi McQueen (2008) bagi tenaga kesehatan yang melakukan intervensi pada *maternal depressive symptoms* sebaiknya menyediakan asuhan *postpartum* secara individual dan dimulai pada awal masa *postpartum*. Intervensi yang dianjurkan salah satunya dengan *massage* yang bisa dilakukan segera setelah persalinan (NICE, 2007; Larson-Meyer, 2003; Stone & Menken, 2008).

Pengukuran kondisi emosional ibu *postpartum* dilakukan sedini mungkin untuk mendeteksi adanya gejala gangguan emosional. Hal ini sejalan dengan salah satu program pelayanan mental di Amerika Serikat yang dikembangkan sejak tahun 2010 yaitu “*Healthy People 2020*”. Program ini bertujuan menurunkan *depressive symptoms* pada individu usia dewasa dan meningkatkan upaya pencegahan mulai dari tingkat pelayanan primer. Bidan memiliki peran penting dalam upaya deteksi dini kemungkinan gangguan emosional yang dialami ibu *postpartum* (Stuart, 2012).

Dilaporkan bahwa *massage* pada wanita di awal periode *postpartum* mampu mengurangi kecemasan dan meningkatkan relaksasi (Imura, Misao, & Ushijima, 2005; Nakakita & Takenou, 2009). Pemberian intervensi *back massage* pada masa *postpartum* menunjukkan penurunan *depressive symptoms* jika dibandingkan dengan perawatan standar (Shapiro, 2013).

Data penelitian menunjukkan bahwa terapi pijat memiliki efek secara biologis, setelah dilakukan dengan pemijatan selama 2 kali dalam 1 minggu dengan sentuhan ringan mempunyai efek perubahan pada neuroendokrin yang dapat memicu pelepasan dan menjaga kestabilan oksitosin (Mark *et al.*, 2012).

Pelayanan kesehatan bagi ibu *postpartum* perlu dilakukan guna mencapai kehidupan yang optimal baik ibu maupun bayinya, salah satu bentuk pelayanan untuk memaksimalkan kestabilan kondisi kesehatan mental ibu adalah dengan memberikan intervensi *back massage* sebagai upaya pencegahan terjadinya *maternal depressive symptoms*.

## METODE PELAKSANAAN

Penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental* dengan pendekatan *Non-equivalent control group design*. Responden penelitian dibagi menjadi 2 kelompok. Kelompok perlakuan dilakukan di RSIA Sakina Idaman dengan memberikan layanan standar dan *back massage* kepada ibu *postpartum*. Sedangkan kelompok kontrol dilakukan di RB Amanda dengan memberikan pelayanan standar tanpa intervensi *back massage*.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu *postpartum* yang melahirkan pervaginam di RSIA Sakina Idaman dan RB Amanda. Teknik sampling menggunakan *consecutive sampling*. Perhitungan jumlah sampel menggunakan *Software Power and Sample Size Calculation (PS)* versi 3.1.2. Jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 24 responden untuk masing-masing kelompok. Untuk mengantisipasi terjadinya *drop out* perlu ditambah 10% sehingga jumlah sampel setiap kelompok adalah 26.

Instrumen penelitian atau alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data yaitu: Kuesioner demografi responden yang terdiri dari: nama, usia ibu, paritas, status perkawinan, tingkat pendidikan, status pekerjaan ibu, kehamilan yang tidak direncanakan dan status ekonomi keluarga. *Maternal depressive symptoms* diukur menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, adalah salah satu alat untuk mendeteksi depresi pasca persalinan. Walaupun tidak umum, EPDS dapat dengan mudah digunakan selama 6 minggu pasca persalinan. EPDS berupa kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan mengenai bagaimana perasaan pasien dalam satu minggu terakhir (Clark & Wenzel, 2003; Cohen & Syme, 1985; Elvira, 2006; O'hara & Gorman, 2004).

Intervensi berupa *back massage* selama 15 menit oleh bidan yang sudah berpengalaman dan bersertifikat. Intervensi pertama dilakukan pada 24 jam pertama *postpartum* di RSIA Sakina Idaman selanjutnya intervensi dilakukan di rumah responden dengan frekuensi 2x dalam seminggu selama 4 minggu *postpartum*. Sedangkan kelompok kontrol di RB Amanda hanya diminta untuk melakukan pengisian kuesioner *EPDS* sebagai *pretest* tanpa pemberian intervensi *back massage* pada 24 jam *postpartum*.

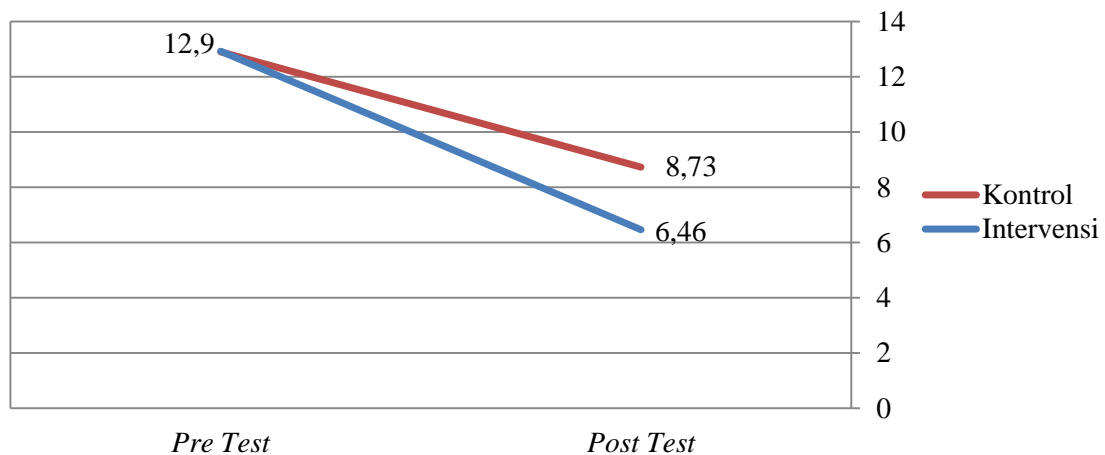
## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

Tabel 1. Perbedaan Skor *Maternal Depressive Symptoms Pretest* dan *Posttest* pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Kelompok	Mean±SD		Pvalue	CI 95%
	Pretest	Posttest		
Intervensi	12,92± 3,99	6,46 ± 1,60	0,000	-5,70-(-2,67)
Kontrol	12,9 ± 3,99	8,73 ± 1,63		-8,14-(-4,77)

Berdasarkan tabel 1 didapatkan  $Pvalue = 0,00 < \alpha (0,05)$  yang artinya ada perbedaan yang signifikan antara skor *maternal depressive symptoms* sebelum dan setelah dilakukan *back massage*. Dimana nilai rata-rata *pretest* pada kelompok intervensi  $12,92 \pm 3,99$  dan *posttest* menjadi  $6,46 \pm 1,60$  dengan CI 95%  $-5,70-(-2,67)$ . Sedangkan pada kelompok kontrol nilai rata-rata *pretest*  $12,9 \pm 3,99$  dan *posttest* menjadi  $8,73 \pm 1,63$  dengan CI 95%  $-8,14-(-4,77)$ . Adapun perbedaan skor *maternal depressive symptoms* pada kelompok kontrol dan intervensi ditunjukkan pada grafik di bawah ini:



Gambar 1 Grafik Perubahan Skor *Maternal Depressive Symptoms*

Rata-rata skor *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol dan intervensi sama yaitu 12,9. Berdasarkan gambar di atas terlihat perbedaan rerata skor *pretest* dan *posttest* kedua kelompok mengalami penurunan sebesar 6,46 pada kelompok intervensi dan 4,19 pada kelompok kontrol.

Tabel 2 Perbandingan Selisih Skor *Maternal Depressive Symptoms Posttest* pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Mean ± SD	Δ Mean	P value	T	CI 95 %
Kontrol	-4,19±3,75				
Intervensi	-6,46±4.16	2,26	0,04	2,06	0,05-4,47

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan penurunan skor *maternal depressive symptoms* sebesar -6,46±4.16 pada intervensi dan -4,19±3,75 pada kontrol dengan  $\Delta$  mean sebesar 2,26. Hal ini membuktikan bahwa pemberian *back massage* secara signifikan berpengaruh terhadap penurunan skor *maternal depressive symptoms* pada ibu *postpartum* dibandingkan yang tidak diberikan *back massage* dengan  $P$ value = 0,04 CI 95% 0,05-4,47.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini mengamati pengaruh *back massage* terhadap *maternal depressive symptoms* pada ibu *postpartum* yang melahirkan pervaginam. Dalam penelitian ini, responden dibagi menjadi 2 kelompok (intervensi dan kontrol). Kelompok intervensi diberikan perawatan standar *postpartum* dan *back massage* sedangkan kelompok kontrol hanya mendapatkan perawatan standar yang diberikan di tempat bersalin.

*Back massage* yang diberikan kepada kelompok intervensi berupa pemijatan dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan, memijat mulai dari pangkal leher dengan gerakan sirkuler dilanjutkan melalui kedua sisi tulang belakang sampai batas bawah *scapula* selama 15 menit pemijatan dan dilakukan 2 hari sekali selama 4 minggu. Pemijatan dilakukan oleh bidan yang bersertifikat dan berpengalaman dalam memberikan *back massage*. Sedangkan kelompok kontrol dalam penelitian ini hanya diberikan perawatan standar *postpartum* seperti konseling laktasi, pemeriksaan involusi uterus dan lokhea yang merupakan perawatan standar di tempat bersalin. Namun, di akhir penelitian kelompok kontrol akan tetap mendapatkan *back massage* seperti yang diberikan pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa *massage* pada wanita di awal periode *postpartum* mampu mengurangi kecemasan dan meningkatkan relaksasi (Imura, Misao, & Ushijima, 2005; Nakakita & Takenou, 2009).

Pemberian intervensi *back massage* pada masa *postpartum* menunjukkan penurunan *depressive symptoms* jika dibandingkan dengan perawatan standar (Shapiro, 2013).

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa yang berlangsung selama 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi psikologi karena proses kehamilan (Bobak, *et al.*, 2005). Periode pemulihan pasca partum ini berlangsung sekitar 6 minggu atau sekitar 42 hari. Ibu yang tidak mampu beradaptasi dengan masa kritis *postpartum* akan mengalami gangguan psikologis (Bobak, *et al.*, 2005). Untuk mencegah terjadinya gangguan psikologis ini dapat dilakukan dengan pemijatan.

Pemijatan merupakan suatu intervensi yang efektif dan memiliki banyak manfaat. Intervensi pemijatan atau *massage* khususnya *back massage* dapat meningkatkan pelepasan hormon oksitosin dan meningkatkan relaksasi serta menurunkan kecemasan pada wanita *postpartum*. Manfaat *back massage* antara lain: merangsang pelepasan hormon oksitosin, mengurangi pembengkakan pada payudara, mengurangi sumbatan ASI, mempertahankan produksi ASI (Depkes RI, 2007 dalam Mardyaningsih, 2010; Modul WHO & UNICEF, 2011).

Hasil penelitian ini sesuai dengan data penelitian yang menunjukkan bahwa *back massage* memiliki efek secara biologis, setelah dilakukan dengan pemijatan selama 2 kali dalam 1 minggu dengan sentuhan ringan mempunyai efek perubahan pada neuroendokrin yang dapat memicu pelepasan dan menjaga kestabilan oksitosin (Mark *et al.*, 2012).

Hasil penelitian yang senada dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan Jahdi F., *et al.* (2015) yang meneliti hubungan *massage* dengan kondisi psikologis ibu *postpartum* hari pertama dimana didapatkan hasil bahwa *massage* secara signifikan menyeimbangkan *physiological indicators* ibu *postpartum* pada hari pertama kelahiran ( $P < 0.001$ ).

Penelitian lain yang juga mendukung penelitian ini adalah penelitian Imura M., *et al.* (2006) yang meneliti tentang pengaruh *aromatherapy* dan *massage* terhadap kondisi psikologis ibu *postpartum* dimana hasil penelitian menunjukkan pada kelompok yang diberi aromaterapi dan *massage* terdapat penurunan skor pada *Maternity Blues Scale*, *State-Anxiety Inventory* dan *Feeling toward Baby Scale* serta meningkatkan skor *Profile of Mood States* (POMS) pada ibu *postpartum*.



## KESIMPULAN

Skor *maternal depressive symptoms* sebelum intervensi setara antara kedua kelompok yaitu  $12,9 \pm 3,99$ . Penurunan skor *maternal depressive symptoms* pada kelompok intervensi setelah pemberian *back massage* lebih besar dan berbeda bermakna dibandingkan kelompok kontrol dengan penurunan sebesar  $6,46 \pm 1,60$  pada intervensi dan  $8,73 \pm 1,63$  pada kontrol. Delta *mean* sebesar 2,26 (*Pvalue* 0,04 CI 95% 0,05-4,47).

## DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. & Perry, S.E. (2005) *Buku ajar keperawatan maternitas*. Edisi 4. Alih bahasa: Maria & Peter. Jakarta: EGC.
- Bussel, J.C., Spitz, B., Demyttenaere, K. (2009) Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Arch Womens Mental Health*, 12(3), 155-166.
- Clark, T., & Wenzel, A. (2003) Psychotherapy for Postpartum Depression: A Preliminary Report. *Am J Orthopsyciatry*, 73, 441-445.
- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985) *Social Support and Health: A Guide to The Edinburgh Postnatal Depressive Scale (EPDS)*. The Royal College of Psychiatrists.
- Depkes RI. (2007) *Panduan Manajemen Laktasi: Diit Gizi Masyarakat*. Jakarta: Depkes RI.
- Elvira, S.D., 2006, *Depresi Pasca Persalinan*, Balai Penerbit FKUI: Jakarta.
- Hutagaol, E.T. (2010) Efektifitas Intervensi Edukasi pada Depresi Postpartum. [Tesis]. Fakultas Ilmu Keperawatan. Program Magister Ilmu Keperawatan, Kekhususan Keperawatan Maternitas. Universitas Indonesia. Depok
- Imura, M., Misao, H., & Ushijima, H. (2006) The Psychological Effect of Aromatherapy-Massage in Healthy Postpartum Mothers. *J Mid Women's Health*, 51, e21-e27.
- Jahdi, F., Mehrabadi, M., & Mortazavi, F. (2015) The effect of slow stroke back massage on physiological indicators of primiparous mothers in the first postpartum day. *Indian J Fundament Applied Life Sci*, 5(4), 1401-1410.
- Larson, C., Sydsjo, G., & Josefsson. (2004) Health, Sociodemografi Data and Pregnancy Outcome in Women with Antepartum Depressive Symptoms. *J Obstet Gynecol*, 104, 459-466.
- McQueen, K., Montgomerry, P., Gracon, S.L., Evans, M. & Hunter, J. (2008) Evidence based recommendation for depressive symptoms in postpartum women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32, 127-136.

- Nakakita, M. (2015) Randomized controlled trial on the relaxation effects of back massages for puerperants on the first post-partum day. *Japan J Nurs Science*, 12, 87-98.
- Norman, E., Sherburn, M., Osborne, R.H. & Galea, M.P. (2010) An exercise and education program improves well-being of new mothers: a randomized control trial. *Phys Ther*, 90, 348-355.
- O'hara, M. & Gorman, R.L. (2004) Can Postpartum Depression Be Predicted. *Prim Psychiatry*, 11, 42-47.
- Pillitteri, A. (2010) Care for Childbearing & Childbearing Family. Maternal & Child Health Nursing 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Shapiro, GD. (2013). Review: Psychosocial and psychological intervention reduce postpartum depression. *Am J College Physicians*, 159(4):8-9.
- Stuart, G.W. (2012) Principles and Practice Of Psychiatric Nursing, 10th ed. Mosby: Elsevier Inc.
- World Health Organization, United Nations of Children Foundation. (2011) Modul 40 Jam Pelatihan Konseling Menyusui Standar WHO & UNICEF.

# STATUS GIZI IBU HAMIL DAN KEJADIAN *BIRTH WEIGHT* DI UPTD PUSKESMAS TIRON BANYAKAN KEDIRI

Heni Purwanti, Hanny Rono, Farida Kartini  
email: henopurwanti@gmail.com

## ABSTRAK

Kematian neonatal akibat BBLR pada hakekatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (Kurang Energi Kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR dan berisiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan ibu dengan berat badan normal. Penelitian bertujuan mengetahui hubungan status gizi ibu hamil dengan *birth weight* di UPTD Puskesmas Tiron Banyakan Kediri. Desain penelitian *cross sectional* dengan analisis regresi logistik. Teknik sampel dengan *Consecutive Sampling* sejumlah 46 responden. Data yang dikumpulkan adalah data hasil penimbangan berat badan bayi dan ukuran LILA Ibu hamil. Hasil penelitian menunjukkan nilai OR sebesar 6,68 (95% CI : 1,18-37,8) artinya ibu dengan status gizi kurang berpeluang 6,68 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan dengan status gizi ibu yang baik setelah dikontrol oleh variabel paritas, dan kadar Hb ibu. Saran Bagi Puskesmas dapat meningkatkan kualitas ANC terkait gizi ibu hamil guna mencegah kejadian BBLR.

**Kata kunci** : *status gizi, ibu hamil, Berat badan bayi lahir.*

## PENDAHULUAN

Prevalensi bayi dengan berat lahir tidak normal atau kurang diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 % lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram (Andalaras, 2007). Angka kejadian bayi lahir dengan berat kurang di Indonesia secara Nasional berdasarkan Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2010 sekitar 7,5 %. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi yakni maksimal 2%. Data di Jawa Timur Angka kejadian BBLR mencapai 11% dari seluruh persalinan normal (Renstra Pemerintah Propinsi Jatim, 2012), sedangkan di Kabupaten Kediri berdasarkan hasil verifikasi data tahun 2015 sebesar 12%. Data yang dihimpun di Puskesmas Tiron bulan Januari sampai Juni 2016 dalam evaluasi dan monitoring program UKK (Usaha Kesehatan Keluarga) pada variabel KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) 87 persalinan normal dan bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2500 gram (BBLR)

sebanyak 17 bayi, berat badan normal yaitu antara 2500 gram-4000 gram sebanyak 70 bayi, hal ini menunjukkan kejadian BBLR di UPTD Puskesmas Tiron masih tinggi. Penyebab berat badan bayi lahir rendah (BBLR) dan atau kelahiran bayi premature adalah kenaikan berat badan ibu yang rendah dan atau LILA ibu kurang dari 23,5 cm.

Di negara berkembang termasuk Indonesia, masalah gizi masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama dan merupakan penyebab kematian ibu dan anak. Salah satu kematian neonatal yang disebabkan oleh status gizi kurang diantaranya adalah berat badan lahir rendah (BBLR). Kematian neonatal akibat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada hakekatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (Kurang Energi Kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR dan dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan ibu dengan berat badan yang normal. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain memantau pertambahan berat badan selama hamil, mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), dan mengukur kadar Hb (Saimin, 2006).

Status gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi dalam tubuh. Penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh (Almatsier, 2005). Status gizi adalah merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat gizi tersebut (Supariasa, 2002). Status gizi normal merupakan suatu ukuran status gizi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikeluarkan dari luar tubuh sesuai dengan kebutuhan individu. Energi yang masuk ke dalam tubuh dapat berasal dari karbohidrat, protein, lemak dan zat gizi lainnya (Nix, 2005). Status gizi kurang atau yang lebih sering disebut undernutrition merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari energi yang dikeluarkan. Hal ini dapat terjadi karena jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari anjuran kebutuhan individu (Wardlaw, 2007). Menurut Kristiyanasari (2010) yang dikutip dalam buku Gizi Ibu Hamil, ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil, antara lain memantau penambahan berat badan selama

hamil, mengukur LILA untuk mengetahui apakah seseorang menderita KEK dan mengukur kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian dengan tujuan dapat diketahui hubungan status gizi ibu hamil dengan kejadian *birth weight* di UPTD Puskesmas Tiron Banyakan Kediri Jawa Timur tahun 2017.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Terdiri dari satu variabel independen yaitu status gizi ibu hamil dan satu variabel dependen yaitu berat badan bayi lahir, Status gizi ibu merupakan Kondisi tubuh ibu dari sisi timbunan lemak yang ada dalam tubuhnya yang diukur dengan pita ukur pada bagian lingkaran lengannya kemudian dikategorikan menjadi dua yaitu LILA < 23,5 cm (status gizi kurang) dan LILA  $\geq$  23,5 cm (status gizi normal). Berat badan bayi lahir adalah Nilai bobot tubuh bayi yang diambil menggunakan timbangan bayi tidur yang dikategorikan menjadi dua yaitu BB < 2500 gr (Berat badan lahir rendah) dan BB  $\geq$  2500-4000 gr (Berat badan lahir normal).

Penelitian ini menggunakan data primer diperoleh dari hasil penimbangan berat badan bayi dan ukuran LILA Ibu hamil, Alat ukur penelitian ini memakai instrument yang tersedia di Puskesmas berupa METELIN berbahan plastik dan Timbangan Bayi duduk berbagai bahan metal dan plastik dengan merk One Med. Sampel pada penelitian ini sejumlah 46 responden. Pengukuran besar sampel ini menggunakan *software sample size determination in health studies*. Besar sampel minimal ditentukan menurut rumus uji hipotesis beda mean Lemeshow, S., et al (1990) Ibu hamil di wilayah kerja UPTD Puskesmas Tiron TM III berdasarkan kriteria sampel. Uji statistik pada penelitian ini adalah univariat, bivariat dengan menggunakan chi square dan uji multivariat dengan menggunakan regresi logistik.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Karakteristik responden

Hasil dari penelitian ini didapatkan hasil usia ibu paling banyak pada usia reproduksi sehat yaitu berumur < 20 tahun/ >35 tahun sebanyak 29 responden (63,0%). Paritas ibu paling banyak pada ibu yang melahirkan >1 kali yaitu 28 (60,9%). Status gizi pada ibu mayoritas memiliki LILA  $\geq$  23,5 sebesar 33 (71,7%). Sebagian besar ibu hamil mengalami anemia sebanyak 25 (54,3%). Mayoritas bayi mengalami anemia yaitu 24 (52,2%) dan Berat bayi lahir paling banyak dalam kategori normal (2500-4000 gram) yaitu 24 (52,2%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
<b>Usia</b>		
20-35 tahun	17	37,0
< 20 tahun / >35 tahun	29	63,0
<b>Paritas</b>		
1	18	39,1
>1	28	60,9
<b>Kadar Hb Ibu</b>		
Anemia	25	54,3
Tidak anemia	21	45,7
<b>LILA</b>		
<23,5	13	28,3
$\geq$ 23,5	33	71,7
<b>Berat badan lahir</b>		
Rendah	22	47,8
Normal	24	52,2
<b>Kadar Hb Bayi</b>		
Anemia	24	52,2
Tidak anemia	22	47,8

### 2. Hubungan status gizi terhadap Berat Badan Lahir

Tabel 2 Hubungan status gizi ibu hamil trimester III terhadap Berat Lahir di UPTD Puskesmas Tiron Banyakan Kediri Jawa Timur Tahun 2016

Variabel	Berat badan lahir				PR	P-value	(CI 95%)
	Rendah		Normal				
	N	%	N	%			
<b>Status gizi</b>							
Kurang	10	76,9	3	23,1	2,11	0,01	1,23-3,63
Normal	12	36,4	21	63,6			

Tabel 2 menunjukkan terdapat hubungan status gizi terhadap berat badan lahir nilai *p-value* sebesar 0,01. Hasil analisis didapatkan nilai PR sebesar 2,11(95% CI :1,23-3,63) yang memiliki arti bahwa ibu dengan status gizi <23,5 berpeluang 2,11kali lebih besar memiliki bayi dengan berat lahir rendah dibandingkan dengan ibu dengan status gizi normal.

### 3. Hubungan variabel luar terhadap Berat Badan lahir

Tabel 4.3 Hubungan variabel luar terhadap Berat Badan Lahir di UPTD Puskesmas Tiron Banyakan Kediri Jawa Timur Tahun 2016

Variabel	Berat Badan lahir				PR	P-value	CI 95%
	Rendah		Normal				
	N	%	N	%			
<b>Usia</b>							
<20/>35 tahun	12	70,6	5	29,4	2,04	0,01	1,13-3,68
20-35 tahun	10	34,5	19	65,5			
<b>Paritas</b>							
1	13	72,2	5	27,8	2,24	0,00	1,22-4,13
>1	9	32,1	19	67,9			

Secara berurutan tabel 3 menunjukkan pada variabel usia didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,01 yang berarti terdapat hubungan usia terhadap berat badan bayi baru lahir. Hasil analisis didapatkan nilai PR sebesar 2,04(95% CI :1,13-3,68) yang memiliki arti bahwa ibu dengan usia reproduksi tidak sehat (<20 tahun/ >35 tahun) berpeluang 2,04kali lebih besar memiliki bayi dengan berat lahir rendah dibandingkan dengan ibu dengan usia reproduksi sehat. Variabel berikutnya yang berhubungan dengan kejadian berat bayi lahir adalah variabel paritas dengan nilai *p-value* sebesar 0,00 yang berarti terdapat hubungan paritas ibu terhadap berat badan bayi baru lahir. Hasil analisis didapatkan nilai PR sebesar 2,24(95% CI :1,22-4,13) yang berarti bahwa ibu dengan paritas >1 berpeluang 2,24kali lebih besar untuk memiliki bayi dengan berat lahir rendah dibandingkan dengan paritas 1.

#### 4. Hasil analisis multivariate

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Logistik Hubungan status gizi ibu hamil trimester III terhadap Berat Badan Lahir

Variabel	Model I (coef 95% CI)	Model II (coef 95% CI)
<b>Status gizi</b>		
Kurang	<b>5,83</b>	<b>4,98</b>
Normal	(1,33-25,4)	(1,07-23,1)
<b>Umur ibu</b>		
< 20/>35 tahun		<b>3,90</b>
20-35 tahun		(0,99-15,2)
<b>R<sup>2</sup></b>	0,173	0,270

Tabel 4. hasil akhir uji statistik regresi logistic menunjukkan bahwa terdapat 2 variabel yang mempengaruhi kejadian berat badan lahir rendah dimana nilai R<sup>2</sup> didapatkan sebesar 0,270, yang berarti bahwa kedua variabel tersebut mempengaruhi kejadian berat badan bayi lahir rendah sebesar 27,0% dan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain .

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa status gizi ibu mempengaruhi kejadian berat badan bayi lahir rendah. Hasil analisis didapatkan nilai OR sebesar 4,98 (95% CI : 1,07-23,1) yang memiliki arti bahwa ibu dengan status gizi kurang berpeluang 4,98 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan dengan status gizi ibu yang baik setelah dikontrol oleh variabel usia ibu.

Variabel luar yang menunjukkan hubungan dengan kejadian berat badan bayi lahir rendah adalah umur ibu dimana hasil uji statistik menunjukkan bahwa umur ibu mempengaruhi kejadian berat badan bayi lahir rendah. Hasil analisis didapatkan nilai OR sebesar 3,90 (95% CI : 0,99-15,2) yang memiliki arti bahwa ibu dengan umur resiko tinggi berpeluang 3,90 kali lebih besar untuk memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan ibu dengan umur tidak beresiko setelah dikontrol oleh variabel status gizi.



## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan ibu hamil memiliki ukuran LILA  $\geq 23,5$  yang berarti ibu hamil berada dalam status gizi normal. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (Kurang Energi Kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR dan dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan ibu dengan berat badan yang normal. Status gizi merupakan hasil akhir dari keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrient input*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrient output*) akan zat gizi tersebut (Supariasa, 2002). Menurut Depkes (1994) yang dikutip oleh Supariasa et al (2002), pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui resiko Kekurangan Energi Protein (KEP) wanita usia subur (WUS). LILA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi ibu hamil, karena mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat-alat yang sulit diperoleh dengan harga yang lebih murah. Pengukuran LILA pada kelompok WUS baik ibu hamil maupun calon ibu merupakan salah satu cara deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok beresiko KEK (Supariasa et al, 2002).

Variabel luar yang terbukti berhubungan dengan status gizi dan berat bayi lahir dalam penelitian ini adalah usia ibu. Usia ibu bersalin dalam penelitian ini paling banyak pada usia reproduksi sehat (20-35 tahun). Usia merupakan salah faktor penting untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu. Dalam masa reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Manuaba, 2013). Melahirkan anak pada usia ibu yang muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004).

Menurut Baliwati (2004) seperti yang dikutip oleh Mutalazimah (2005) dalam jurnal penelitian Hubungan LILA dan Kadar Hb Ibu Hamil dengan Berat Bayi Lahir di RSUD DR. Moewardi Surakarta, melahirkan anak pada usia ibu yang muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu. Karena itu, ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) dapat terjadi kompetisi makanan antara ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Sehingga usia yang paling baik

adalah 20-35 tahun, sehingga diharapkan status gizi ibu hamil akan lebih baik. Teori yang sama dikemukakan oleh Kristiyanasari (2010) yang mengatakan bahwa Dampak jika status gizi ibu hamil baik, maka janin yang dikandungnya akan baik juga dan kesehatan ibu sewaktu melahirkan akan terjamin. Sebaliknya jika keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil kurang, maka akan dapat berakibat janin lahir mati (*perenatal death*) dan bayi lahir dengan berat badan kurang dari normal (*low birth weight*) yang dikenal dengan istilah *berat lahir rendah*.

Ibu hamil dengan masalah gizi dan kesehatan berdampak terhadap kesehatan, keselamatan ibu dan bayi serta kualitas bayi yang dilahirkan. Kondisi ibu hamil dengan kekurangan energi kronik (KEK), berisiko menurunkan kekuatan otot yang membantu proses persalinan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya partus lama dan perdarahan pasca salin, bahkan kematian ibu. Risiko pada bayi dapat mengakibatkan terjadi kematian janin (keguguran), prematur, lahir cacat, Beratlahir rendah bahkan kematian bayi. Ibu hamil KEK dapat mengganggu tumbuh kembang janin, yaitu pertumbuhan fisik (*stunting*), otak dan metabolisme yang menyebabkan penyakit tidak menular di usia dewasa (Buku Bumil KEK, 2013). Hasil penelitian ini sesuai dengan Penelitian yang dilakukan Sunandar (2004) tentang Hubungan status LILA dan Kadar Hb dengan Berat Badan Bayi Lahir di Puskesmas Mojosongo Kabupaten Boyolali dimana hasil penelitian menyatakan ada hubungan yang bermakna antara status LILA ibu hamil dan Hb ibu hamil dengan Berat Badan Lahir.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Terdapat hubungan status gizi pada ibu hamil dengan berat badan lahir di UPTD Puskesmas Tiron Banyakan Kediri Jawa Timur. Ibu dengan status gizi kurang berpeluang 6,68 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir. Saran Bagi Puskesmas dapat meningkatkan kualitas ANC terkait gizi ibu hamil guna mencegah kejadian BBLR.

## DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2004. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
- Bina Kesehatan Ibu dan Bayi Prop Jatim.(2012).*Pentingnya Menjalankan Aktivitas Fisik Bagi Ibu Hamil*. Diakses tanggal 28/02/2013 pukul 22:10 WIB [http://www.dinkespropjatim.go.id/prinsip3\\_ibu\\_hamil.php](http://www.dinkespropjatim.go.id/prinsip3_ibu_hamil.php)
- Baliwati, Y. F.(2004). Pengantar Pangan dan Gizi, Cetakan I. Jakarta: Penerbit Swadaya.
- Blade (2011).*Kehamilan Minggu Demi Minggu*. Jakarta: Erlangga.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2012). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kristiyanasari, Weni. 2010. Gizi Ibu Hamil. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kozier, Barbara. (2009).*Buku ajar praktik keperawatan klinis KOZIER & ERBED.5*.jakarta: EGC.
- Manuaba, I. 2010. Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan Edisi 2. Jakarta : ECG
- Michael F, Roizen. (2010).*Having a Baby: Panduan Modern Kehamilan Yang Bahagia, Sehat, Dan Cerdas*. Bandung: Qanita.
- Purwanto, T.P. (2012). *Masalah Kesehatan Umum Pada Wanita Hamil*.Diakses tanggal 28/02/2013 pukul 21:09 WIB <<http://edisicetak.joglosemar.co/berita/masalah-kesehatan-umum-pada-wanita-hamil-65544.html>.
- Sindhu, Pujiastuti. (2009).*Yoga Untuk Kehamilan Sehat, Bahagia, Dan Penuh Makna*.Bandung: Qanita.
- Supariasa. 2002. Penilaian Status Gizi. Jakarta : EGC
- Saimin, J. 2006. Hubungan Antara Berat Badan Lahir Denga Status Gizi Ibu Berdasarkan ukuran Lingkar Lengan Atas . Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin, Makasar
- Mulyati, R., Febri R., dan Bahagiawati H. 2007. Hubungan Antara Pengetahuan tentang anemia dan Asupan Gizi Pada Ibu Hamil dengan Resiko Terjadinya Anemia Dalam Kehamilan di Puskesmas Kecamatan Kembangan, JakartaBarat Periode 10-18 Desember 2007. Ebers Papyrus, Vol 13.
- Mutalazimah. 2005. Hubungan Lingkar Lengan Atas(LILA) dan Kadar Hemoglobin (Hb) Ibu Hamildengan Berat Bayi Lahir Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Jurnal Penelitian Sains danTeknologi, Vol 6 (2) : 114-126

Sujiono & Yuliani.(2004).*Seri Mengembangkan Potensi Bawaan Anak Persiapan Dan Saat Kehamilan*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

Wahyuningsih, M. (2011).*Agar Tak Tersiksa Sakit Punggung Saat Hamil*. Diakses tanggal 04/02/2013 pukul 13:29 WIB  
<<http://health.detik.com/read/2011/06/11/140335/1658215/764/>>

Widyastuti. (2011) *Hubungan Tingkat Kepatuhan Ibu Hamil Trimester III Yang Menjalankan Program Senam Hamil Dengan Lama Persalinan Di RS Panti Wilasa Citarum Semarang*. Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan: Vol 1. No 1.

Wardlaw G & Hampl J., 2007. *Perspective in Nutrition Seventh Edition*. New York : McGraw-Hill pp. 606.

# PENGARUH POSISI BERSALIN *LATERAL* DAN SETENGAH DUDUK TERHADAP *RUPTUR PERINEUM* PADA KALA II

Hestri Norhapifah, Moh. Anwar, Farida Kartini  
email: hestriskes@yahoo.co.id

## ABSTRAK

Perdarahan merupakan penyebab utama kematian dimana salah satunya dapat disebabkan oleh *ruptur perineum*. Penggunaan posisi bersalin pada kala II dapat meminimalisir terjadinya resiko *laserasi* pada perineum dan persalinan berlangsung lebih nyaman. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh posisi bersalin *Lateral* dan setengah duduk dalam mencegah terjadinya *ruptur perineum* pada kala II. Desain penelitian ini *Quasi Experiment* dengan pendekatan *post test only non equivalent control group*. Teknik pengambilan sampel *consecutive sample* dengan jumlah sampel 62 responden. Uji statistik menggunakan *chi-square test*, perhitungan RR dengan *confidence interval 95%*. Hasil penelitian menunjukkan posisi bersalin *Lateral* lebih berpengaruh dalam mencegah terjadinya *ruptur perineum* dengan RR sebesar 6,00 (95% CI : 1,96-18,3). Simpulan dalam penelitian ini ibu yang melahirkan dengan posisi *lateral* pada kala II lebih sedikit mengalami *ruptur perineum* dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dengan posisi setengah duduk.

**Kata kunci:** Posisi bersalin *Lateral*, *Ruptur perineum*, ibu primipara

## PENDAHULUAN

Perdarahan merupakan penyebab utama kematian dimana salah satunya dapat disebabkan oleh *ruptur perineum*. Menurut Stefen, seorang tokoh WHO dalam bidang Obsgyn, di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi 2,7 juta kasus *ruptur perineum* pada ibu bersalin. Angka ini diperkirakan mencapai 6,3 juta pada tahun 2050. Di Amerika, 26 juta ibu bersalin yang mengalami *ruptur perineum*. Penelitian di Kota Benin Teaching, Nigeria mengemukakan bahwa prevalensi *ruptur perineum* 46,6%, terlebih pada ibu primigravida 90% mengalami *ruptur perineum*. Di Asia, *ruptur perineum* juga merupakan masalah yang cukup banyak dalam masyarakat, 50% dari kejadian *ruptur perineum* di dunia terjadi di Asia (Stefen dalam Turlina 2013).

Di Indonesia pada tahun 2012 angka kematian ibu (AKI) masih cukup tinggi, berdasarkan survei demografi kesehatan Indonesia (SDKI) sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian ibu di Indonesia tersebut adalah perdarahan 28%, eklamsi 24%, infeksi 11%, komplikasi puerperium 8% dan lain-lain 29% (Depkes RI, 2014).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Empat Bidan Praktek Mandiri Kabupaten Sleman Yogyakarta pada tanggal 1 Agustus 2016 didapatkan data persalinan pada bulan Mei-Juli 2016 sebanyak 128 persalinan normal dengan paritas ibu primipara berjumlah 37 orang dan ibu multipara berjumlah 91 orang, kejadian *ruptur perineum* pada ibu primipara sebanyak 30 orang (81%), yang tidak mengalami *ruptur perineum* 2 orang (5,4%) dan yang dilakukan *episiotomi* sebanyak 5 orang (14%), sedangkan pada ibu multipara kejadian *ruptur perineum* sebanyak 71 orang (78%), tidak mengalami *ruptur perineum* sebanyak 20 orang (22%).

Trauma *perineum* dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko diantaranya (status gizi, indeks massa tubuh ibu, berat lahir dan posisi janin) di mana faktor tersebut tidak bisa diubah oleh dokter kandungan pada saat persalinan. Sedangkan faktor lainnya yaitu seperti posisi ibu bersalin yang dapat dirubah, sehingga mungkin dapat mengurangi kerusakan pada *perineum* (Meyvis *et. al.* 2012).

Mencegah terjadinya *ruptur perineum* merupakan salah satu usaha untuk menurunkan komplikasi perdarahan. Dalam proses persalinan pengaturan posisi ikut berperan penting di dalam persalinan, posisi yang dimaksudkan disini yaitu menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi. Posisi meneran yang nyaman dapat mempersingkat kala II, dengan membiarkan ibu memilih posisi yang diinginkan selama meneran dan melahirkan akan memberikan banyak manfaat termasuk memberikan sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan, lama kala II lebih pendek, *laserasi perineum* yang lebih sedikit, lebih membantu dan nilai APGAR yang lebih baik (Kozak, 2004).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan desain *Quasi Experiment* dengan pendekatan *Post test only non equivalent control group design*. Responden penelitian dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok intervensi (posisi bersalin *lateral*) dilakukan di empat Bidan Praktek Mandiri (BPM) Kabupaten Sleman Yogyakarta. Sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan di dua Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Sleman Kota Yogyakarta.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu primipara yang bersalin normal. Sampel penelitian ini sebanyak 62 orang yang terdiri dari 31 orang pada kelompok

intervensi dan 31 orang pada kelompok kontrol dengan teknik pengambilan sampel *Consecutive Sampling*.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan lembar *check list* untuk mengumpulkan data dari hasil perlakuan/ observasi dan partograf.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden**

Karakteristik	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
<b>Usia ibu</b>				
20-35 tahun	20	64,5	16	51,6
<20 tahun />35 tahun	11	35,5	15	48,4
<b>Lama Kala II</b>				
≤ 2 jam	30	96,8	30	96,8
> 2 jam	1	3,2	1	3,2
<b>Birth weight</b>				
<3500 gr	26	83,9	16	51,6
≥ 3500	5	16,1	15	48,4

Dari tabel diatas pada usia ibu baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol mayoritas memiliki usia reproduksi sehat (20-35 tahun) yaitu 20 (64,5%) pada kelompok intervensi dan 16 (51,6%) pada kelompok kontrol. Lama kala II baik pada kelompok Intervensi maupun kelompok kontrol sama-sama memiliki waktu lama kala II pada ≤ 2 jam yaitu 30 (96,8%). Birth weight pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mayoritas memiliki berat badan lahir <3500 gr, yaitu masing-masing 26 (83,9%) dan 16 (51,6%).

**Tabel 2 Pengaruh posisi persalinan terhadap kejadian Ruptur perineum**

Variabel	Ruptur Perineum				RR	P-value	(CI 95%)
	Tidak		Ya				
	N	%	N	%			
<b>Posisi</b>							
Lateral	18	58,1	13	41,9	6,00	0,00	1,96-18,3
Setengah duduk	3	9,7	28	90,3			

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan kejadian ruptur perineum pada kelompok posisi *lateral* lebih sedikit yaitu 13 (41,9%) dibandingkan dengan kelompok posisi setengah duduk yaitu 28 (90,3%). Terdapat pengaruh posisi bersalin *lateral* terhadap kejadian ruptur perineum dengan nilai *p-value* 0,00 dan RR sebesar 6,00 (95% CI :

1,96-18,3) yang berarti posisi persalinan *lateral* memiliki resiko 6,00 kali lebih besar untuk tidak mengalami ruptur dibandingkan dengan posisi setengah duduk.

Ruptur perineum merupakan luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan (Albers, 2006). Salah satu faktor penyebab terjadinya ruptur perineum adalah posisi persalinan. Posisi merupakan gerakan yang dilakukan ibu saat masa persalinan sampai proses kelahiran dan sebagai metode untuk relaksasi atau menghilangkan ketegangan. Posisi ibu bersalin tidak perlu terus berbaring di tempat tidur. Ibu diperbolehkan mengambil semua posisi yang dianggapnya nyaman.

Hasil penelitian ini menunjukkan posisi bersalin *lateral* dapat mencegah terjadinya ruptur perineum dibandingkan dengan posisi bersalin setengah duduk, hal ini dikarenakan pada posisi bersalin *lateral* merupakan posisi istirahat yang sangat baik dan tidak dipengaruhi gaya tarik bumi sehingga dapat mengurangi peregangan yang berlebihan pada perineum (Simkin, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan Penelitian yang dilakukan Meyvis *et.al* (2012) yang menyatakan melahirkan dengan posisi *lateral* dapat mengurangi terjadinya trauma pada *perineum*, bahkan setelah melihat dari paritas ibu dan penolong persalinan. Schimer J, *et.al* (2011) menyatakan pada posisi miring, membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah balik ibu sehingga membuat peredaran darah balik ibu lancar. Keadaan tersebut akan menyebabkan otot *perineum* dan *vagina* menjadi lebih rileks, membuat proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga akan meminimalisir terjadinya resiko *laserasi* pada perineum dan persalinan berlangsung lebih nyaman.

Menurut Fraser (2009) melahirkan dengan posisi *lateral* ditinjau dari segi psikologis akan memberikan perasaan tenang dan nyaman pada ibu sehingga dapat mengurangi rasa takut ibu dalam menghadapi persalinan. Karena jika ibu mengalami perasaan takut, cemas, khawatir dan panik saat persalinan maka hal ini dapat membuat ibu menjadi stres ketika menghadapi proses persalinan. Perasaan tidak nyaman seperti stres tersebut dapat membuat rasa sakit yang dialami terasa semakin berat dan ibu semakin kehilangan konsentrasi pada saat meneran. Hilangnya konsentrasi ibu dapat mengakibatkan ibu meneran tidak terkontrol yang berdampak terjadinya robekan perineum.



Penelitian senada juga dilakukan oleh Schirmer *et. al.* (2011) dimana penelitiannya menjelaskan bahwa wanita yang menggunakan posisi *lateral* pada persalinan dapat mengurangi risiko *edema* pada vulva, mengurangi risiko trauma pada *perineum* dan sedikit *episiotomi* dibandingkan dengan wanita yang menggunakan posisi setengah duduk pada persalinan

## **KESIMPULAN**

Terdapat pengaruh posisi bersalin *Lateral* dalam mencegah terjadinya *ruptur perineum* pada ibu primipara dimana didapatkan nilai RR sebesar 6,00 (95% CI : 1,96-18,3). Posisi persalinan lateral berpeluang 6,00 kali lebih besar untuk tidak mengalami *ruptur perineum* dibandingkan dengan posisi setengah duduk.

## **SARAN**

### 1. Bidan Praktek Mandiri

Menjadikan posisi *lateral* sebagai alternatif pilihan pada saat melakukan pertolongan persalinan sebagai upaya dalam mengurangi angka kematian ibu (AKI) pada kasus perdarahan yang disebabkan oleh *ruptur perineum*

### 2. Bagi ibu

Dapat meningkatkan pengetahuan ibu akan tentang manfaat dari macam-macam posisi bersalin khususnya posisi bersalin *lateral* dalam mencegah terjadinya *ruptur perineum* dan memberikan rasa nyaman pada ibu saat proses bersalin.

### 3. Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya dan dapat memperbaiki kekurangan penelitian ini untuk penelitian selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albers LL, Sedler K, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal birth, *Birth*; 33:94-100. Retrived Maret, 2016. From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16732773>
- Dapertemen kesehatan RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014-Kementerian Kesehatan*. Retrived April, 2016. From: <http://www.depkes.go.id/.../profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>
- Fraser, Diane. M., Cooper, Margareth A. (2009). *Buka Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC
- Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National hospital discharge summary. (2004). Annual summary with detailed diagnosis and procedure data. *National Center for Health Statistics*. Vital Health Stat 2006;13:1–209.
- Lemeshow S, DW Hosmer Jr, J Klar, SK Lwanga, (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. WHO. John Wiley & Sons
- Meyvis I, Rompaey B. Van, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, *et al.* (2012). Maternal Position and Other Variables : Effects on Perineal Outcomes in 557 Births Maternal Position and Other Variables : Effects on Perineal Outcomes in 557 Births, (JUNE).
- Schirmer, J, & Fustinoni, S. M. (2011). Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi- sitting birth positions : a randomized study \*, 24(6), 745–750.
- Simkin, Penny., Whalley, Janet., Kepler, Ann. (2008). *Panduan Lengkap: Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta, ARCAN
- Turlina L, Ummah F. (2013). *Perineal Massage and Lateral Position To Prevent The Perineal Tears On Primipara*. Retrived April, 2016. From: <http://stikesmuhla.ac.id/wp-content/uploads/jurnalsurya/NoXX/26-35> LILIN TURLINA S,SiT., M.Kes\_artikel.pdf

# DUKUNGAN SOSIAL BERHUBUNGAN DENGAN *MATERNAL DEPRESSIVE SYMPTOMS*

Ingge Anggi Anggraini

## ABSTRAK

Periode *postpartum* memiliki makna unik bagi seorang perempuan memiliki anak akan memberikan nilai positif. Berperan sebagai seorang ibu menumbuhkan perasaan dibutuhkan yang secara tidak langsung menimbulkan perasaan positif tersebut. Periode *postpartum* merupakan masa transisi dimana terjadi perubahan secara fisik dan psikologis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara faktor umur, paritas, tingkat pendidikan dan dukungan sosial dengan perubahan *maternal depressive symptoms*. Jenis penelitian korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel sebanyak 59 responden di RSIA Sakina Idaman dan RB Amanda Sleman tahun 2016 dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuisioner. Analisis data menggunakan *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor umur, paritas, tingkat pendidikan dengan perubahan *maternal depressive symptoms* ( $p \text{ value} > 0,05$ ). Faktor dukungan sosial berhubungan dengan *maternal depressive symptoms* ( $p \text{ value} = 0,04$ ).

**Kata kunci:** umur, paritas, pendidikan, dukungan sosial, *maternal depressive symptoms*, *postpartum*

## PENDAHULUAN

Periode *postpartum* memiliki makna unik bagi seorang perempuan memiliki anak akan memberikan nilai positif. Berperan sebagai seorang ibu menumbuhkan perasaan dibutuhkan yang secara tidak langsung menimbulkan perasaan positif tersebut. Periode *postpartum* merupakan masa transisi dimana terjadi perubahan secara fisik dan psikologis. Penyesuaian fisik masa *postpartum* mencakup pengembalian fungsi organ tubuh pada keadaan sebelum hamil yang terjadi dalam 6 sampai 8 minggu. Adaptasi psikologis pada ibu *post partum* meliputi fase ketergantungan (*taking-in*), fase transisi (*taking-hold*) dan fase mandiri (*letting go*) (Pilliteri, 2010 ; Perry, 2012).

*Maternal depressive symptoms* merupakan kondisi kelainan psikiatri yang terjadi pada ibu hamil sampai dengan *postpartum*. Kondisi ini dibagi menjadi *postpartum blues*, *postpartum depression* dan *postpartum psychosis*. Perbedaan mendasar ketiga kondisi ini adalah lama gejala yang dialami oleh ibu *postpartum* sampai gejala tersebut menghilang. Gejala yang dialami beragam dan sulit membedakan tahap apa yang sedang terjadi pada ibu. Belum jelas kelainan tersebut merupakan kelainan yang terpisah antara satu dengan lainnya, sehingga lebih mudah dipahami seandainya

ketiganya dianggap sebagai suatu kejadian yang berkesinambungan sebagai *maternal depressive symptoms* (Pearlstein *et al.*, 2009)

Ibu yang mengalami *depressive symptoms* cenderung mengabaikan kondisi yang dialami dan memilih untuk tidak mencari bantuan petugas kesehatan profesional walaupun sering berkontak dengan pelayanan kesehatan (Pearlstein *et al.*, 2009). Bahkan lebih dari setengah perempuan tersebut juga tidak meminta bantuan pada teman atau keluarga. Perempuan cenderung menutupi perasaan (Tezel & Gozum, 2006).

Lebih dari 50% perempuan yang mengalami depresi *postpartum* tidak tahu bagaimana dan kemana mencari bantuan untuk mengatasi kondisi yang dialami. Perempuan yang mengalami depresi mengerti bahwa ada sesuatu yang salah dalam diri mereka, mayoritas adalah ibu primipara dan ibu yang melahirkan yang anak terakhirnya berusia di atas 5 tahun sehingga ibu sudah lupa dengan pengalaman sebelumnya, begitu juga dengan ibu yang melahirkan bayi laki-laki setelah sebelumnya melahirkan bayi perempuan (Bussel *et al.*, 2009; Pillitteri, 2010).

Secara epidemiologis, depresi *postpartum* dapat terjadi pada semua golongan umur persalinan dan di berbagai daerah di dunia maupun di Indonesia. Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) diperkirakan wanita melahirkan yang mengalami depresi *postpartum* ringan berkisar 10 per 1000 kelahiran hidup dan depresi *postpartum* sedang atau berat berkisar 30 sampai 200 per 1000 kelahiran hidup. Beberapa penelitian juga mengemukakan bahwa depresi *postpartum* bervariasi di setiap daerah penelitian. Hasil penelitian O'Hara dan Swain (1996) menemukan kejadian depresi *postpartum* di Belanda sekitar 2%-10%, di Amerika Serikat 8%-26%, di Kanada 50%-70% dan sekitar 13% wanita primipara mengalami depresi *postpartum* pada periode tahun pertama pasca melahirkan. Chen (2000), melaporkan kejadian depresi *postpartum* ringan sampai berat di Taiwan sebesar 40%, di berbagai negara dilaporkan bahwa terdapat 50-80 % ibu yang baru pertama kali melahirkan mengalami depresi *postpartum*.

Hasil penelitian Alfiben (2000) di RSUP Cipto Mangunkusumo mencatat 33% ibu setelah melahirkan mengalami depresi *postpartum*. Hasil penelitian yang dilakukan Sylvia (2002) di RSUD Serang mencatat 30% ibu setelah melahirkan mengalami depresi *postpartum*. Penelitian terkait kejadian depresi pada ibu *postpartum* dilakukan

Nugroho (2008) di Puskesmas Tegalorejo Yogyakarta diperoleh hasil bahwa angka kejadian depresi postpartum ringan hingga sedang adalah 37,6%.

Faktor penyebab *maternal depressive symptoms* terdiri dari faktor biologis, karakteristik dan latar belakang ibu. Kadar hormon estrogen (estradiol dan estriol), progesteron, prolaktin, kortisol yang meningkat dan menurun terlalu cepat atau terlalu lambat merupakan faktor biologis yang menyebabkan timbulnya depresi *postpartum* (Thompson & Fox, 2010). Semakin besar penurunan kadar estrogen dan progesteron setelah persalinan makin besar kecenderungan seorang wanita mengalami depresi dalam waktu 10 hari pertama setelah melahirkan.

Hormon estrogen dan progesteron memiliki efek supresi aktifitas enzim *monoamine oxidase* yaitu suatu enzim yang bekerja menginaktivasi baik nor adrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi. Estradiol dan estriol merupakan bentuk aktif dari estrogen yang dibentuk oleh plasenta. Estradiol berfungsi menguatkan fungsi neurotransmitter melalui peningkatan sintesis dan mengurangi pemecahan serotonin sehingga secara teoritis penurunan kadar estradiol akibat persalinan berperan dalam menyebabkan depresi pasca persalinan. Faktor penyebab biologis sulit dan jarang diukur dalam kaitannya dengan *maternal depressive symptoms* (Thompson & Fox, 2010).

Faktor lain yang mempengaruhi *maternal depressive symptoms* dijelaskan dalam beberapa penelitian diantaranya variabel interpersonal (gangguan syaraf, pengalaman hidup yang buruk), variabel sosial (ketidakpuasan perkawinan, kurang dukungan sosial, status ekonomi) dan variabel klinis terkait kehamilan (risiko pada kehamilan saat ini, masalah pada kehamilan sebelumnya) (Bussel *et al.*, 2009). Studi literatur yang dilakukan Beck (2002) mendapatkan bahwa etiologi dari depresi postpartum tidak konsisten dan meragukan.

Beberapa kelompok telah melakukan penelitian tentang beberapa variabel demografis yang berhubungan dengan kejadian depresi pasca persalinan yaitu: usia, status pernikahan, paritas, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi. Beberapa penelitian menyatakan hubungan antara faktor demografis tersebut dengan depresi pasca persalinan sangat lemah, namun suatu review penelitian faktor demografi sebagai risiko terjadinya depresi pasca persalinan di asia menunjukkan hubungan yang kuat. Faktor ekonomi, tradisi lokal, jenis kelamin bayi menjadi faktor risiko utama. (Bloch

dkk, 2005; Cohen dan Nonacs, 2005; Elvira 2006; Klainin dan Arthur, 2009; Muhdi, 2009; O'Hara dkk, 1991 *cit* Gondo, 2010).

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan postpartum. Adapun salah satu peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas antara lain memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas. Dukungan yang dapat diberikan oleh bidan dapat berupa pendidikan kesehatan maupun latihan senam nifas yang dapat diajarkan oleh bidan dalam 24 jam pertama *postpartum* (Saleha, 2009).

## **METODE PELAKSANAAN**

Jenis penelitian ini korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik *consecutive sampling*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *maternal depressive symptoms*, variabel independen adalah umur, paritas, pendidikan dan dukungan sosial.

Populasi penelitian ini adalah semua ibu *postpartum* yang melahirkan secara normal pervaginam di RSIA Sakina Idaman dan RB Amanda. Sampel dalam penelitian ini bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi: ibu *postpartum* normal, mampu membaca dan menulis, ibu yang melahirkan bayi dengan gestasi 38-42 minggu, berat lahir bayi 2500-4000 gram. Kriteria eksklusi: ibu *postpartum* dengan bayi sakit, ibu memiliki riwayat gangguan jiwa atau depresi, ibu dalam medikasi terkait gangguan mental (pasien psikiatri) dan ibu yang tidak kooperatif.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*. Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan *power and sample size* program versi 3.1.2 dan didapatkan jumlah sampel sebesar 59 responden. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan *chi-square* dan untuk analisis multivariat menggunakan regresi logistik.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan *Maternal Depressive Symptoms* di RSIA Sakina Idaman dan RB Amanda Kabupaten Sleman

Variabel	<i>Maternal Depressive Symptoms</i>						<i>p-value</i>
	Depresi		Tidak Depresi		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Umur</b>							
Risiko Rendah	22	41,5	31	58,5	53	89,8	0,39
Risiko Tinggi	1	16,7	5	83,3	6	10,2	
<b>Paritas</b>							
Primipara	13	43,3	17	56,7	30	50,8	0,49
Multipara	10	34,5	19	65,5	29	49,2	
<b>Tingkat Pendidikan</b>							
Rendah	2	66,7	1	33,3	3	5,1	0,55
Tinggi	21	37,5	35	62,5	56	94,9	
<b>Dukungan Sosial</b>							
Kurang	16	51,6	15	48,4	31	52,5	0,04
Baik	7	25,0	21	75,0	28	61,0	

Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik responden dalam penelitian ini mayoritas yaitu usia yang berisiko rendah, primipara, tingkat pendidikan tinggi, dukungan sosial kurang dan tidak mengalami depresi. Hasil penelitian berdasarkan uji *chi-square* menunjukkan dari empat variabel *independen* yang diuji menunjukkan bahwa dukungan sosial berpengaruh signifikan terhadap terjadinya *maternal depressive symptoms*. Hasil analisis hubungan dukungan sosial dengan kejadian *maternal depressive symptoms* menunjukkan bahwa proporsi responden yang mendapat dukungan sosial kurang mengalami depresi sebesar 51,6 %, sedangkan yang mendapat dukungan sosial baik sebesar 25%. Hasil uji statistik didapatkan  $p$  value  $< 0,05$  artinya ada hubungan yang bermakna dukungan sosial dengan kejadian *maternal depressive symptoms*. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa kurangnya dukungan keluarga terutama suami dan anggota keluarga dekat lainnya dapat memicu terjadinya depresi postpartum (Rosenthal, 2003; Wolwan, 1993 *cit* Hutagaol, 2010).

Kondisi ibu *postpartum* memerlukan perhatian khusus, ibu membutuhkan proses penyesuaian baik secara fisik maupun psikologis untuk memulihkan dirinya ke kondisi normal. Seorang ibu setelah melahirkan dapat mengalami gangguan suasana hati misalnya kecewa, takut, tidak sayang kepada bayi dan rasa bersalah karena memiliki perasaan tersebut. Kondisi gangguan psikologis pada awal masa *postpartum*

dikategorikan sebagai gejala gangguan mental ringan yang sering tidak dipedulikan oleh ibu postpartum sendiri. Kondisi ini menjadi pencetus keadaan yang lebih berat. Apabila dibiarkan dalam waktu lama kondisi ini bisa memiliki dampak buruk bagi ibu maupun bayi (Sadock, 2007).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Cobb (1993) dalam Soep (2009) bahwa individu yang menerima dukungan sosial akan merasa dicintai, diperhatikan, dihargai, serta merasa dirinya merupakan bagian dari suatu jaringan sosial. Rasa aman karena dicintai mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan fisik dan kesejahteraan psikologis.

Hasil statistik faktor umur, paritas dan tingkat pendidikan tidak terdapat pengaruh yang signifikan terhadap *maternal depressive symptoms*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Soep (2009) bahwa tidak ada perbedaan umur ibu dengan terjadinya *maternal depressive symptoms*, meskipun beberapa kasus umumnya terjadi pada ibu yang melahirkan usia > 20 tahun atau > 35 tahun.

Hasil penelitian ini memberikan informasi bahwa paritas baik primipara maupun multipara tidak menjadi faktor penyebab terjadinya *maternal depressive symptoms*. Menurut (Bussel *et al.*, 2009 ; Pillitteri, 2010) mayoritas ibu yang mengalami *maternal depressive symptoms* terjadi ibu primipara dan ibu yang melahirkan anak terakhirnya berusia di atas 5 tahun sehingga ibu sudah lupa dengan pengalaman sebelumnya, begitu juga dengan ibu yang melahirkan bayi laki-laki setelah sebelumnya melahirkan bayi perempuan.

Faktor lain yang tidak berhubungan dengan kejadian *maternal depressive symptoms* yaitu tingkat pendidikan. Dalam penelitian menunjukkan walaupun sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi, tetapi masih dapat berisiko terjadi *maternal depressive symptoms*. Hasil penelitian Hutagaol (2010) menyatakan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi umumnya memiliki perasaan ambivalensi antara peran sebagai ibu dalam merawat anak dan keluarga dengan keinginan ibu untuk meningkatkan karier sehingga ibu dengan tingkat pendidikan tinggi lebih rentan mengalami depresi. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Nazara (2006) dan Nurbaeti (2002) melaporkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan kejadian *maternal depressive symptoms*, namun penelitian Mutmainnah (2006) menunjukkan perilaku merawat bayi pada ibu berpendidikan tinggi berbeda secara



bermakna dengan perilaku ibu berpendidikan rendah ( $p=0,018$ ) begitupun dengan penelitian Soep (2009) menunjukkan pendidikan berpengaruh signifikan terhadap *maternal depressive symptoms* yang dialami ibu berpendidikan rendah.

Tabel 2 Analisis Regresi Faktor Dukungan Sosial dengan *Maternal Depressive Symptoms*

Variabel	B	Sig	Exp (B)	95 % CI	
				Lower	Upper
Dukungan Sosial	1,163	0,04	3,200	1,057	9,692
Constant	-0,065	0,86	0,937		

Dari keseluruhan variabel *independen* yang diduga mempengaruhi *maternal depressive symptoms*, terdapat satu variabel yaitu dukungan sosial yang paling berpengaruh terhadap *maternal depressive symptoms* dengan nilai  $p\ 0,04 < 0,05$ . Nilai Exp (B) yang diperoleh yaitu 3,2 artinya dukungan sosial kurang mempunyai peluang 3,2 kali menyebabkan terjadinya *maternal depressive symptoms*.

Faktor penyebab *maternal depressive symptoms* terdiri dari faktor biologis, karakteristik dan latar belakang ibu. Kadar hormon estrogen (estradiol dan estriol), progesteron, prolaktin, kortisol yang meningkat dan menurun terlalu cepat atau terlalu lambat merupakan faktor biologis yang menyebabkan timbulnya depresi *postpartum* (Thompson & Fox, 2010). Semakin besar penurunan kadar estrogen dan progesteron setelah persalinan makin besar kecenderungan seorang wanita mengalami depresi dalam waktu 10 hari pertama setelah melahirkan.

Hormon estrogen dan progesteron memiliki efek supresi aktifitas enzim *monoamine oxidase* yaitu suatu enzim yang bekerja menginaktivasi baik nor adrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi. Estradiol dan estriol merupakan bentuk aktif dari estrogen yang dibentuk oleh plasenta. Estradiol berfungsi menguatkan fungsi neurotransmitter melalui peningkatan sintesis dan mengurangi pemecahan serotonin sehingga secara teoritis penurunan kadar estradiol akibat persalinan berperan dalam menyebabkan depresi pasca persalinan. Faktor penyebab biologis sulit dan jarang diukur dalam kaitannya dengan *maternal depressive symptoms* (Thompson & Fox, 2010).

Faktor lain yang mempengaruhi *maternal depressive symptoms* dijelaskan dalam beberapa penelitian diantaranya variabel interpersonal (gangguan syaraf, pengalaman hidup yang buruk), variabel sosial (ketidakpuasan perkawinan, kurang dukungan sosial,

status ekonomi) dan variabel klinis terkait kehamilan (risiko pada kehamilan saat ini, masalah pada kehamilan sebelumnya) (Bussel *et al.*, 2009). Studi literatur yang dilakukan Beck (2002) mendapatkan bahwa etiologi dari depresi postpartum tidak konsisten dan meragukan.

Beberapa kelompok telah melakukan penelitian tentang beberapa variabel demografis yang berhubungan dengan kejadian depresi pasca persalinan yaitu: usia, status pernikahan, paritas, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi. Beberapa penelitian menyatakan hubungan antara faktor demografis tersebut dengan depresi pasca persalinan sangat lemah, namun suatu review penelitian faktor demografi sebagai risiko terjadinya depresi pasca persalinan di asia menunjukkan hubungan yang kuat. Faktor ekonomi, tradisi lokal, jenis kelamin bayi menjadi faktor risiko utama. (Bloch dkk, 2005; Cohen dan Nonacs, 2005; Elvira 2006; Klainin dan Arthur, 2009; Muhdi, 2009; O'Hara dkk, 1991 cit Gondo, 2009).

## **SIMPULAN**

Tidak ada hubungan yang bermakna umur, paritas dan tingkat pendidikan dengan *maternal depressive symptoms*. Terdapat hubungan yang bermakna dukungan sosial dengan *maternal depressive symptoms*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfiben. (2000) Efektifitas Peningkatan Dukungan Suami dalam Menurunkan Terjadinya Depresi Postpartum. *Majalah Obstetrik Ginekologi Indonesia*.
- Beck, C.T. (2002) *Revision of The Postpartum Depression Predictors Inventory: Principles and Practice*.
- Bussel, J.C., Spitz, B. & Demyttenaere, K. (2009) Depressive Symptomatology In Pregnant and Postpartum Women. An Exploratory Study of The Role of Maternal Antenatal Orientations. *Arch Womens Ment Health*
- Chen, C. (2000) Effect of Support Group In Postnatal Distres Woman. *Journal of Psychomostic Research*.
- Gondo, H.K. (2011) *Skrining edinburgh postnatal depression scale (EPDS) pada postpartum blues*. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya
- Hutagaol, E.T. (2010) Efektivitas intervensi edukasi pada depresi postpartum. (*Tesis*). Program Studi Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Nugroho, I.P.S. (2008) Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Depresi Postpartum pada Ibu Pasca Melahirkan di Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta. (*Skripsi*). Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
- O, Hara M.W & Sain, L.P.(1996) *Social Support Life Events and Depression During Pregnancy and The Puerperium*. Toronto: Prentice Hall Health
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. & Zlotnick, C. (2009) Post Partum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*,
- Perry, S.E. (2012) *Postpartum physiology*. Maternity & Women's Health Care
- Pillitteri, A. (2010) Care for Childbearing & Childbearing Family. *Maternal & Child Health Nursing* 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Rosenthal, M.S. (2003) *Woman Depression: A Same Approach to Mood Disorder*. Los Angeles: Lowell House
- Saleha, S. (2009) *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Soep. (2009) Pengaruh Intervensi Psikoedukasi dalam Mengatasi Depresi Postpartum di RSUD Dr. Pringadi Medan. (*Tesis*). Sekolah Pasca Sarjana. Universitas Sumatera Utara. Medan
- Sylvia. (2000) *Depresi Pasca Persalinan dan Dampaknya pada Keluarga*. Jakarta: FK-UI.

Tezel, A., Gozum, S. (2006) Comparizon of Effects Nursing Care to Problem Solving Training On Levels of Depressive Symptoms In Post Partum Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*,

Thompson, K.S. & Fox, J.E. (2010) Postpartum Depression: A Comprehensive Approach to Evaluation and Treatment. *Ment Health Fam Med*,

# GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN MINUM ARV IBU RUMAH TANGGA DENGAN HIV AIDS DI MERAUKE

Tri Hastuti, Djaswadi Dasuki, Dhesi Ari Astuti

## ABSTRAK

Tujuan Global dari UNAIDS adalah *Zero AIDS – related death*, hal ini dapat tercapai bila pasien datang di pelayanan HIV dan mendapat terapi ARV secepatnya. Kepatuhan di Propinsi Papua terhadap program ARV 47,43% tahun 2013, sedangkan kegagalan terapi dapat terjadi karena ketidakteraturan dari klien minum obat. Penekanan perkembangan virus akan maksimal apabila kepatuhan minum obat ARV mencapai 95% dari semua dosis dan tidak boleh terlupakan. Tujuan penelitian adalah mengetahui gambaran dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV AIDS. Jenis penelitian *cross sectional* yang bersifat *kuantitatif*. Sampel penelitian adalah ibu rumah tangga dengan HIV AIDS di Merauke sejumlah 30 responden dengan total sampling. Ibu rumah tangga yang mendapat dukungan keluarga berpeluang 36 kali lebih besar untuk patuh mengkonsumsi ARV. Ibu rumah tangga dengan HIV AIDS yang mendapat dukungan keluarga berpeluang lebih besar untuk patuh mengkonsumsi ARV.

**Kata kunci** : Kepatuhan minum ARV, dukungan keluarga, ibu rumah tangga, HIV AIDS

## PENDAHULUAN

WHO mencatat sejak AIDS ditemukan hingga akhir tahun 2015 terdapat 1,1 juta orang meninggal, terinfeksi HIV 2,1 juta orang dan 36,7 orang hidup dengan HIV (WHO, 2015). Target tujuan pembangunan berkelanjutan atau Sustainable development goal (SDG) antara lain menghentikan epidemi HIV AIDS didunia tahun 2030. Paradigma baru yang menjadi tujuan Global dari UNAIDS adalah *Zero AIDS – related death*, hal ini dapat tercapai bila pasien datang di pelayanan HIV dan mendapat terapi ARV secepatnya. Tujuan dari indikator ini adalah mengurangi infeksi HIV hingga separuhnya, termasuk melakukan tindakan pengobatan ARV. Tujuan mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan secara non eksperiment (observasional) yang bersifat kuantitatif. Pendekatan waktu yang digunakan adalah belah lintang (*cross sectional*). Penelitian dilaksanakan dengan menggunakan persetujuan dari komite Etik Universitas

‘Aisyiyah Yogyakarta, dilaksanakan di RSUD Merauke dengan 30 responden ibu rumah tangga dengan HIV AIDS. Instrumen yang digunakan Kuesioner dukungan keluarga dalam Friedman, (2010) yang terdiri dukungan emosi, penghargaan, instrumental, informasi dan jaringan dengan nilai median  $\geq 90$  dikatakan mendapat dukungan. Kuesioner kepatuhan minum ARV dari Adefolalu A, (2013) dari efek samping, jadwal pengobatan dan pengaruh orang terdekat ( PMO ), dengan mengguakan nilai median  $\geq 40$  dikatakan patuh.

## HASIL

### 1. Analisis Univariat Karakteristik Responden

Tabel distribusi frekuensi disini bertujuan untuk melihat karakteristik masing-masing variabel penelitian yang meliputi variabel intensitas status pernikahan, umur, pendidikan, dukungan keluarga dan kepatuhan minum ARV. Adapun karakteristik masing-masing karakteristik responden dijelaskan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik	N	%
<b>Status Pernikahan</b>		
Menikah	19	63,3
Tidak menikah	11	36,7
<b>Umur</b>		
Tidak beresiko (> 35 tahun)	12	40,0
Beresiko ( $\leq$ 35 tahun)	18	60,0
<b>Pendidikan</b>		
Tinggi	18	60,0
Rendah	12	40,0,
<b>Dukungan keluarga</b>		
Mendukung	26	90,0
Tidak mendukung	4	10,0
<b>Kepatuhan</b>		
Patuh	25	83,3
Tidak patuh	5	16,7

Tabel 1 menunjukkan bahwa status pernikahan responden pada penelitian ini paling banyak menikah yaitu sebanyak 19 responden (63,3%). Umur responden pada penelitian ini paling banyak pada kategori umur beresiko ( $\leq$  35 tahun) yaitu sebanyak 18 (60,0%) responden.

Gambaran tingkat pendidikan Ibu rumah tangga pada penelitian ini paling banyak pada kategori pendidikan tinggi yaitu sebanyak 18 responden atau 60,0%. Untuk dukungan keluarga pada penelitian ini mayoritas ibu rumah tangga mendapat

dukungan keluarga yaitu sebesar 26 (90,0%) dan untuk variabel kepatuhan mengkonsumsi ARV paling banyak responden berada pada kategori patuh yaitu sebanyak 25 responden atau 83,3%.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen, untuk mengetahui hubungan antara variabel luar dan dependen, serta untuk mengetahui variabel luar dengan variabel independen.

### a. Gambaran Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum ARV

Tabel 2 Analisis *Fisher's* Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum ARV pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Merauke Tahun 2016

Variabel	Kepatuhan				PR	P-value	(CI 95%)
	Patuh		Tidak patuh				
	n	%	n	%			
<b>Dukungan</b>							
<b>Mendukung</b>	24	92,3	2	7,7	36,2	0,009	0,67-20,2
<b>Tidak mendukung</b>	1	25,0	3	75,0			

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa dari hasil uji statistic Fisher's didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,009 yang berarti terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Merauke. Hasil analisis didapatkan nilai PR sebesar 3,62 (95% CI : 0,67-20,2) yang memiliki arti bahwa ibu rumah tangga yang mendapat dukungan keluarga berpeluang 36 kali lebih besar untuk patuh mengkonsumsi ARV dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga.

### b. Analisis Bivariat Gambaran Variabel Luar lain dengan Tingkat Kepatuhan Minum ARV

Tabel 3 Analisis *Fisher's* Pengaruh Variabel Luar dengan Kepatuhan Minum ARV pada Ibu Rumah Tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Merauke Tahun 2016

Variabel	Kepatuhan				PR	P-value	CI 95%
	Patuh		Tidak patuh				
	N	%	n	%			
<b>Status pernikahan</b>							
<b>Menikah</b>	15	78,9	4	21,1	0,86	0,62	0,03-3,86
<b>Tidak</b>	10	90,9	1	9,1			

<b>Umur</b>	8	66,7	4	33,3	0,70	0,12	0,11-1,23
<b>≥ 35 tahun</b>	17	94,4	1	5,6			
<b>&lt; 35 tahun</b>							
<b>Pendidikan</b>							
<b>Tinggi</b>	16	88,9	2	11,1	1,18	0,36	0,37-19,0
<b>Rendah</b>	9	75,0	3	25,0			

Tabel 3 menunjukkan bahwa semua variabel bebas tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Merauke. Secara berurutan tabel 4.3 menunjukkan hasil uji statistik *Fisher's* pada variabel status pernikahan didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,62 yang berarti tidak terdapat hubungan status menikah pada ibu rumah tangga dengan kepatuhan minum ARV dikarenakan nilai  $p < 0,05$

Variabel yang juga tidak berhubungan dengan kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Merauke adalah variabel umur. Hasil uji statistik *Chi square* pada variabel umur ibu didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,12 yang berarti tidak terdapat hubungan umur pada ibu rumah tangga dengan kepatuhan minum ARV dikarenakan nilai  $p < 0,05$ .

Variabel terakhir yang juga tidak berhubungan dengan kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/AIDS di Kabupaten Merauke adalah variabel pendidikan. Hasil uji statistik *Fisher's* pada variabel pendidikan ibu didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,36 yang berarti tidak terdapat hubungan pendidikan pada ibu rumah tangga dengan kepatuhan minum ARV dikarenakan nilai  $p < 0,05$ .

## PEMBAHASAN

### 1. Gambaran Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum ARV

Berdasarkan tabel 1 Gambaran dukungan keluarga pada penelitian ini mayoritas ibu rumah tangga yang menderita HIV/AIDS mendapat dukungan keluarga yaitu sebesar 26 (90,0%) dan untuk variabel kepatuhan ibu rumah tangga yang menderita HIV/AIDS mengkonsumsi ARV paling banyak responden berada pada kategori patuh yaitu sebanyak 25 responden atau 83,3%.

Terkait bahwa tidak ada perbedaan antara yang menikah dengan tidak menikah dalam hal kepatuhan minum obat adalah suatu hal yang menarik. Namun demikian,



bukan berarti bahwa penelitian ini merekomendasikan agar orang berkeluarga tanpa menikah. Indonesia adalah negara hukum yang menagtur kehidupan berkeluarga dalam ikatan yang sah sesuai UU Perkawinan No 1/1974. Karena jika orang berkeluarga tanpa menikah yang sah dan tercatat akan menimbulkan kerentanan terhadap perempuan seperti salah satunya terkait status anak, tidak jelasnya kewajiban istri dan suami dll.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang memperlemah kekebalan tubuh manusia. HIV menyerang tubuh manusia dengan cara membunuh atau merusak sel-sel yang berperan dalam kekebalan tubuh sehingga kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan kanker menurun drastis (Sunaryati, 2011).

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. *Acquired* artinya didapat, jadi bukan merupakan penyakit keturunan, *Immuno* berarti sistem kekebalan tubuh, *Deficiency* artinya kekurangan, sedangkan *Syndrome* adalah kumpulan gejala. AIDS adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang merusak kekebalan tubuh, sehingga tubuh mudah diserang oleh penyakit-penyakit lain yang dapat berakibat fatal. Padahal penyakit-penyakit tersebut misalnya berbagai virus, cacing, jamur, protozoa dan basil tidak menyebabkan gangguan yang berarti pada orang yang sistem kekebalannya normal. Selain penyakit infeksi, penderita AIDS juga mudah terkena kanker. Dengan demikian gejala AIDS amat bervariasi (Rukiyah, 2010).

Program penanggulangan AIDS di Indonesia mempunyai 4 pilar, yang semuanya menuju pada paradigma *Zero new infection, Zero AIDS-related death* dan *Zero Discrimination* yang salah satunya adalah Perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP); yang meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Program PDP terutama ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian yang berhubungan dengan AIDS, dan meningkatkan kualitas hidup orang terinfeksi HIV (berbagai stadium). Pencapaian tujuan tersebut dapat dilakukan antara lain dengan pemberian terapi antiretroviral (ARV).

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa dari hasil uji statistik *Fisher's* didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,009 yang berarti terdapat hubungan dukungan

keluarga dengan kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/ AIDS di Kabupaten Merauke. Antiretroviral (ARV) adalah obat yang menghambat replikasi *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Terapi dengan ARV adalah strategi yang secara klinis paling berhasil hingga saat ini. Kegagalan terapi dapat terjadi karena ketidakteraturan dari klien minum obat atau *adherence* yang buruk dari ODHA. Untuk mencapai penekanan terhadap perkembangan virus diperlukan kepatuhan yang sangat tinggi dalam minum obat ARV. Penekanan perkembangan virus akan maksimal apabila kepatuhan minum obat ARV mencapai 95% dari semua dosis dan tidak boleh terlupakan. (Depkes, 2007).

Hasil uji statistik multivariate dengan *regresi logistic* didapatkan nilai OR sebesar 27,5 (95% CI : 1,54 - 484) yang memiliki arti bahwa ibu rumah tangga dengan HIV/ AIDS yang mendapat dukungan keluarga berpeluang 27,5 kali lebih besar untuk patuh mengkonsumsi ARV dibandingkan dengan ibu rumah tangga yang tidak mendapatkan dukungan keluarga.

Salah satu cara untuk membantu pengelolaan masalah yang membuat perasaan tertekan/stres agar tidak membawa pengaruh negatif terhadap kesehatan adalah adanya dukungan sosial. Dukungan sosial suami ataupun keluarga terdekat bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan individu untuk mengakses informasi dan untuk mengidentifikasi serta menyelesaikan masalah kesehatan dan dukungan sosial juga berpengaruh positif terhadap kesehatan fisik, mental, dan sosial. Pendekatan yang lebih komprehensif dalam menentukan sumber dukungan yang efektif yaitu berasal dari orang-orang yang secara sosial sama dengan penerima dukungan (Heaney & Israel, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Mahardining (2010) mengatakan bahwa ada hubungan dukungan sosial dengan kepatuhan terapi ARV dimana, dukungan dari anggota keluarga dan teman terdekat merupakan salah satu dukungan yang sangat diperlukan terhadap pelaksanaan terapi ARV dan berpengaruh besar bagi ODHA untuk memacu semangat hidupnya.

Penelitian ini sesuai dengan pendapat peneliti Andreas Goo bahwa di daerah pedalaman Papua, keluarga dekat adalah tempat yang paling aman untuk menceritakan rahasia tentang status seseorang. Penelitiannya membuktikan bahwa anggota keluarga akan memberikan empati, memberikan tempat untuk tidur dan

tinggal, berbagi pakaian, piring dan fasilitas mandi, dan bahkan berdoa bersama - sama. Keluarga dapat juga melindungi ODHA dari stigmatisasi.

## **2. Pengaruh Variabel Luar Terhadap Dukungan Terhadap Kepatuhan Minum ARV**

### **a. Status pernikahan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status pernikahan responden pada penelitian ini paling banyak menikah yaitu sebanyak 19 responden (63,3%). Hasil uji statistik *Fisher's* pada variabel status pernikahan didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,62 yang berarti tidak terdapat hubungan status menikah pada ibu rumah tangga dengan kepatuhan minum ARV dikarenakan  $p < 0,05$

Dalam penelitian ini status pernikahan tidak berhubungan dengan kepatuhan minum ARV kemungkinan dikarenakan rata rata responden berstatus menikah dan memiliki suami. Dukungan suami merupakan salah satu sumber dukungan sosial. Suami sebagai orang terdekat istri yang dapat memberikan kontribusi yang baik bagi kesehatan istri. Kehadiran orang terdekat dapat mempengaruhi emosional atau dapat memberikan efek perilaku bagi penerimanya (Larsen *et al*, 2004).

Dukungan sosial suami bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan individu untuk mengakses informasi dan untuk mengidentifikasi serta menyelesaikan masalah kesehatan dan dukungan sosial juga berpengaruh positif terhadap kesehatan fisik, mental, dan sosial. Pendekatan yang lebih komprehensif dalam menentukan sumber dukungan yang efektif yaitu berasal dari orang-orang yang secara sosial sama dengan penerima dukungan (Heaney & Israel, 2008).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berintraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Departemen Kesehatan RI, 1988).

### **b. Umur**

Umur responden pada penelitian ini paling banyak pada kategori umur beresiko ( $\leq 35$  tahun) yaitu sebanyak 18 (60,0%) dan 12 (40,0%) responden. Hasil uji statistik *fisher's* pada variabel umur ibu didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,12

yang berarti tidak terdapat hubungan umur pada ibu rumah tangga dengan kepatuhan minum ARV dikarenakan  $p < 0,05$ .

Berdasarkan laporan data statistik bahwa umur yang paling banyak menggunakan ARV adalah golongan umur 20 – 29 tahun. Selain itu, umur tersebut juga memiliki angka kesakitan dan kematian yang tinggi. Pada dasarnya umur tersebut disebut dengan dewasa muda lebih sukar mematuhi regimen pengobatan dari pada dewasa tua.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Tasa et al (2016) dalam *Pemanfaatan Voluntary Counselling and Testing Oleh Ibu Rumah Tangga Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus* yang menyatakan bahwa usia tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan VCT dan sejalan dengan hasil penelitian Khairurrahmi (2009) dalam *Pengaruh Faktor Predisposisi, Dukungan Keluarga, dan Level Penyakit Orang dengan HIV/AIDS Terhadap Pemanfaatan VCT Di Kota Medan* yang menunjukkan bahwa usia tidak memiliki pengaruh dalam pemanfaatan VCT pada ODHA.

#### c. Pendidikan

Gambaran tingkat pendidikan Ibu rumah tangga pada penelitian ini paling banyak pada kategori pendidikan tinggi yaitu sebanyak 18 responden atau 60,0% dan pendidikan rendah 12 responden (40%). Hasil uji statistik *Fisher's* pada variabel pendidikan ibu didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,36 yang berarti tidak terdapat hubungan pendidikan pada ibu rumah tangga dengan kepatuhan minum ARV dikarenakan nilai  $p < 0,05$ .

Pendidikan merupakan suatu proses belajar yang mengarahkan individu lebih dewasa dan lebih matang pemikirannya. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuannya semakin baik. Ini dipengaruhi oleh pengalaman dan wawasan yang lebih luas dibanding mereka yang memiliki pendidikan lebih rendah. Dengan pendidikan yang tinggi, maka seseorang akan cenderung mendapatkan informasi lebih banyak, baik dari orang lain maupun dari media massa (Notoadmodjo, 2007).

Penelitian lain yang senada dengan penelitian ini adalah hasil penelitian Jeffe (1998) dalam Khairurrahmi (2009) faktor sosiodemografi seperti ras, tingkat

pendidikan, dan jenis kelamin tidak berhubungan dengan pemanfaatan pengobatan antiretroviral pada ODHA. Pengobatan ini adalah salah satu pengobatan yang direkomendasikan bagi ODHA untuk memperlama kualitas hidupnya yang disediakan pada layanan VCT.

## **KESIMPULAN**

Nilai *p-value* 0,009 yang berarti terdapat gambaran antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum ARV pada ibu rumah tangga dengan HIV/ AIDS dan memiliki nilai PR sebesar 36 (95% CI : 0,67- 20,2) yang memiliki arti bahwa ibu rumah tangga yang mendapat dukungan keluarga berpeluang 36 kali lebih besar untuk patuh mengkonsumsi ARV dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afolabi BA, Afolabi MO, Afolabi AA, Odewale MA, Olowookere S. (2013) Roles Of Family Dynamics On Adherence To Highly Active Antiretroviral Therapy Among People Living With HIV/AIDS At A Tertiary Hospital In Osogbo, South-West Nigeria. *African Health Sciences*, 13 (4).
- Tasa, Y., Ina Debora R.L., Rafael P. (2016) Pemanfaatan Voluntary Counseling And Testing Oleh Ibu Rumah Tangga Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 11 (2).
- WHO. (2015) *Global summary of the AIDS epidemic* diakses tgl 21 September 2016 tersedia dalam [http://www.who.int/hiv/data/epi\\_core\\_2016.png?ua=1](http://www.who.int/hiv/data/epi_core_2016.png?ua=1)
- Depkes. (2014) *Promosi Kesehatan* diakses tgl 17 Sep 2016 tersedia dalam <http://promkes.depkes.go.id/2014/12/19/ibu-rumah-tangga-pengidap-hiv-aids-lebih-banyak-ketimbang-psk/>
- Afolabi BA, Afolabi MO, Afolabi AA, Odewale MA, Olowookere S. (2013) Roles Of Family Dynamics On Adherence To Highly Active Antiretroviral Therapy Among People Living With HIV/AIDS At A Tertiary Hospital In Osogbo, South-West Nigeria. *African Health Sciences*, 13 (4).
- Creswel, J.,W. (2013) *Research design pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan Mixed*. Jakarta:Pustaka Pelajar..
- Sunaryati. (2011) *14 Penyakit Paling Sering Menyerang Dan Sangat Mematikan*. Yogyakarta
- Rukiyah. (2010) *Asuhan Kebidanan Patologi 4*, Jakarta:Trans Inf.
- Khairurrahmi. (2009) *Pengaruh Faktor Predisposisi, Dukungan Keluarga Dan Level Penyakit Terhadap Pemanfaatan VCT*, Medan:Pascasarjana Universitas Sumatera Utara
- Heaney, Chaterine A., Israel, and Barbara. (2008) *Social Networks and Social Support*

# HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL DENGAN KECEMASAN DALAM MENGHADAPI PERSALINAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA TRIMESTER III

Hayun Manudyaning Susilo, Hanny Rono Sulisty, Anjarwati  
email: [hayun.manudyaning@gmail.com](mailto:hayun.manudyaning@gmail.com)

## ABSTRAK

Kecemasan menghadapi persalinan merupakan kejadian yang selalu dialami oleh ibu hamil. Semakin tua usia kehamilan maka perhatian dan pikiran mulai tertuju pada proses persalinan yang dikhawatirkan tidak berjalan normal. Tingginya kecemasan meningkatkan resiko kelahiran bayi prematur. Ibu hamil memiliki karakteristik masing-masing yang mempengaruhi kecemasan menghadapi persalinan.

Tujuan penelitian untuk menganalisis hubungan karakteristik ibu hamil primigravida trimester III dengan kecemasan dalam menghadapi persalinan. Metode penelitian korelasi deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi ibu hamil di BPM wilayah kerja Puskesmas Bangunsari Madiun tahun 2016 sebanyak 100 orang. Teknik sampling *Proportional cluster sampling* sebanyak 88 responden. Pengambilan data menggunakan kuesioner HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Analisis univariat dan bivariat menggunakan *kendall's Tau*.

Hasil penelitian yaitu umur, pendidikan, dan pekerjaan ibu hamil tidak berhubungan dengan kecemasan menghadapi persalinan. Penghasilan berhubungan dengan kecemasan menghadapi persalinan dengan nilai signifikan  $p = 0,020$ .

Simpulan : Dari variabel umur, pendidikan, penghasilan, dan pekerjaan yang mempunyai hubungan bermakna adalah penghasilan.

**Kata kunci** : Umur, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, kecemasan, kehamilan

## PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan suatu keadaan fisiologis, namun dapat diikuti oleh kondisi patologis yang dapat membahayakan keadaan ibu dan janin. Tenaga kesehatan harus dapat mengenal perubahan yang mungkin terjadi sehingga adanya kelainan dapat dideteksi sejak dini. Tujuan pemeriksaan antenatal adalah menyiapkan fisik dan mental ibu serta menyelamatkan ibu dan anak dari proses kehamilan, persalinan, dan masa nifas agar sehat dan normal (Arif M, 2008).

Kehamilan merupakan saat yang menyenangkan dan dinanti-nantikan. Akan tetapi, hal tersebut bisa menjadi kegelisahan dan menjadi suatu keprihatinan. Masalah umum yang dialami wanita selama proses kehamilan adalah kecemasan dan stress. Hal ini bisa mempengaruhi jalannya kehamilan dan perkembangan anak selanjutnya saat proses dilahirkan (Marc et al., 2011).

Kecemasan (*Anxiety*) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Kehamilan dapat merupakan sumber stressor kecemasan, terutama pada seorang ibu yang labil jiwanya. Awal kehamilan, ibu sudah mengalami kegelisahan dan kecemasan. Kegelisahan dan kecemasan selama kehamilan merupakan kejadian yang tidak terelakkan, hampir selalu menyertai kehamilan dan bagian dari suatu proses penyesuaian yang wajar terhadap perubahan fisik dan psikologis yang terjadi selama kehamilan. Perubahan ini terjadi akibat perubahan hormon yang akan mempermudah janin untuk tumbuh dan berkembang saat dilahirkan (Kushartanti, 2010)

Menurut penelitian Eva M. Lomans (2012) ibu hamil yang mengalami depresi dan kecemasan yang tinggi meningkatkan resiko kelahiran prematur. Pesonen (2016) juga mengatakan ibu dengan gejala depresi dan kecemasan akan memperpendek masa kehamilan, kelahiran prematur atau berat lahir rendah. Selain itu menurut Mardjan dari berbagai penelitian dampak kecemasan pada proses persalinan untuk jangka pendek partus lama, berat badan lahir rendah, depresi *postpartum*. Sedangkan dampak jangka panjangnya gangguan motorik dan gangguan mental.

Data primer yang telah didapatkan pada tahun 2014 terdapat 8 bayi lahir dengan BBLR, pada tahun 2015 terdapat 6 bayi lahir dengan BBLR, sedangkan pada 2016 sampai pada bulan juli terdapat 5 bayi dengan BBLR. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di bidan praktek mandiri (BPM) wilayah kerja Bangunsari tanggal 27 sampai 29 Juli 2016 pada 10 orang ibu hamil yang akan menghadapi proses persalinan sebanyak 60% ibu hamil mengatakan mengalami kecemasan atau takut menghadapi persalinan sedangkan 40% ibu hamil mengatakan tidak mengalami kecemasan atau tidak takut menghadapi persalinan.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan karakteristik (umur, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan keluarga) ibu hamil dengan kecemasan dalam menghadapi persalinan pada ibu hamil primigravida trimester III di bidan praktek mandiri (BPM wilayah kerja Puskesmas Bangunsari Kabupaten Madiun”.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *kuantitatif* dengan desain penelitian *Korelasional*. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional*.



Variabel independen pada penelitian ini adalah umur, pendidikan, penghasilan, pekerjaan. Variabel dependennya adalah kecemasan menghadapi persalinan pada ibu primigravida. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil trimester III yang mempunyai suami di BPM wilayah kerja Puskesmas Bangunsari Madiun tahun 2016 dengan jumlah populasi 100 orang. Teknik sampling yang dipakai adalah *Proportional cluster sampling*, dengan subyek penelitian 88 responden. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang terdiri atas kuesioner karakteristik ibu hamil dan kuesioner kecemasan yang menggunakan kuesioner HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Pengolahan data menggunakan analisis Kendall's Tau.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Umur	Jumlah (n)	Prosentase (%)
17-25 tahun	35	39,8
26-35 tahun	47	53,4
36-45 tahun	6	6,8

Berdasarkan tabel 1. didapatkan hasil bahwa umur responden paling banyak usia 26-35 tahun berjumlah 47 responden (53,4%). Usia merupakan tanda kedewasaan fisik dan kematangan kepribadian seseorang, dan lebih banyaknya pengalaman yang didapatkan ibu. Pengalaman merupakan segala sesuatu yang didapatkan seseorang baik dari dirinya sendiri maupun dari orang lain. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia yaitu penglihatan, penginderaan, penciuman, dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan (Notoadmodjo, 2010). Faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain adalah umur, pendidikan, informasi, dan lingkungan. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Laili (2010), bahwa tidak adanya pengaruh yang signifikan antara usia dengan tingkat kecemasan pada ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

<b>Pendidikan</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase (%)</b>
Dasar	5	5,7
Menengah	55	62,5
Atas	28	31,8

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa pendidikan responden sebagian besar adalah pendidikan menengah sebanyak 55 responden (62,5%). Pendidikan dapat mempengaruhi kecemasan ibu hamil selama kehamilan, disebabkan pendidikan dapat mempengaruhi persepsi seseorang, cara berfikir dalam mengelola informasi dan mengambil keputusan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas pengetahuannya dan semakin matang intelektualnya. Menurut Utami, dkk (2009) kecemasan pada ibu hamil dipengaruhi oleh faktor pengetahuan ibu hamil tentang proses yang dialami selama kehamilan.

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan

<b>Penghasilan</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase (%)</b>
Rendah	35	39,8
Tinggi	53	60,2

Berdasarkan tabel 3 didapatkan hasil bahwa penghasilan responden sebagian besar adalah berpenghasilan tinggi sebanyak 53 responden (60,2%). Pendapatan keluarga yang cukup memadai membuat ibu hamil siap menghadapi kehamilan karena kehamilan membutuhkan anggaran khusus seperti biaya ANC, makanan bergizi untuk ibu dan janin, pakaian hamil, biaya persalinan dan kebutuhan bayi setelah lahir. Ibu hamil membutuhkan ekonomi keluarga yang memadai karena, kehamilan membutuhkan anggaran khusus seperti biaya ANC, makanan bergizi untuk ibu dan janin, pakaian hamil, biaya persalinan dan kebutuhan bayi setelah lahir (Ingewati, 2014).

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

<b>Pekerjaan</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase (%)</b>
Bekerja	40	45,5
Tidak Bekerja	48	54,5

Berdasarkan tabel 4 didapatkan hasil bahwa responden sebagian besar adalah tidak bekerja sebanyak 48 responden (54,5%). Bekerja dapat mengalihkan perasaan cemas bagi ibu hamil, karena bekerja adalah aktivitas menyita waktu dan ibu hamil

akan fokus ke pekerjaannya. Ibu hamil yang bekerja dapat berinteraksi dengan masyarakat sehingga dapat menambah pengetahuan, selain itu bekerja dapat menambah penghasilan keluarga untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan.

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan

Kecemasan	Jumlah (n)	Prosentase (%)
Tidak ada keluhan	61	69,3
Ringan	8	9,1
Sedang	14	25,9
Berat	5	5,7
Sangat berat/ panic	0	0

Berdasarkan tabel 5 didapatkan hasil bahwa kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan sejumlah 61 responden (69,3%) tidak mengalami kecemasan. Kecemasan (*Anxiety*) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Kehamilan dapat merupakan sumber stressor kecemasan, terutama pada seorang ibu yang labil jiwanya. Awal kehamilan, ibu sudah mengalami kegelisahan dan kecemasan. Kegelisahan dan kecemasan selama kehamilan merupakan kejadian yang tidak terelakkan, hampir selalu menyertai kehamilan dan bagian dari suatu proses penyesuaian yang wajar terhadap perubahan fisik dan psikologis yang terjadi selama kehamilan. Perubahan ini terjadi akibat perubahan hormon yang akan mempermudah janin untuk tumbuh dan berkembang saat dilahirkan (Kushartanti, 2010).

## 2. Analisis Bivariat

Tabel 6. Analisis *Bivariat* Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan

Variabel	Kecemasan Ibu Hamil										P-Value (p)
	Tidak ada keluhan	%	Ringan	%	Sedang	%	Berat	%	Sangat berat	%	
<b>Umur</b>											
17-25 tahun	24	27,3	3	3,4	7	7,9	1	1,1	0	0	0,482
26-35 tahun	33	37,5	4	4,5	6	6,8	4	4,5	0	0	
36-37 tahun	4	4,5	1	1,1	1	1,1	0	0	0	0	
<b>Pendidikan</b>											
Dasar	3	3,4	0	0	2	2,2	0	0	0	0	0,092
Menengah	36	40,9	6	6,8	9	10,2	4	4,5	0	0	
Atas	22	25	2	2,2	3	3,4	1	1,1	0	0	
<b>Penghasilan</b>											
Rendah	20	22,7	3	3,4	10	11,4	2	2,2	0	0	0,020
Tinggi	41	46,6	5	5,7	4	4,5	3	3,4	0	0	
<b>Pekerjaan</b>											
Bekerja	27	30,7	4	4,5	7	7,9	2	2,2	0	0	0,392
Tidak Bekerja	34	38,6	4	4,5	7	7,9	3	3,4	0	0	

Berdasarkan tabel 6 maka hasil dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan menunjukkan ibu yang berumur 17-25 tahun tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 27,3%, ibu yang berumur 26-35 tahun yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 37,5%, dan yang berumur 36-45 tahun yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 4,5%. Ibu yang mengalami kecemasan berat ada 5 responden, 1 responden (1,1%) pada umur 17-25 tahun, dan 4 responden (4,5%) pada umur 26-35 tahun. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $\rho = 0,482$  dimana nilai tersebut lebih besar dari  $\rho = 0,05$  yang artinya bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan, ibu yang berpendidikan dasar yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 3,4%, dan ibu yang pendidikan menengah yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 40,9%. Sedangkan ibu yang pendidikannya atas yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 25%. Ibu yang mengalami kecemasan berat ada 5 responden, 4 responden (4,5%) berpendidikan menengah, dan 1 responden (1,1%) berpendidikan tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $\rho = 0,092$  dimana nilai tersebut lebih besar dari  $\rho = 0,05$  yang artinya bahwa  $H_0$  diterima dimana pendidikan tidak memiliki hubungan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

Hasil analisis hubungan antara penghasilan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan, Ibu yang penghasilan tinggi yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 46,6%. Sedangkan ibu yang berpenghasilan rendah yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 22,7%. Ibu yang mengalami kecemasan berat ada 5 responden, 2 responden (2,3%) berpenghasilan rendah, dan 3 responden (3,4%) pada berpenghasilan tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $\rho = 0,020$  dimana nilai tersebut kecil dari  $\rho = 0,05$  yang artinya bahwa  $H_0$  ditolak dimana penghasilan memiliki hubungan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan, Ibu yang bekerja yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 30,7%. Sedangkan ibu yang tidak bekerja yang tidak mempunyai keluhan kecemasan yaitu 38,6%. Ibu yang mengalami kecemasan berat ada 5 responden, 2

responden (2,3%) bekerja, dan 3 responden (3,4%) tidak bekerja. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $\rho = 0,392$  dimana nilai tersebut lebih besar dari  $\rho = 0,05$  yang artinya bahwa  $H_0$  diterima dimana pendidikan tidak memiliki hubungan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

a. Hubungan Umur dengan Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan

Berdasarkan tabel 6 tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kecemasan ibu menghadapi persalinan. Usia merupakan tanda kedewasaan fisik dan kematangan kepribadian seseorang, dan lebih banyaknya pengalaman yang didapatkan ibu. Pengalaman merupakan segala sesuatu yang didapatkan seseorang baik dari dirinya sendiri maupun dari orang lain. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia yaitu penglihatan, penginderaan, penciuman, dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan (Notoadmodjo, 2010). Faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain adalah umur, pendidikan, informasi, dan lingkungan.

Pada primigravida dengan usia di bawah 20 tahun kesiapan mentalnya masih sangat kurang, sehingga dalam menghadapi persalinan belum mantap. Primigravida dengan usia di atas 35 tahun secara fisik resiko terjadi komplikasi lebih besar tetapi untuk persiapan mental lebih siap. Penundaan kehamilan ini biasanya disebabkan karena karir. Peneliti menyimpulkan bahwa tingkat kesadaran masyarakat (para wanita), calon ibu sudah baik dalam memandang, dan menyikapi status kesehatan reproduksinya dalam merencanakan usia pernikahan dan kehamilan. Karena usia ibu saat hamil sangat berkaitan erat dengan kesiapan rahim ibu, psikis ibu, dan juga kesehatan ibu maupun bayi yang dikandung. Hal ini sesuai dengan Wiknjastro (2009) yang menyatakan di rentang usia 20 – 35 tahun ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Rahim sudah mampu memberi perlindungan, mental pun siap untuk merawat dan menjaga kehamilannya secara hati - hati. Sedangkan untuk usia ibu kurang dari 20 tahun dapat menimbulkan masalah karena kondisi fisik belum 100 % siap, dimana sel – sel rahim masih belum matang, hal ini dapat menyebabkan ancaman terjadinya abortus, prematuritas, bahkan kematian maternal.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nusa Podvorniket. al (2014) bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan dalam usia ibu, tingkat

pendidikan, status pekerjaan, dan sosial-ekonomi antara responden di semua trimester kehamilan. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Laili (2010), bahwa tidak adanya pengaruh yang signifikan antara usia dengan tingkat kecemasan pada ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh C.A. Mc.Mahon (2010) yang hasilnya mengatakan usia ibu mempengaruhi kecemasan pada saat hamil. Semakin usia ibu tua semakin rendah angka kecemasan pada ibu hamil.

b. Hubungan Pendidikan dengan Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nusa Podvornik *et. al* (2014) yang hasilnya mengatakan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam usia ibu, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan sosial-ekonomi antara responden di semua trimester kehamilan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Astria (2009) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kecemasan ibu hamil.

c. Hubungan Penghasilan dengan Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan

Berdasarkan hasil penelitian terdapat hubungan antara penghasilan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan. Ibu hamil membutuhkan ekonomi keluarga yang memadai karena, kehamilan membutuhkan anggaran khusus seperti biaya ANC, makanan bergizi untuk ibu dan janin, pakaian hamil, biaya persalinan dan kebutuhan bayi setelah lahir (Ingewati, 2014).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nusa Podvornik *et. al* (2014) yang hasilnya mengatakan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam usia ibu, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan sosial-ekonomi antara responden di semua trimester kehamilan.

d. Hubungan Pekerjaan dengan Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa pendidikan tidak memiliki hubungan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan. Bekerja dapat mengalihkan

perasaan cemas bagi ibu hamil, karena bekerja adalah aktivitas menyita waktu dan ibu hamil akan fokus ke pekerjaannya. Ibu hamil yang bekerja dapat berinteraksi dengan masyarakat sehingga dapat menambah pengetahuan, selain itu bekerja dapat menambah penghasilan keluarga untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astria (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kecemasan ibu hamil.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nusa Podvornik et. al (2014) yang hasilnya mengatakan Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam usia ibu, tingkat pendidikan, status pekerjaan dan sosial-ekonomi antara responden di semua trimester kehamilan.

## **KESIMPULAN**

Karakteristik ibu yang memiliki hubungan dengan kecemasan menghadapi persalinan adalah penghasilan ibu. Sebagian besar penghasilan ibu hamil di BPM wilayah kerja Puskesmas Bangunsari adalah berpenghasilan tinggi sebanyak 53 responden (60,2%).

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Arif, M. (2008). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jilid 2. Edisi III. Jakarta: Penerbitan Media Aesculapius FKUI
- Astria, Yonne. (2009). *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Trimester III Dengan Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Di Poliklinik Kebidanan Dan Kandungan*. ([http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/file\\_digital/YONNE%20ASTRIA.pdf](http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/file_digital/YONNE%20ASTRIA.pdf)).
- C.A. Mc Mahon, J. Boivin, F.L. Gibson, K. Hammarberg, K. Wynter, D. Saunders, J. Fisher. (2010). Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. *Human Reproduction Vol.26*
- Depkes RI. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Republik Indonesia
- Eva M. Loomans, Aimé e E. van Dijk, Tanja G.M. Vrijkotte, Manon van Eijdsen, Karien Stronks, Reinoud J. B. J. Gemke Bea R. H. Van den Bergh. (2012). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *European Journal of Public Health, Vol.*

23, No. 3, 485–491. Di akses dari <http://eurpub.oxfordjournals.org/> pada 8 juni 2016

Ingewati, Clara. (2014). Ibu Mengandung dengan Perasaan Cemas Selama Hamil Normalkah. (<http://mutiarabijaksana.com/2014/06/27/ibu-mengandung-dengan-perasaan-cemas-selama-hamil-normalkah/>). Di akses 7 Desember 2016

Kushartanti, W., Soekamti, E. R., & Sriwahyuniati, C. F. (2010). *Senam hamil: menyamankan kehamilan, mempermudah persalinan*. Yogyakarta: Lintang Pustaka.

Laili, R. (2010). *Hubungan Usia, Tingkat Pendidikan dan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester III di Poliklinik Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2009*. Jurnal Penelitian. Padang, Universitas Andalas.

Marc,I., Tourche, N., Ernst, E., Hodnett, E.D., Blanchet C., Dodin, S. (2011). Mind body interventions during pregnancy for preventing or treating wownen’s anxiety. *The Cochrane Library*.

Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta. Rineka Cipta.

Nusa P, Vislava G.V, Peter P. (2014). Depression and Anxiety in Women During Pregnancy in Slovenia. ( [https:// www .ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/ articles/ PMC4820148/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820148/)). Diakses pada 13 Januari 2017.

Pesonen, A., Lahti, M., Kuusinen, T., Tuovinen, S., & Villa, P. (2016). Maternal Prenatal Positive Affect , Depressive and Anxiety Symptoms and Birth Outcomes : The PREDO Study, 1–13. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0150058>

Utami, Agnita dan Lestari, Widia.(2009).Perbedaan Tingkat Kecemasan Primigravida dengan Multigravida dalam Menghadapi Kehamilan. (<http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JNI/article/view/643/636>)

Wiknjosastro, H. (2009). *Ilmu Kebidanan. Edisi ke- 4 Cetakan ke-2*. Jakarta: Yayaan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



# HUBUNGAN SIKAP IBU DENGAN PENGGUNAAN PENGOBATAN ALTERNATIF DAN KOMPLEMENTER SELAMA KEHAMILAN DI RSIA SAKINA IDAMAN SLEMAN

Rizky Nikmathul, Moh. Hakimi, Mei Muhartati

## ABSTRAK

Pemilihan CAM oleh ibu hamil disebabkan karena ketidakpuasan mereka menggunakan pengobatan konvensional, sekaligus terapi CAM tergolong lebih murah. Setengah dari responden yang menggunakan CAM dalam kehamilan belum memahami informasi dari CAM baik dari praktek maupun obat tanpa resep dokter yang mereka gunakan, pengetahuan tentang CAM masih kurang. Tujuan Penelitian: Mengetahui hubungan antara sikap ibu dengan penggunaan komplementer dan pengobatan alternatif (CAM) selama kehamilan. Desain penelitian analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling* sebanyak 107 responden. Analisa bivariat menggunakan uji non parametrik distribusi tidak normal dengan tingkat kemaknaan  $p \text{ value} < 0,05$  dan analisis multivariat menggunakan *regresi logistik*. Hasil Penelitian: sikap memiliki nilai *chi square* hitung  $>$  tabel 3,841 dimana terdapat hubungan antara sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan. Kesimpulan: Semakin positif sikap ibu terhadap CAM, semakin banyak CAM yang digunakan oleh ibu selama kehamilan.

**Kata Kunci** : CAM selama kehamilan, pengetahuan, sikap

## PENDAHULUAN

Organisasi kesehatan dunia (WHO) mendefinisikan pengobatan alternatif atau pengobatan dengan terapi komplementer sering disebut dengan CAM (*Complementary and Alternatif Medicine*) sebagai “kumpulan praktek perawatan kesehatan secara meluas yang bukan merupakan bagian dari tradisi suatu negara dan tidak terintegrasi kedalam sistem perawatan kesehatan yang dominan (Pallivalappila *et al.* 2013). Di Negara-negara berkembang menjadikan perawatan modern dan konvensional sebagai standar, tetapi hal ini kini beralih ke metode perawatan yang disebut sebagai alternatif atau komplementer. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* menyatakan terapi medis alternatif yang secara fungsional didefinisikan sebagai tindakan intervensi yang umumnya tidak diajarkan di fakultas kedokteran dan tidak tersedia di rumah-rumah sakit di Negara Amerika Serikat telah semakin menarik perhatian nasional lewat media, masyarakat medis, departemen pemerintah, dan masyarakat luas (Eugenia, 2008).

Penggunaan CAM adalah keinginan untuk memiliki kontrol pribadi atas kesehatan orang itu sendiri, ketidakpuasan dengan pengobatan konvensional dan

mengabaikannya secara pendekatan holistik, dan adanya kekhawatiran tentang efek samping dari obat-obatan. CAM dapat digunakan sebagai profilaksis untuk gangguan kronis dan psychopathologies jika ibu mengalami stres selama periode perinatal. Karena kurangnya kepentingan dari studi dan penilaian keselamatan, hanya ada beberapa laporan yang mempertanyakan keselamatan CAM pada kehamilan, sehingga sampai saat ini belum ada data yang menunjukkan efek samping dari penggunaan CAM khususnya dalam kehamilan (John, 1998).

Sebuah laporan studi menjelaskan bahwa penggunaan CAM dikaitkan dengan kehamilan/tingkat kelahiran yaitu 30% lebih rendah dibandingkan dengan penggunaan berkelanjutan selama 12 bulan dalam pengobatan kesuburan kandungan pada wanita. Mengingat fakta bahwa obat-obatan herbal farmakologi aktif dipasarkan dan wanita hamil sering menggunakan ini tanpa memberitahu tenaga kesehatan yang melakukan perawatan kehamilan mereka, penggunaan CAM harus dianggap masalah kritis, sementara beberapa metode CAM mungkin menjadi masalah kesehatan serius yang digunakan walaupun terbukti khasiatnya (Kalder, 2009).

Akan tetapi masyarakat hingga saat ini masih percaya dan terus menggunakan CAM dalam menangani penyakit mereka. Untuk itu pemerintah berinisiatif mengaturnya dalam implementasi permenkes no.1109/2007 pendahuluan Dasar hukum penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di Indonesia, 1) UU RI No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, 2) PerMenKes RI No.1076/Menkes/SK/2003 tentang Pengobatan Tradisional, 3) PerMenKes RI No.1109/Menkes/Per/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, 4) KepMenKes RI No.121/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Herbal Medik 5) KepDirJen BinYanMed, No. HK.03.05/I/199/2010 tentang Pedoman Kriteria Penetapan Metode Pengobatan Komplementer -Alternatif yang dapat diintegrasikan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan dalam surat keputusan ketua umum pengurus besar IDI No.01/Ketum PB.IDI/12/2009 tentang Susunan dan Personalia Pengurus Besar IDI. Pengobatan alternatif sebagaimana dirangkum oleh Imam Ibnu Qayyim dalam kitab *Zadul Ma'ad* (Juz IV) yang dikenal dengan *At-Thibb An-Nabawi* (Pengobatan Nabi). Di antaranya sabda beliau: “Setiap penyakit ada obatnya, maka jika obat telah mengenai penyakit maka akan sembuh dengan izin Allah ‘Azza wa Jalla” (HR. Muslim) “Sesungguhnya Allah tidaklah menurunkan penyakit kecuali telah

menurunkan untuknya obat yang diketahui oleh orang yang mengetahuinya dan tidak diketahui oleh orang yang tidak mengetahuinya.” (HR. Ahmad) (Setiawan, 2009)

Penelitian Hall dan Jolly (2012) menjelaskan penggunaan CAM selama kehamilan berbeda secara signifikan dari pengguna non- CAM dilihat dari tingkat pengetahuan dan tingkat pendidikan. Dengan tingkat pendidikan tinggi 43% menggunakan CAM dibandingkan yang tidak menggunakan CAM yaitu 22,4%. Sekitar 30% dari wanita hamil yang berkonsultasi dengan terapis CAM melakukannya tanpa memberitahu bidan atau dokter. Belum ada juga bukti praktek CAM yang dapat mengakibatkan rujukan di pelayanan Rumah Bersalin. Penggunaan CAM selama kehamilan di Rumah Bersalin ini lebih cenderung didapatkan dari bidan berdasarkan arahan dari dokter kandungan karena dokter kandungan lebih hati-hati dan skeptis dari bidan tentang penggunaan CAM untuk perempuan dalam perawatan kebidanan (Steel, 2012)

Studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Sakina Idaman didapatkan hasil wawancara yang dilakukan pada 10 orang ibu nifas pada bulan September 2016 di RSIA Sakina Idaman 6 diantaranya mengatakan bahwa mereka mengetahui pengobatan alternatif dan menggunakannya sebelum dan selama kehamilan, sedangkan untuk terapi komplementer mereka menggunakan beberapa terapi tetapi masih belum mengenal definisi maupun jenis – jenis terapi komplementer yang lain. Namun ada 4 orang yang hanya menggunakan pengobatan tradisional tetapi tidak tahu tentang terapi komplementer maupun pengobatan alternatif.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian yang dilakukan dengan pendekatan *Cross Sectional*. Dalam penelitian ini, penyebab dan pengaruhnya diukur secara serentak dan dalam waktu yang bersamaan dengan menggunakan kuesioner. Selanjutnya data disajikan dalam bentuk *analitik korelasional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu nifas yang berada di ruang rawat inap nifas di Rumah Sakit Ibu dan Anak Sakina Idaman selang bulan Januari sampai dengan Agustus 2016 yang memiliki jumlah rata-rata 150 orang per bulan. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *nonprobability sampling* dengan metode *Consecutive sampling*. Perhitungan sampel yang digunakan pada penelitian ini ditentukan menggunakan tabel ukuran sampel

korelasi koefisien ( $r$ ) oleh Hulley *et al.*, (2007) dilihat dari kesalahan tipe  $\alpha = 0,5$  ( $Z_\alpha = 1,96$ ), dan kesalahan tipe  $\beta = 0,10$  ( $Z_\beta = 1,645$ ) dengan koefisien korelasi yang diharapkan ( $r^*$ ) = 0,30 akan memerlukan 92 responden dan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya subyek penelitian yang terpilih *drop out* maka dilakukan penambahan responden sebanyak 10% dari keseluruhan jumlah sampel menjadi 107 responden.

Tehnik pengolahan data dilakukan kegiatan seperti *editing*, *coding*, *entry*, dan selanjutnya *cleaning*. Analisis data dilakukan menggunakan *software* program SPSS versi 16.0. Analisis univariat merupakan analisis data dalam menggambarkan masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusifrekuensi dan presentase masing-masing kelompok untuk yang berskala pengukuran kategori, yakni variable bebas: sikap ibu, variable luar: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, pengalaman sebelumnya, keterpaparan informasi. Analisis bivariat dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan antara sikap (variabel bebas) dengan penggunaan CAM selama kehamilan (variabel terikat). Uji hipotesis yang digunakan adalah *uji chi square* ( $X^2$ ). Uji ini dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh yang signifikan antara 2 variabel yang dinyatakan dengan derajat kemaknaan  $p > 0,05$ , dengan tingkat kepercayaan 95%, dan menjelaskan rasio perbandingan yang dinyatakan dengan *Ratio Prevalensi* (RP). Analisis multivariat digunakan dalam penelitian ini adalah *analisis regresi* logistik untuk mengetahui hubungan variable bebas dan variable terikat secara bersama sama dengan mengontrol variable luar dengan variable yang mempunyai pengaruh signifikan setelah dilakukan analisis bivariat. Uji yang digunakan adalah statistik logistik regresi dengan perhitungan *odds ratio* (OR) dan rentang *confidence interval* 95%, serta melihat nilai  $R^2$  yang lebih besar untuk mengetahui seberapa besar variable luar mempengaruhi variable terikat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil Penelitian

#### a. Gambaran karakteristik responden

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di RSIA Sakina Idaman

Variabel	N	%
<b>1. Umur</b>		
Resiko Rendah	86	80%
Resiko Tinggi	21	20%
<b>2. Tingkat Pendidikan</b>		
Pendidikan Rendah	35	33%
Pendidikan Tinggi	72	67%
<b>3. Pekerjaan</b>		
PNS/BUMN	5	5%
Wiraswasta	6	6%
Honoror	11	10%
Pegawai Swasta	67	63%
IRT	18	17%
<b>4. Pendapatan Keluarga</b>		
UMR > 1 juta	20	19%
UMR < 1 juta	87	81%
<b>5. Paritas</b>		
Primipara	79	74%
Multipara	28	26%
<b>6. Pengalaman menggunakan CAM (Sebelum Hamil)</b>		
Belum Pernah	78	73%
Pernah	29	27%
<b>7. Keterpaparan Informasi</b>		
Terpapar	91	85%
Tidak	16	15%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

Table1 dapat dilihat bahwa usia ibu terbanyak yaitu usia yang beresiko rendah sejumlah 86 orang (80%), untuk tingkat pendidikan terbanyak berpendidikan tinggi sejumlah 72 orang (67%), mayoritas pekerjaan responden yaitu pegawai swasta berjumlah 67 orang (63%) dengan pendapatan di atas UMR (>1 juta) berjumlah 87 orang (81%), mayoritas paritas yaitu primipara 79 orang (74%), responden dengan pengalaman penggunaan CAM terbanyak masih belum menggunakan CAM sebelumnya yaitu 78 orang (73%), dan untuk responden yang terpapar informasi paling banyak yaitu 91 orang (85%).

**b. Distribusi frekuensi pengetahuan, penggunaan CAM, macam CAM, keterpapaan informasi**

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan dan Sikap ibu tentang CAM di RSIA Sakina Idaman

Sikap	N	Persentase %
Positif	59	55%
Negatif	48	45%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data Primer 2016

Mayoritas sikap ibu terhadap CAM yaitu positif (mendukung) terhadap penggunaan CAM selama kehamilan berjumlah 59 orang (55%).

Tabel 3 Distribusi Frekuensi penggunaan CAM selama kehamilan di RSIA Sakina Idaman

Penggunaan CAM	N	%
Ya (Menggunakan)	31	29%
Tidak Menggunakan	76	71%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data Primer 2016

Dari tabel 3 analisis distribusi frekuensi responden pada dapat dilihat bahwa penggunaan macam- macam CAM selama kehamilan oleh ibu adalah sebagian besar tidak menggunakan dengan jumlah 76 orang (71%).

Tabel 4 Penggunaan Berbagai Macam CAM oleh Ibu Selama Kehamilandi RSIA Sakina Idaman

CAM	N	N/107*100%	N/1284*100%
Acupuncture	7	7%	1%
<b>latihan Pernapasan</b>	<b>88</b>	<b>82%</b>	<b>7%</b>
<b>Terapi Music</b>	<b>93</b>	<b>87%</b>	<b>6%</b>
Herbal	29	27%	2%
Refleksiologi	61	57%	5%
Aroma Terapi	53	50%	4%
Relaksasi	81	76%	6%
Akupresure	59	55%	5%
Yoga dan Meditasi	47	44%	4%
Hipnoterapi	36	34%	3%
<b>Terapi Spiritual</b>	<b>94</b>	<b>88%</b>	<b>7%</b>
Massage	67	63%	5%
<b>14 X 107 = 1284</b>	<b>715</b>	<b>100%</b>	<b>56%</b>

Sumber : Data Primer 2016

Tabel 4 menunjukkan macam – macam terapi komplementer dan pengobatan alternatif (CAM) yang digunakan ibu selama kehamilan. Dari analisis frekuensi penggunaan berbagai macam CAM didapatkan bahwa 56% macam CAM yang digunakan selama kehamilan dan yang paling banyak adalah terapi spiritual berjumlah 94 (88%), terapi music 93 (87%), senam pernapasan 88 (82%).

Tabel 5 Distribusi frekuensi Sumber Informasi yang Ibu Dapatkan tentang Penggunaan CAM selama Kehamillandi RSIA Sakina Idaman

Sumber Informasi	N	Persentasi %
Dokter	114	8%
<b>Bidan</b>	<b>222</b>	<b>15%</b>
Farmasi/ Apoteker	15	1%
Keluarga	188	13%
Teman	116	8%
<b>Media Elektronik</b>	<b>256</b>	<b>17%</b>
Media Cetak	120	8%
Tidak Tau	445	30%
<b>Total</b>	<b>1476</b>	<b>100%</b>

Pada tabel 5 menjelaskan bahwa dari 12 macam CAM yang digunakan oleh 107 responden mendapatkan informasi lebih dari 1 sumber informasi. Distribusi frekuensi yang terbanyak diberikan oleh media elektronik meliputi televisi, smartphone, radio dan lainnya yaitu 256 (17%) dan yang kedua bidan yaitu 222 kali (18%) pada seluruh CAM yang responden gunakan. Yang lainnya mengatakan tidak tahu akan macam – macam CAM yaitu 505 informasi (29%).

### c. Hasil analisis hubungan sikap dengan penggunaan CAM

Tabel 6 Analisis Bivariat Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Dengan Penggunaan CAM di RSIA Sakina Idaman

Sikap	CAM				Total		$\chi^2$	P (Value)	RP±CI 95%
	Tidak		Ya		n	%			
	N	%	n	%	n	%			
Negatif	39	81%	9	19%	48	100%	<b>6,817</b>	<b>0,009</b>	1,42
Positif	34	58%	25	42%	59	100%			

Hasil analisis bivariat tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan menunjukkan hasil *Chi Square* untuk tingkat pengetahuan dengan penggunaan CAM dimana  $\chi^2$  hitung  $< \chi^2$  tabel yaitu  $3,271 < 3,841$  yang berarti tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan penggunaan CAM selama kehamilan. Adapun untuk sikap memiliki nilai  $\chi^2$  hitung  $> \chi^2$  tabel yaitu  $6,813 > 3,841$  yang berarti adanya hubungan antara sikap dengan penggunaan CAM selama kehamilan. semakin positif sikap ibu semakin banyak CAM yang digunakan ibu selama kehamilan.

Tabel 8 Hubungan karakteristik dengan Sikap ibu Terhadap CAM Selama Kehamilan di RSIA Sakina Idaman

Karakteristik	Sikap				Total		$\chi^2$	P (Value)	RP $\pm$ CI 95%
	Positif		Negatif		n	%			
	n	%	n	%					
<b>Tingkat Pengetahuan</b>									
Baik	45	73%	17	27%	62	100%	<b>18,1</b>	<b>0,00</b>	5,861
Kurang	14	31%	31	69%	45	100%			(2,52-13,61)
<b>Usia</b>									
Resiko Tinggi	16	76%	5	24%	21	100%	<b>4,68</b>	<b>0,04</b>	0,312
Resiko Rendah	43	50%	43	50%	86	100%			(0,105-0,929)
<b>Pendidikan</b>									
Tinggi	38	53%	34	47%	72	100%	0,49	0,43	0,745
Rendah	21	60%	14	40%	35	100%			(0,328-1,691)
<b>Pekerjaan</b>									
PNS/ BUMN	4	80%	1	20%	5	100%	2,82	1,00	0,019 (0,924 - 0,924)
Wiraswasta	2	33%	4	67%	6	100%			
Honorer	6	60%	4	40%	10	100%			
Pegawai Swasta	38	56%	30	44%	68	100%			
IRT	9	50%	9	50%	18	100%			
<b>Pendapatan</b>									
UMR > 1 juta	46	54%	39	46%	85	100%	0,17	0,68	0,817
UMR < 1 juta	13	59%	9	41%	22	100%			(0,315-2,113)
<b>Paritas</b>									
Primipara	41	51%	39	49%	80	100%	1,94	<b>0,17</b>	0,526
Multipara	18	67%	9	33%	27	100%			(0,211-1,309)
<b>Pengalaman</b>									
Belum Pernah	43	55%	35	45%	78	100%	0,46	1,00	1,002
Pernah	16	55%	13	45%	29	100%			(0,425-2,361)



### Informasi

Terpapar	50	55%	41	45%	91	100%			0,923
Tidak	9	56%	7	44%	16	100%	0,009	0,949	(0,325-2,767)

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan data tabulasi silang di atas usia dan paritas memiliki pengaruh yang signifikan dengan sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan dilihat dari hasil  $p$  value  $< 0,25$

Tabel 11 Hasil Analisis *Regressi Logistik Multivariate* Penggunaan CAM Selama Kehamilan di RSIA Sakina Idaman

Variabel	R2	P Value	OR (CI 95%)
Sikap Ibu	0,064	0,041	2,721(1,044-7,093)
<b>R Adjusted</b>	<b>0,055</b>		

Variabel yang dimasukkan untuk dianalisa *multivariate* adalah variabel dengan nilai  $p < 0,05\%$  pada uji *bivariat* yaitu sikap ibu. Hasil analisa *multivariate* didapatkan hasil bahwa sikap berpengaruh terhadap penggunaan CAM selama kehamilan yang ditunjukkan oleh nilai  $p$  sebesar 0,041, OR sebesar 2,721. Nilai (CI 95%) artinya sama dengan nilai  $p$ , dimana jika angka 1 tidak diantara rentang CI 95% berarti ada pengaruh signifikan. OR sebesar 2,721 artinya ibu dengan sikap positif menggunakan banyak CAM selama kehamilan 2 kali lebih baik dibandingkan dengan sikap ibu yang negatif.

## PEMBAHASAN

Sikap Ibu tentang CAM selama kehamilan pada penelitian ini dapat dilihat bahwa mayoritas sikap ibu terhadap CAM yaitu positif (mendukung) terhadap penggunaan CAM selama kehamilan berjumlah 59 orang (55%). Sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan menunjukkan hasil nilai  $\chi^2$  hitung  $6,813 > \chi^2$  tabel  $3,841$  yang berarti adanya hubungan antara sikap dengan penggunaan CAM selama kehamilan. Semakin positif sikap ibu semakin banyak CAM yang digunakan ibu selama kehamilan. Sikap memiliki nilai  $p$  (value)  $0,009 < \alpha 0,05$  dimana terdapat pengaruh yang signifikan atau pengaruh yang bermakna antara sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan. Nilai OR sikap yaitu 1,42 dimana sikap ibu yang positif terhadap

penggunaan CAM selama kehamilan 1,42 kali lebih sering dibandingkan dengan sikap ibu yang negatif.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Stell, *et al.*,(2012) menjelaskan perawat-bidan lebih banyak menggunakan CAM dan mereka percaya dan memiliki sikap positif terhadap CAM dimana dapat melengkapi terapi medis konvensional. Sikap terhadap CAM dipengaruhi oleh faktor usia, pengalaman, pendidikan, pekerjaan, dan masalah kesehatan pribadi.

Sikap ibu tentang CAM pada penelitian ini menunjukkan hasil bahwa mayoritas ibu berjumlah 59 orang (55%) memiliki sikap positif terhadap CAM selama kehamilan. Nilai positif merupakan kategori hasil ukur dalam penelitian untuk mengelompokkan hasil skor ditunjukkan melalui hasil uji statistik hubungan sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan yang didapatkan koefisien korelasi 0,252 atau 25% dan pengaruh yang signifikan dimana nilai *p value* 0,00 yang artinya secara statistik bermakna antara sikap dengan penggunaan CAM.

Sikap seseorang dapat dipengaruhi beberapa faktor salah satunya adalah pengetahuan. Diketahui bahwa pengetahuan seseorang mereka dapatkan dari berbagai sumber yaitu dari pendidikan, pengalaman pribadi, sumber informasi (orang maupun media). Semakin banyak informasi yang diperoleh dari berbagai faktor semakin baik tingkat pengetahuan yang dapat meningkatkan sikap seseorang (Azwar, 2007). Menurut Fishben dan Ajzen (1981), sikap sebagai predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara konsisten dalam cara tertentu berkenaan dengan objek tertentu.

Penelitian yang dilakukan Stell, *et al* (2012) menjelaskan .Berdasarkan teori menurut Newcomb yang dikutip oleh Notoadmodjo (2003), menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan motif tertentu akan lebih mudah menerima informasi sehingga memiliki sikap yang lebih baik dari pada seseorang yang berpendidikan lebih rendah.

Menurut WHO (World Health Organization), pengobatan komplementer adalah pengobatan non-konvensional yang bukan dari negara yang bersangkutan (Hall and Jolly, 2012). Jadi untuk Indonesia contohnya jamu bukan termasuk pengobatan komplementer tetapi merupakan pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional yang dimaksud adalah pengobatan yang sudah ada dari zaman dahulu yang digunakan dan diturunkan secara turun temurun pada satu negara. Tapi di Philipina, jamu Indonesia bisa dikategorikan sebagai pengobatan komplementer.

Terapi komplementer yang dilakukan belum banyak dan tidak dijelaskan dilakukan oleh perawat/bidan atau bukan. Beberapa yang berhasil dibuktikan secara ilmiah misalnya terapi sentuhan untuk meningkatkan relaksasi, menurunkan nyeri, mengurangi kecemasan, mempercepat penyembuhan luka, dan memberi kontribusi positif pada perubahan *psikoimunologik* (Eugenie, 2008).

Pengobatan dengan menggunakan terapi komplementer mempunyai manfaat selain dapat meningkatkan kesehatan secara lebih menyeluruh juga lebih murah. Terapi komplementer terutama akan dirasakan lebih murah bila klien dengan penyakit kronis yang harus rutin mengeluarkan dana. Pengalaman klien yang awalnya menggunakan terapi modern menunjukkan bahwa biaya membeli obat berkurang 200-300 dolar beberapa bulan setelah menggunakan terapi komplementer (Nezabudkin, 2007).

Dari hasil bivariat antara karakteristik usia dengan sikap ibu dengan penggunaan CAM selama kehamilan memiliki hubungan yang dapat dilihat dari nilai yang ditunjukkan oleh *chi square* yaitu 4,68 dimana  $>chi square$  tabel 3,841. Usia sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa usia merupakan variabel yang selalu diperhatikan dalam penelitian dan merupakan salah satu hal yang mempengaruhi pengetahuan dan sikap. Sedangkan sikap yang positif terjadi dikarenakan oleh tingkat pengetahuan yang dalam kategori baik dengan tingkat pendidikan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yasemin, *et al.* (2010) yang menjelaskan bahwa meningkatnya pengetahuan seorang dapat mengubah sikap seseorang terhadap suatu permasalahan dan hal tersebut bermanfaat bagi pengembangan kesadaran diri seseorang. Green (1981) menjelaskan bahwa tingkat pengetahuan sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Dan hal ini dapat mempengaruhi pula sikap seseorang. Semakin baik pengetahuan seseorang semakin positif sikap.

## **KESIMPULAN**

Sikap ibu tentang CAM selama kehamilan paling banyak berada dalam kategori sikap positif atau mendukung penggunaan CAM selama kehamilan. Dan sikap memiliki pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap penggunaan CAM. Sikap sangat erat hubungannya dengan tingkat pengetahuan

## DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen I and Fishbein M.(1981) *The Teory of reasoned action*, <http://www.fw.msu.edu/outreachextension/thetheoryofreasonedaction.htm> (2 of 2)
- Azwar S. (2007). *Sikap Manusia (Teori dan Pengukuran)*. Edisi 2, Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Eugenia, (2008). *Quality of Efficacy Research in Complementary and Alternative Medicine*. Journal American Medical Association. Division of Developmental Medicine, Children's Hospital Boston, and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1991) *Health promotion planning an edication and environmental approach* J. Bull, ed., United States of Amerika: Mayfield Publishing Company.
- Hall and Jolly (2012). Women's use of complementary and alternative medicines during pregnancy. United Kingdom
- Nezabudkin, V. (2007). How to research alternatif treatment before using them. <http://www.naturalhealthweb.com/articles/Nezabudkin1.html>, diperoleh 24 Juni 2016.
- Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta, Jakarta
- Pallivalappila *et al.* (2013). *Complementary and Alternative Medicines Use during Pregnancy: A Systematic Review of Pregnant Women and Healthcare Professional Views and Experiences*. Medical and Dental School, University of Aberdeen, Aberdeen AB25 2ZG, UK
- Kalder, Knobaluch, Hrgovic, Munstedt (2009). *Use Of Complementary and Alternatif Medicine during Pregnancy and Delivery*. Departement Of Obstetrics and Gynecology. Philipps University, Marburg, Germany.
- Setiawan, (2009). Hukum Pengobatan Alternatif. <http://www.dakwatuna.com/2009/12/03/4949/hukum-pengobatan-alternatif>. diperoleh 6 november 2016
- Stell, (2012). *Utilisation of complementary and alternative medicine (CAM) practitioners within maternity care provision: results from a nationally representative cohort study of 1,835 pregnant women*. Faculty of Health, UTS, Level 7. New South Wales, Australia
- Yasemin, *et al.*,(2010). An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). Department of Internal Medicine Nursing, Ege University Nursing School, Bornova, Izmir, Turkey

# EFEKTIFITAS PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA AUDIOVISUAL TERHADAP PENGETAHUAN IBU TENTANG INISIASI MENYUSU DINI

Fatmah Zakaria, Hanny Rono, Farida Kartini  
email: [zakariafath17@gmail.com](mailto:zakariafath17@gmail.com)

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Pemberian ASI pada bayi sangat penting untuk tumbuh kembang bayi. Keberhasilan pemberian ASI dipengaruhi oleh pelaksanaan IMD. Pendidikan kesehatan melalui audiovisual diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan ibu, yang dapat mendukung pada keberhasilan IMD dan menyusui.

**Tujuan:** Diketuinya efektifitas pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* terhadap pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini (IMD).

**Metode:** Merupakan penelitian *quasi eksperiment non equivalent*, dengan *non probability sampling*, *consecutive sampling* sebanyak 30 responden pada kelompok (kontrol dan intervensi). Analisis data dengan uji non parametrik *mann whitney*.

**Hasil:** Terdapat peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual*, ditunjukkan dengan *mean* pengetahuan  $15,8 \pm 0,34$ , *p value*  $0,000 < \alpha 0,05$ .

**Kesimpulan:** pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* efektif pada peningkatan pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini.

**Kata Kunci :** Inisiasi Menyusu Dini, pendidikan kesehatan, pengetahuan

## PENDAHULUAN

Pemberian ASI pada bayi baru lahir sangat berpengaruh pada perkembangan kesehatan. Pemberian ASI terbukti menjadi lebih efektif apabila dilakukan inisiasi menyusui dini terlebih dahulu. Inisiasi menyusui dini (*early initiation breastfeeding*) adalah proses menyusui sendiri, minimal satu jam pada bayi baru lahir (WHO, 2009).

Angka pemberian inisiasi menyusui dini di berbagai wilayah didunia masih sangat rendah. Sebanyak 17% di negara Eropa Timur dan Asia Tengah, dan 33% di Asia pasifik. Angka tertinggi sekitar 50% dicapai di Amerika latin, Karibia, Afrika Timur dan Selatan. Di Indonesia menurut survei WHO tahun 2007-2008, angka pemberian IMD mencapai 43,9% secara nasional. Menurut WHO presentase inisiasi menyusui dini dikatakan buruk (0-29%), sedang (30-49%), baik (50-89%) dan sangat baik (90-100%), (WHO, 2011).

Di Indonesia kurang lebih 20 bayi meninggal per jam pada bayi kurang dari satu tahun dan hampir 50% kematian bayi ini terjadi pada masa kurang dari satu bulan. Pada masa ini bayi baru lahir sangat rentan terhadap kesakitan dan kematian, terutama

penyakit infeksi yang disebabkan rendahnya daya tahan tubuh (Kemenkes, 2012). Tidak hanya dapat meningkatkan risiko kematian pada masa neonatus tapi tidak melaksanakan inisiasi menyusui dini juga dapat meningkatkan terjadinya perdarahan pasca persalinan pada ibu bahkan berdampak pada kematian. Hal ini disebabkan karena terhambatnya pengeluaran hormon *oksitosin* yang dapat memperlambat kontraksi *uterus* sehingga tidak mampu menutup pembuluh darah yang terdapat pada tempat implantasi *placenta* (UNICEF, 2007). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Edmon (2006) tentang “menunda inisiasi menyusui dini” yang dilakukan di Ghana bahwa jika bayi diberikan kesempatan menyusui pada satu jam pertama dengan membiarkan kontak kulit ke kulit ibu (setidaknya selama satu jam) maka 22% nyawa bayi dibawah 28 hari dapat diselamatkan, jika mulai menyusui pertama diatas dua jam dan dibawah 24 jam pertama, tinggal 16% nyawa bayi dibawah 28 hari yang dapat diselamatkan. Tingkat pengetahuan yang memadai merupakan dasar pengembangan daya nalar seseorang dan jalan untuk memudahkan menerima motivasi dan selanjutnya memberikan implikasi pada sikap dan perilaku seseorang dalam melakukan IMD.

Tingkat pengetahuan yang memadai merupakan dasar pengembangan daya nalar seseorang dan jalan memudahkan menerima motivasi dan selanjutnya memberikan implikasi pada sikap dan perilaku seseorang dalam melakukan IMD. Menurut Bloom dalam Kapti (2010), pengetahuan merupakan bagian dari *cognitive domain* yang terbagi dalam enam tahap, yang tahap ketiga adalah aplikasi dalam hal ini praktik IMD. Menurut Notoadmodjo (2007), bahwa pengetahuan tidak selamanya terwujud dalam bentuk aplikasi karena pengetahuan dipengaruhi oleh sosial ekonomi, budaya, pendidikan, pengalaman, dan informasi. Ibu dapat melakukan inisiasi menyusui dini dengan baik jika dibekali dengan pengetahuan dan mempunyai sikap yang positif. Keberhasilan terlaksananya inisiasi menyusui dini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu pengetahuan, sikap, pendidikan ibu dan motivasi baik bagi ibu hamil, tenaga kesehatan atau penolong persalinan itu sendiri (Su Lin-Lin *et al.*, 2007). Selain itu salah satu aspek yang mempengaruhi pelaksanaan praktik inisiasi menyusui dini antara lain banyak ibu yang belum dibekali pengetahuan yang cukup tentang inisiasi menyusui dini, pengaruh budaya dan norma yang berkembang di kalangan anggota keluarga, rekan, dan masyarakat umum.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan *antenatal* dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Pendidikan kesehatan diberikan pada individu, kelompok atau masyarakat agar dapat menjadi tahu dan menerapkan pengetahuan yang didapat dalam berperilaku meningkatkan kesehatan (Linda, 2007).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Kota Yogyakarta cakupan IMD pada tahun 2015 adalah 38% secara nasional. Berdasarkan fakta tersebut peneliti ingin lebih mengoptimalkan pelaksanaan inisiasi menyusui dini dengan memberikan suatu bentuk pendidikan kesehatan dengan menggunakan media *audiovisual* kepada ibu hamil. Tujuan penelitian dapat diketahuinya efektifitas pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* terhadap pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini (IMD).

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperiment non equivalent* dengan pendekatan kuantitatif dan rancangan yang digunakan adalah *pretest-posttest control group design*. Jumlah populasi ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan normal di Puskesmas Tegalrejo dan Puskesmas Jetis. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*. 30 ibu hamil pada masing-masing kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan penentuan besar sampel menggunakan *software power and sample size* program versi 3.1.2.

Teknik analisis data menggunakan *software* program SPSS versi 22 yaitu analisis *univariat* yang menggambarkan masing-masing variabel yang diteliti menggunakan distribusi frekuensi dan representasi masing-masing kelompok. Analisis *bivariat* bertujuan untuk menguji hipotesis yang signifikan antara dua variabel. Pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan uji *mann withney* karena data tidak terdistribusi normal. Untuk kemaknaan klinis digunakan *mean* dengan *confidence interval* 95% dengan nilai  $p < 0,05$ . Selanjutnya analisis *multivariat* menjelaskan hubungan antar variabel bebas dan variabel luar dengan mengikutsertakan variabel luar.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Karakteristik responden

Tabel 4.1 Distribusi karakteristik subjek penelitian pada kelompok kontrol dan intervensi di Puskesmas Tegalrejo dan Puskesmas Jetis

Karakteristik	Kelompok			
	Kontrol		Intervensi	
	n	%	n	%
<b>Umur</b>				
20-35 tahun	29	96,7	27	90
< 20 dan > 35 tahun	1	3,3	3	10
<b>Pendidikan</b>				
Tinggi	24	80	22	73,3
Rendah	6	20	8	26,7
<b>Pekerjaan</b>				
Bekerja	5	16,7	8	26,7
Tidak bekerja	25	83,3	22	73,3
<b>Dukungan keluarga</b>				
Mendukung	11	36,7	17	56,7
Tidak mendukung	19	63,3	13	43,3

*Sumber data primer*

Tabel di atas menunjukkan bahwa (90%) responden yang dilakukan penelitian memiliki umur 20-35 tahun. Pada tingkat pendidikan ibu (80%) tergolong pendidikan tinggi sedangkan terendah (20,0%). Hal ini berbanding terbalik dengan pekerjaan ibu yang sebagian besar berstatus tidak bekerja sebanyak (83,3%). Dalam hal dukungan keluarga pada kelompok kontrol paling banyak responden yang tidak mendukung (63,3%) sedangkan pada kelompok intervensi paling banyak responden yang mendukung yaitu sebanyak (56,7%).

### 2. Analisis *bivariat*

- a. Pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* pada kelompok kontrol dan intervensi



Tabel 4.2 Pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* pada kelompok kontrol dan intervensi di Puskesmas Tegalrejo dan Puskesmas Jetis.

Variabel pengetahuan	Kelompok kontrol				Kelompok intervensi			
	sebelum		sesudah		sebelum		sesudah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	9	30,0	16	53,3	16	53,3	30	100
Kurang	21	70,0	14	46,7	14	46,7	0	0
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

Sumber data primer

Berdasarkan tabel 4.4 di atas menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini pada kelompok kontrol sebanyak 21 (70%) responden memiliki pengetahuan kurang dan setelah dilakukan penilaian kembali pada kelompok kontrol, ibu yang memiliki pengetahuan kurang menjadi 14 (46,7%) responden. Pada kelompok intervensi pengetahuan ibu sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* sebanyak 14 (46,7%) responden berpengetahuan kurang dan setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* meningkat menjadi 100% responden yang memiliki pengetahuan baik.

b. Perbedaan pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini pada kelompok kontrol dan intervensi

Tabel 4.5 Perbedaan pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini pada kelompok kontrol dan intervensi di Puskesmas Tegalrejo dan Puskesmas Jetis

Variabel pengetahuan	Sebelum	Sesudah	n	$\Delta$ mean	p value
	mean $\pm$ SD	mean $\pm$ SD			
Kelompok kontrol	13,7 $\pm$ 2,22	13,8 $\pm$ 2,17	30	2,00	0,25
Kelompok intervensi	8,00 $\pm$ 1,29	15,0 $\pm$ 1,58	30		0,00

Sumber data primer

Berdasarkan hasil uji *mann whitney* pada tabel di atas terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi terhadap peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini dengan beda mean 2,00 dimana nilai rata-rata pengetahuan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan yang begitu berarti yaitu 13,8 $\pm$ 2,17 sedangkan pada kelompok intervensi nilai rata-rata pengetahuannya meningkat sangat signifikan yaitu sebesar 15,8 $\pm$ 1,58. Hal ini membuktikan bahwa pemberian pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* lebih berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ibu hamil

tentang inisiasi menyusui dini dibandingkan dengan yang tidak menggunakan media *audiovisual*.

- c. Pengaruh variabel luar terhadap pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini

Tabel 4.6 Pengaruh variabel luar terhadap pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini di Puskesmas Tegalrejo dan Puskesmas Jetis

Variabel	Mean	SD	Pvalue	95% CI	N
<b>Pendidikan</b>					
Tinggi	15,2	1,05	0,00	-2,65-0,53	60
Rendah	13,6	3,07			
<b>Dukungan keluarga</b>					
Mendukung	14,7	1,73	0,70	-3,39-0,20	60
Tidak mendukung	14,9	1,99			

Sumber data primer

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa hasil analisis *bivariat* didapatkan variabel luar tingkat pendidikan secara signifikan sehingga variabel ini dapat dilanjutkan ke permodelan multivariat, terbukti nilai *p value* ( $< 0,00$ ), 95% CI (-2,65-0,53), sedangkan variabel dukungan keluarga nilai *p value* ( $> 0,70$ ) yang berarti tidak mempengaruhi secara statistik sehingga tidak bisa masuk ke permodelan *multivariat*.

### 3. Analisis *multivariat*

Tabel 4.7 Analisis regresi linear pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* terhadap pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini yang dikontrol dengan pendidikan ibu di Puskesmas Tegalrejo dan Puskesmas Jetis

Variabel	Model I (coef 95% CI)	Model II (coef 95% CI)
<b>Media Audiovisual</b>		
Perlakuan	2,120	2,000
Kontrol	1,41-2,82	1,194-2,806
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	1,794	
Tinggi	0,95-2,63	
<b>R<sup>2</sup></b>	0,469	0,299

Sumber data primer

Dari hasil analisis model I di atas menunjukkan bahwa nilai koefisien pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* sebesar 2,120 artinya pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini meningkat sebesar 2,120 setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual*

dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual*, dengan nilai 95% CI adalah 1,41-2,82 dan ada hubungan yang bermakna. Model ini menghasilkan nilai  $R^2$  0,469 artinya pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini yang dikontrol dengan pendidikan sebesar 46,9%.

Dari hasil analisis model II di atas menunjukkan bahwa nilai koefisien regresi pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* sebesar 2,000 dengan nilai 95% CI 1,194-2,806. Ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual*. Dapat diartikan pula bahwa meningkatnya tingkat pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini yang diberikan pendidikan kesehatan menggunakan media *audiovisual* lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menggunakan media *audiovisual*. Model ini memiliki nilai  $R^2$  sebesar 0,299 berarti pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu hamil sebesar 29,9% sedangkan sisanya dipengaruhi faktor lain yang tidak diteliti.

## **PEMBAHASAN**

Sebagian besar responden ibu hamil pada kelompok kontrol dan intervensi berada pada rentang umur 20-35 tahun, pada kelompok kontrol 29 orang (96,7%) dan kelompok intervensi 27 orang (90%), sedangkan responden yang memiliki rentang umur < 20 tahun dan > 35 tahun pada kelompok kontrol 1 orang (3,3%) dan kelompok intervensi 3 orang (10%). Dari hasil ini terlihat bahwa responden ibu hamil yang sedang diteliti semuanya masuk dalam kategori usia reproduktif. Hal ini sesuai dengan penelitian Dyson (2007) bahwa sebagian besar ibu yang melakukan inisiasi menyusui dini pada umur 20-35 tahun. Penelitian tersebut menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap ibu hamil berada pada kategori baik.

Dalam penelitian ini pendidikan dibagi menjadi dua kategori yaitu pendidikan tinggi dan pendidikan rendah. Berdasarkan hasil analisis karakteristik sebagian besar responden memiliki riwayat pendidikan tinggi, pada kelompok kontrol 24 orang (80%) dan kelompok intervensi 22 orang (73,3%), sedangkan yang memiliki riwayat

pendidikan rendah pada kelompok kontrol 6 orang (20%) dan kelompok intervensi 8 orang (26,7%). Menurut Entwistle (2007) bahwa ibu yang berpendidikan tinggi dapat memahami informasi dengan lebih baik terhadap penjelasan yang diberikan. Makin tinggi pendidikan, maka makin mudah mendapatkan pengetahuan karena tingkat pendidikan akan mempengaruhi seseorang untuk menerima ide dan teknologi atau informasi baru. Sebaliknya, pendidikan yang kurang juga akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai baru yang diperkenalkan.

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa pada masing-masing kelompok terjadi peningkatan. Pada kelompok kontrol sebanyak 30% responden memiliki pengetahuan baik dan setelah dilakukan penilaian kembali, ibu yang memiliki pengetahuan baik menjadi 53,3%, sedangkan pada kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* sebanyak 53,3% berpengetahuan baik dan setelah pemberian pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* meningkat menjadi 100% ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik. Hal ini disebabkan karena sebagian besar ibu hamil berada pada rentang umur 20-35 tahun. Hasil penelitian ini semakin diperkuat dengan penelitian Perry dan Potter (2007), yang menyatakan bahwa pada umur tersebut termasuk dalam dewasa menengah, dimana seseorang telah memiliki kematangan dalam berpikir serta memiliki tanggung jawab yang besar terhadap kehidupannya termasuk membina hubungan intim melalui pernikahan dan memperoleh keturunan. Hal ini menunjukkan bahwa pada umur dewasa menengah ibu hamil memiliki kematangan dalam menerima informasi tentang inisiasi menyusui dini yang dibuktikan dengan nilai pengetahuan dan sikap yang baik pada umur 20-35 tahun.

Berdasarkan hasil analisis multivariat pada tabel 4.7 di atas menunjukkan bahwa nilai koefisien pendidikan kesehatan menggunakan media *audiovisual* sebesar 2,120 dengan nilai 95% CI adalah 1,41-2,82 artinya pengetahuan ibu hamil meningkat setelah diberikan intervensi sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara media *audiovisual* dengan pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini, hal ini juga dapat dilihat dari nilai  $R^2$  yaitu 0,469 yang artinya media *audiovisual* mempengaruhi pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini sebesar 46,9% jika dikontrol dengan pendidikan. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang.

Peningkatan pengetahuan dan sikap ibu setelah diberikan intervensi merupakan akibat dari pemberian pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual*. Dengan demikian media *audiovisual* sangat efektif digunakan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini menjadi lebih baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Kapti (2010) tentang “efektifitas *audiovisual* sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit Kota Malang”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada peningkatan pengetahuan ibu sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian dari Pandiangan (2008) yang menyatakan bahwa media *audiovisual* sangat membantu dalam meningkatkan sikap para remaja terhadap kesehatan reproduksi.

Hal ini senada dengan penelitian *Sovocom Company* dari Amerika dalam Warsita (2008) menemukan adanya hubungan antara jenis media dengan daya ingat manusia untuk menyerap dan menyimpan pesan serta kemampuan otak dalam mengingat pesan. Kemampuan otak dalam mengingat pesan dengan media audio 10%, visual 40%, *audiovisual* 50%. Untuk tingkat kemampuan menyimpan pesan berdasarkan media audio (< 3 hari 70%, > 3 hari 10%), media visual (< 3 hari 72%, > 3 hari 20%), dan media *audiovisual* (< 3 hari 85%, > 3 hari 65%).

Berdasarkan tabel 4.5 di atas didapatkan nilai rata-rata pengetahuan responden tentang inisiasi menyusui dini pada kelompok kontrol yaitu 13,8 dengan standar deviasi 2,17 sedangkan pada kelompok intervensi didapatkan nilai rata-rata pengetahuan responden tentang inisiasi menyusui dini adalah 15,0 dengan standar deviasi 1,58. Perbedaan nilai rata-rata pada kelompok kontrol dan intervensi yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* adalah 2,00. Hal ini menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual*. Lartey & Aidam (2006), juga menyebutkan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan lebih tinggi cenderung berpeluang lebih besar untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* berpengaruh pada pengetahuan ibu hamil tentang inisiasi menyusui dini dengan nilai *p value* 0,000 pada *alpha* 5%. Dari data tersebut dapat dinyatakan bahwa

pengetahuan ibu hamil secara signifikan mengalami peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jusmiyati (2013) bahwa terdapat peningkatan pengetahuan yang bermakna ( $p\ value=0,000$ ) pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol. Meningkatnya pengetahuan ibu hamil menunjukkan bahwa intervensi pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* yang diberikan tepat sasaran dengan cara penyampaian yang tepat pula akan memberikan hasil yang baik sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Peningkatan nilai pengetahuan ibu hamil tidak lepas dari faktor intrinsik yang turut mempengaruhi diri responden sehingga rasa ingin tahu yang sangat tinggi. Meskipun pendidikan kesehatan diberikan hanya dua kali, pada hasil analisis ternyata ibu hamil mengalami peningkatan pengetahuan yang bermakna, sehingga media *audiovisual* yang digunakan terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil. Hal ini diperkuat dengan penelitian Saputra (2011) yang menyatakan bahwa sebanyak 15 dari 16 responden yang diberikan pendidikan kesehatan dengan *audiovisual* mengalami peningkatan pengetahuan ( $p\ value=0,000$ ) dengan nilai efektifitas sebesar 93,75%.

Berdasarkan komponen pengetahuan, ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik tentang manfaat inisiasi menyusui dini untuk bayi. Hal ini ditunjukkan dengan skor presentase jawaban benar tertinggi berada pada komponen manfaat bayi, sedangkan pada komponen pengetahuan mengenai keuntungan inisiasi menyusui dini bagi ibu ternyata memiliki skor presentase terendah dibandingkan komponen yang lain. Item kuesioner yang paling banyak dijawab salah oleh ibu hamil adalah nomor 15 tentang pemberian minum pada bayi baru lahir, dimana ibu hamil masih banyak yang berpendapat bahwa sebelum dilakukannya inisiasi menyusui dini bayi boleh diberikan cairan lain sebagai pengganti ASI.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan yaitu pengaruh pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* terhadap pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini di Kota Yogyakarta, secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa:

1. Ibu yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang inisiasi menyusui dini dibandingkan dengan kelompok kontrol.

2. Terdapat peningkatan pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini pada kelompok intervensi yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media *audiovisual* sebelumnya 53% pengetahuan baik dan setelah intervensi meningkat menjadi 100% pengetahuan baik.
3. Terdapat perbedaan pengetahuan ibu tentang inisiasi menyusui dini pada kelompok kontrol (*posttest*) yaitu  $13,8 \pm 2,17$  sedangkan pada kelompok intervensi (*posttest*) nilai rata-ratanya  $15,0 \pm 1,58$ .

\

## **SARAN**

Bagi pengambil kebijakan diharapkan dapat mengembangkan program pendidikan kesehatan menggunakan media *audiovisual* dalam memberikan pendidikan kesehatan terkait dengan permasalahan kesehatan ibu dan bayi khususnya dalam hal ini inisiasi menyusui dini sehingga dapat mencapai target sasaran.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Dyson, L., McCormick, F., dan Renfrew, M.J. (2007). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Review), Cochrane Database of Systematic, Issue 2. DOI:10.1002/14651858.CD001688.pub2.
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 117(3) : e380-6.
- Entwistle, F., Kendall, S & Mead, M. (2007) The promotion of breastfeeding among low-income women : midwives knowledge and attitudes following a WHO/UNICEF breastfeeding management course. *Evidence based midwifery* 5(1):29-34.
- Jusmiyati, Misrawati & Jumaini.(2013). *Efektifitas pendidikan kesehatan menggunakan media audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan kemampuan ibu merawat bayi baru lahir*. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Kapti Rinik Eko. (2010). *Efektifitas Audiovisual Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksana Balita Dengan Diare Di Dua Rumah Sakit Kota Malang*. Tesis. Jakarta. Universitas Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2012). *Badan Pusat Statistik, BKKBN dan Survei Demografi*. Jakarta: BPS.

- Lartey, A. & Aidam, J. (2006). Factors associated with exclusive breastfeeding in. *Ejcn*, (59), 789-796.
- Linda V. Walsh. (2007). *Midwifery : Community-based care during the childbearing year*. Jakarta : EGC.
- Notoatmodjo.(2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pandiangan, T., Ira P. & Budi S. (2008). Pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi melalui metode ceramah, media *audiovisual*, ceramah plus *audiovisual* pada pengetahuan dan sikap remaja SLTP di Tapanuli Utara.Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Perry & Potter.(2007). *Konsep perkembangan dan peran keluarga*. Jakarta: Salemba Medika.
- Saputra, N. (2011). *Perbedaan pengaruh pendidikan kesehatan HIV AIDS dengan metode curah pendapat dan ceramah menggunakan media audiovisual terhadap pengetahuan siswi SMAN 4 Tangerang Selatan*. Tugas Akhir. Jakarta. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Su, Lin-Lin., Chong, Y.S., Chan, Y.H. (2007). Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding : randomised controlled trial. *BMJ*. 335:596. Doi:10.1136/bmj.39279.656343.55.
- UNICEF.(2007). *Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl*, Breast Crawl.org.
- Warsita, B. (2008). *Teknologi Pembelajaran, Landasan dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- WHO. (2009). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice at head of title: Integrated management of pregnancy and childbirth*, Singapore, World Health Organization Geneva.
- (2011). *The World health statistics*. Tersedia dari: <http://www.who.int>



# HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PELAKSANAAN INISIASI MENYUSU DINI DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GAMPING SLEMAN YOGYAKARTA

Ana Pujianti Harahap, Djauhar Ismail, Mufdlilah  
email: ana\_harahap87@yahoo.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Inisiasi Menyusu Dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir setidaknya selama satu jam. Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) cakupan IMD pada tahun 2015 sebesar 68%, cakupan ASI eksklusif mencapai 41,1%. Dari hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pengetahuan ibu yang rendah pelaksanaan IMD dilakukan secara tidak tepat.

**Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan pengetahuan ibu dengan pelaksanaan IMD di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta.

**Metode :** Jenis penelitian yaitu *observasional analitik* dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta. Metode sampel yang digunakan yaitu *consecutive* sampling. Jumlah sampel 55 responden. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi dan kuesioner. Analisis data menggunakan *univariat*, *bivariat* dengan uji *chi square*, dan *multivariat* dengan *regresi logistik*.

**Hasil :** Penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu memiliki hubungan dengan pelaksanaan IMD nilai *p value* = 0,016, PR = 2,316. Pengetahuan ibu berpengaruh sebesar 6,4 kali lebih besar terhadap pelaksanaan IMD dan berkontribusi sebesar 57% terhadap pelaksanaan IMD dengan mengikutsertakan variabel luar yaitu pendidikan ibudan jenis persalinan

**Simpulan :** Pengetahuan ibu dengan pelaksanaan IMD memiliki hubungan yang signifikan. Faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan IMD yaitu pendidikan.

**Kata Kunci** : Pengetahuan, Sikap, Pelaksanaan IMD

## PENDAHULUAN

Periode neonatal merupakan periode tersingkat dari semua periode kehidupan yaitu periode penyesuaian yang radikal terhadap penyesuaian terhadap perubahan suhu udara, pernafasan, penghisapan, dan menelan serta pembuangan. Menurut Rohani (2011), Pemberian ASI memberikan pengaruh yang paling kuat terhadap kelangsungan hidup anak, pertumbuhan dan perkembangan.

Salah satu keuntungan Inisiasi Menyusu Dini yaitu merangsang produksi oksitosin dan prolaktin sehingga meningkatkan produksi ASI. Selain itu bisa meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan meningkatkan lamanya bayi menyusui, merangsang produksi susu, serta memperkuat refleks mengisap awal pada bayi paling kuat dalam satu jam pertama. Dari hasil penelitian menyatakan bahwa

inisiasi menyusui dini dalam 1 jam pertama dapat mencegah 22% kematian bayi di bawah umur 1 bulan di negara-negara berkembang (Roesli,2008).

Data dari Kemenkes RI tahun 2015 menunjukkan bahwa cakupan IMD di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 49,7% dan cakupan ASI eksklusif 41,9%. Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) cakupan IMD pada tahun 2015 sebesar 68%, dan cakupan ASI eksklusif sebesar 41,1%, hal ini masih jauh dari target pencapaian cakupan ASI eksklusif nasional yaitu 80 %.

Penelitian yang dilakukan oleh Erli Zaenal, *et al.*, (2014), menyatakan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan yang rendah akan memiliki sikap yang tidak baik terhadap pelaksanaan IMD, dan faktor lain yang mempengaruhi yaitu ibu yang bersalin dengan normal lebih baik pelaksanaan IMD dibandingkan dengan SC.

Hasil wawancara dengan beberapa pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta mengatakan dari 10 ibu bersalin 3 orang (30%) tidak mengetahui tentang IMD, dan 7 orang ibu bersalin (70%) mengetahui tentang IMD. Namun dari 7 orang tersebut hanya 2 orang yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang IMD. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk mengungkap hubungan pengetahuan dan sikap ibu dengan pelaksanaan IMD di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta.

## **METODE PELAKSANAAN**

Penelitian yang digunakan yaitu *observasional analitik* dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta pada bulan November hingga Desember 2016. Tehnik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu menggunakan *consecutive* sampling. Jumlah sampel 55 dengan rumus *Lemeshow*.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu seluruh ibu bersalin dalam keadaan normal dan memiliki bayi yang normal yang bersedia menjadi responden dan berminat melaksanakan IMD. Kriteria eksklusi yaitu ibu bersalin yang mengalami perdarahan, ibu mengalami kejang, ibu dengan gangguan jiwa, ibu yang memiliki bayi yang mengalami asfiksia, dan ibu yang memiliki bayi BBLR.

Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan ibu sebagai variabel independent. Pelaksanaan IMD sebagai variabel dependent dan variabel luar meliputi pendidikan dan jenis persalinan.

Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner untuk mengukur pengetahuan dan pendidikan. Sedangkan pelaksanaan IMD dan jenis persalinan menggunakan observasi.

Analisis data meliputi analisis *univariat*, *bivariat* dengan uji *Chi Square* dan melakukan analisis *multivariat* dengan regresi logistik dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$  dan *confidence interval* (CI) 95%.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

#### 1. Gambaran umum lokasi penelitian

RS (Rumah Sakit) PKU (Pembina Kesejahteraan Ummat) Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan terletak di Jln.Wates KM 5,5 Gamping, Sleman Yogyakarta.

RS PKU Muhammadiyah Gamping sleman Yogyakarta baru mempunyai 1 konselor ASI (Bidan berpendidikan S2). IMD sudah dilaksanakan baik pada pasien dengan persalinan normal, tindakan ataupun dengan SC. Selain itu dari pihak rumah sakit juga sudah melarang penggunaan susu formula pada bayi baru lahir kecuali dengan kondisi ibu dengan komplikasi. Hal ini sudah memenuhi beberapa kriteria Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi dimana salah satu kriterianya yaitu pelaksanaan IMD.

#### 2. Karakteristik subjek penelitian

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek penelitian

Variabel Penelitian	Pelaksanaan IMD			
	Tidak Tepat (n)	%	Tepat (n)	%
<b>Pendidikan</b>				
Menengah	18	90,0	16	45,7
Tinggi	2	10,0	19	54,3
<b>Usia</b>				
20-35	6	10,9	35	63,6
<20 dan >35	14	25,5	0	0

Tabel 1. menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang memiliki pendidikan menengah pelaksanaan IMD dilakukan secara tidak tepat sebesar 90%.  
ibu yang berusia >35 tahun pelaksanaan IMD dilakukan secara tidak tepat sebesar 25,5%.

### 3. Analisis Bivariat Variabel Independent dengan Variabel Dependent

Tabel 2. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Pelaksanaan IMD

Variabel Penelitian	Pelaksanaan IMD				P value	CI (95%)	PR
	Tidak Tepat (n)	%	Tepat (n)	%			
<b>Pengetahuan</b>							
Kurang	11	55,0	8	22,9	0,016	1,169- 4,587	2,136
Baik	9	45,0	27	77,1			

Tabel 2. bahwa hubungan pengetahuan ibu dengan pelaksanaan IMD terdapat hubungan yang bermakna secara signifikan dengan nilai *p value* 0,016 dengan nilai PR 2,136 (CI 95% 1,169-4,587). Hubungan sikap ibu dengan pelaksanaan IMD menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna secara signifikan dengan nilai *p value* 0,252.

### 4. Analisis Variabel Luar dengan Variabel Dependent

Tabel 3. Hubungan Variabel Luar dengan Pelaksanaan IMD

Variabel Penelitian	Pelaksanaan IMD				P value	CI (95%)	PR
	TidakTepat (n)	%	Tepat (n)	%			
<b>Pendidikan</b>							
Menengah	18	90,0	16	45,7	0,001	1,143- 21,568	5,559
Tinggi	2	10,0	19	54,3			
<b>Jenis persalinan</b>							
SC	10	50,0	6	17,1	0,010	1,265- 4,695	2,438
Non SC	10	50,0	29	82,9			

Pada Tabel 3 menunjukkan terdapat beberapa variabel yang menunjukkan hubungan yang bermakna secara signifikan dengan pelaksanaan IMD. Pendidikan ibu memiliki hubungan bermakna dengan pelaksanaan IMD, nilai *p value* 0,001 PR 5,559 (CI 1,433-21,568) dapat disimpulkan bahwa ibu yang berpendidikan menengah beresiko 5,5 kali pelaksanaan dilakukan IMD secara tidak tepat.

Hubungan jenis persalinan dengan pelaksanaan IMD menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna dengan nilai *p value* 0,010 PR 2,438 (CI 95% 1,265-4,695) yang berarti bahwa ibu yang bersalin secara non sc beresiko 2,438 dilakukannya pelaksanaan IMD secara tidak tepat.

5. Analisis Pengetahuan dengan melibatkan variabel luar pendidikan, sumber informasi, dukungan tenaga kesehatan dan jenis persalinan

Tabel 4. Hubungan antara variabel *independent*, *dependent*, dan variabel luar.

Nama Variabel	Model 1 OR (CI (95%))	Model 2 OR (CI (95%))	Model 3 OR (CI (95%))	Model 4 OR (CI (95%))	Model 5 OR (CI (95%))
<b>Pengetahuan</b>	6,279	4,312	3,147	5,121	6,442
Kurang Baik	(1,445-27,274)	(1,236-15,048)	(0,903-10,967)	(1,438-18,232)	(1,166-35,592)
<b>Pendidikan</b>	15,051				24,379
Menengah Tinggi	(2,526-89,694)				(2,289-259,700)
<b>Jenis persalinan</b>			3,740		3,207
SC Non SC			(1,020-13,709)		(0,542-18,959)
<b>N</b>	55	55	55	55	55
<b>R<sup>2</sup></b>	0,398	0,236	0,223	0,247	0,576

Analisis Model 5 menunjukkan bahwa pengetahuan ibu mempunyai hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan IMD dengan menyertakan variabel luar pendidikan, dan jenis persalinan dengan OR 6,442 (CI 95% 1,166-35,592) yang berarti bahwa pengetahuan berpengaruh sebesar 6,4 kali lebih besar terhadap pelaksanaan IMD. Model 5 menghasilkan nilai R<sup>2</sup> 0,576 yang artinya bahwa pengetahuan dengan mengontrol variabel pendidikan, dan jenis persalinan berkontribusi terhadap pelaksanaan IMD sebesar 57%.

Dari hasil analisis diatas, model 5 dipilih sebagai model yang baik untuk menjelaskan hubungan pengetahuan terhadap pelaksanaan IMD dengan mempertimbangkan variabel luar pendidikan terhadap pelaksanaan IMD sesuai dengan koefisien determinasi terbesar.

## PEMBAHASAN

### 1. Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Pelaksanaan IMD

Ibu bersalin yang melahirkan di RS PKU Muhammadiyah Gamping Sleman Yogyakarta dari hasil penelitian pada tabel 4 model 5 didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara signifikan antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan IMD. Pengetahuan ibu dengan mengikutsertakan variabel luar pendidikan, sumber informasi, dukungan tenaga kesehatan dan jenis persalinan berpengaruh 6,4 kali terhadap pelaksanaan IMD dan berkontribusi terhadap pelaksanaan IMD sebesar 57%. Penelitian ini sejalan dengan Ervina, *et al*, (2014), bahwa ibu yang berpengetahuan rendah tentang IMD maka pelaksanaan IMD lebih dari setengahnya tidak dilaksanakan secara tepat.

Menurut teori *knowledge action*, seseorang yang memiliki pengetahuan yang cukup akan memotivasi dirinya untuk bisa berperilaku sehat. Ibu yang sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang IMD akan termotivasi untuk melaksanakan IMD secara tepat.

### 2. Hubungan pendidikan dengan pelaksanaan IMD

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna secara signifikan pendidikan ibu dengan pelaksanaan IMD. Ibu yang memiliki pendidikan yang rendah beresiko 5,5 kali untuk dilakukan IMD secara tidak tepat. Pada tabel 4 Pendidikan menjadi faktor variabel luar paling dominan berpengaruh terhadap pelaksanaan IMD. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dilakukan oleh Ravi, *et al.*, (2015), bahwa pendidikan memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan IMD.

Menurut teori *Glanz*, Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku. Pendidikan akan memberikan kecenderungan terjadinya perubahan perilaku seseorang. Ibu yang memiliki pendidikan yng menengah akan memiliki kecenderungan untuk melaksanakan IMD secara tidak tepat (Mubarak, 2011).

berasal dari orang lain yang dianggap penting, pengalaman seseorang dimasa lampau, lingkungan dan motivasi. Pemberian dukungan dari tenaga kesehatan dalam pelaksanaan IMD akan memberikan keyakinan pada ibu bersalin untuk bisa melaksanakan IMD secara tepat.

## KESIMPULAN

Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan pelaksanaan IMD  $p$  value 0,016 PR 2,316 (CI 95% 1,169-4,587) yang berarti bahwa ibu yang berpengetahuan rendah beresiko 2,3 kali dilakukan pelaksanaan IMD secara tidak tepat, Pengetahuan dengan mengkiutsertakan variabel luar pendidikan dan jenis persalinan berpengaruh 6,4 kali lebih besar terhadap pelaksanaan IMD dan berkontribusi sebesar 57% terhadap pelaksanaan IMD. Variabel luar yang paling berpengaruh yaitu pendidikan ibu dan dukungan tenaga kesehatan khususnya bidan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alia, F.I., (2011). *Faktor yang berhubungan dengan Ibu melakukan Inisiasi Menyusu Dini*. MKMI Vol 8. 2012
- Emilia,Ova. (2009).*Promosi Kesehatan Dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*.Pustaka Cendekia : Yogyakarta
- Erli Z., Endang S., Tita H., (2014). *Hubungan antara Pengetahuan sikap Ibu, IMD dan Peran Bidan dengan Pelaksanaan ASI Eksklusif serta Faktor-faktor yang mempengaruhi Bidan pada IMD dan Asi Eksklusif* . Fakultas Kedokteran Pasca Sarjana. UNPAD : Bandung
- Ervina H., Dian Y., Rika N., (2014). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Pelaksanaan IMD*. Bhakti Kencana Medika, Volume 4, No 1. Hal. 1-74
- Fikawati S., Ahmad s., (2010). *Kajian Implementasi Kebijakan Air Susu Ibu eksklusif dan IMD di Indonesia*. Makara, Kesehatan, Vol. 14, No. 1
- Kemenkes, (2016). *Kebijakan Pemerintah Tentang Kesehatan Ibu dan Anak*.Jakarta
- Mubarak, Wahid. (2012). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Salemba Medika : Jakarta
- Oberhelman,R.A.,Potts,K.S.,Taub,L.D.,Var, C. (2015). *What health service support do families need for optimal breastfeeding ? An in- depth exploration of young infant feeding practices in Cambodia*.IJWH. 7, 249-257
- Perez, Naydu. (2008). *Cesarean Delivery as a Barrier for initiation of breastfeeding : The Puerto Rican Experience*. J Hum Lact 2008; 24; 293 originally published online Jun 6, 2008
- Roesli U, (2008). *Inisiasi Menyusu Dini Plus Asi eksklusif*. Jakarta. Pustaka Bunda.

Sutriani, N.,H.M.Tahir.,Sirajuddin. (2012). *Determinan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini*. FKM Unhas Makasar

Yorry s., Yuli S., (2012). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil TM III dengan Minat Melakukan IMD*. Jurnal Involusi Kebidanan, Vol. 2, No. 4, 46-5



# KEJADIAN HIPOTERMI PADA BAYI BARU LAHIR

Nuli Nuryanti Zulala, Mei Neni Sitaresmi, Sulistyaningsih  
email : [nuli.zulala@gmail.com](mailto:nuli.zulala@gmail.com)

## ABSTRAK

Hipotermi merupakan penyebab utama kematian neonatal di negara terbelakang dan berkembang. Hipotermi terjadi pada bayi baru lahir yang tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti. Hipotermi menyebabkan vasokonstriksi perifer, berkurangnya perfusi perifer, iskemia, asidosis metabolik dan peningkatan laju metabolisme basal, memburuknya pernapasan, kemudian menyebabkan pendarahan paru serta kematian. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran kejadian hipotermi pada bayi baru lahir di Rumah Sakit 'Aisyiyah Muntilan. Metode penelitian deskriptif observasional pada 74 bayi baru lahir sehat pada bulan November 2016. Kejadian hipotermi pada menit ke-30 (59,5%), menit ke-60 (51,4%), jam ke-6 (47,3%), jam ke-12 (27,0%), jam ke-24 (24,3%). Simpulan yaitu diperlukan asuhan yang tepat untuk mencegah kejadian hipotermi pada bayi baru lahir.

**Kata Kunci:** hipotermi, bayi baru lahir

## PENDAHULUAN

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa, Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi mendatang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya ini dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun (Kemenkes, 2010).

Masalah utama bayi baru lahir pada masa perinatal dapat menyebabkan kecacatan, kesakitan, dan kematian. Kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Enam penyebab kematian neonatal di Indonesia menurut RISKESDAS 2014 adalah gangguan atau kelainan pernafasan 35,9%, prematuritas 32,4%, sepsis 12%, hipotermi 6,3%, ikterus 5,6%, *post matur* 2,8%, kelainan kongenital 1,4%. (Kemenkes, 2015).

Hipotermia merupakan kondisi suhu tubuh dibawah suhu normal ( $<36,5^{\circ}\text{C}$ ), suhu bayi normal berada antara  $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ , suhu tubuh normal dihasilkan dari keseimbangan antara produksi dan kehilangan panas tubuh. Mekanisme pengaturan suhu tubuh bayi baru lahir belum berfungsi sempurna sehingga mudah terjadi hipotermia (Mizzi and Muskat, 2007). Faktor yang berpengaruh pada termoregulasi seperti umur, berat badan, luas permukaan dan kondisi lingkungan. Proses adaptasi bayi terhadap perubahan suhu berbeda dengan orang dewasa, karena permukaan tubuh bayi

lebih luas dari orang dewasa sehingga apabila bayi terpapar suhu dingin akan banyak menggunakan energi dan oksigen untuk mendapatkan kehangatan (Soll, 2008; Lunze *et al.*, 2013).

Mekanisme tubuh kehilangan panas pada bayi baru lahir terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi (Kosim *et al.*, 2014). Hipotermia terjadi pada bayi baru lahir yang tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti. Suhu yang dingin dapat menyebabkan tubuhnya secara alamiah membakar cadangan lemak untuk mendapatkan suhu tubuh yang sesuai, cadangan yang terbatas ini tidak akan bertahan lama (McCall *at al.* 2010). Hipotermia menyebabkan vasokonstriksi perifer, berkurangnya perfusi perifer, iskemia, asidosis metabolik dan peningkatan laju metabolisme basal, memburuknya pernapasan, kemudian menyebabkan pendarahan paru serta kematian (WHO, 1997; Lissauer and Fanaroff, 2006).

Penelitian Farhadi *et al.* (2014) dan Lunze *et al.* (2013) menyebutkan kejadian hipotermi pada bayi baru lahir cukup tinggi secara global berkisar 8,5%-52%, diperkirakan 17 juta bayi baru lahir mengalami hipotermia di negara terbelakang. Prevalensi hipotermi di Indonesia belum diketahui, namun penelitian (Pratiwi *et al.*, 2009) di Sanglah Bali menunjukkan 47% kejadian hipotermi pada bayi yang tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan 27% pada bayi yang dilakukan IMD.

Bayi baru lahir harus berada pada suhu lingkungan minimal 25°C, suhu lingkungan yang dingin menyebabkan bayi membakar cadangan lemak guna memperoleh suhu yang sesuai. Bayi baru lahir memiliki risiko kehilangan panas tubuh setelah melahirkan, sedangkan bayi prematur menjadi lebih rentan karena mekanisme pengaturan suhu tubuh yang belum sempurna serta luas permukaan tubuh bayi dibandingkan dengan berat badan 2,7 kali lebih besar dan bayi prematur 4,0 kali lebih besar dari orang dewasa (Karlsson *et al.*, 2012).

Tanpa penanganan yang tepat, suhu tubuh bayi akan turun 0,1°C-0,3°C setiap menitnya (Boutilier, 2001). Hipotermi pada bayi baru lahir dapat dihindari dengan intervensi dan penanganan yang tepat.

*World Health Organization* (WHO) merekomendasikan “*The Warm Chain*” sebagai metode pencegahan hipotermi yang dilakukan oleh petugas kesehatan diantaranya menyiapkan ruang bersalin dan ruang bayi yang hangat, segera mengeringkan tubuh bayi, melakukan kontak kulit ke kulit minimal 1 jam segera setelah

lahir, pemberian ASI, tidak segera menimbang atau memandian bayi, memakaikan pakaian dan selimut serta topi, melakukan rawat gabung, bila bayi memerlukan rujukan tetap menjaga kehangatan selama proses rujukan, melakukan resusitasi pada lingkungan yang hangat serta melakukan pelatihan dan edukasi kepada keluarga (WHO, 1997)

IMD merupakan intervensi untuk menjaga bayi baru lahir tetap hangat dapat menurunkan kematian neonatal sebanyak 18-42% (Edmond et al., 2006). Penelitian Dyson *et al.*(2008) di Ghana menyatakan IMD merupakan tindakan penyelamat kehidupan karena mampu menyelamatkan 22% dari bayi meninggal sebelum usia satu bulan. Suhu tubuh ibu akan menghangatkan bayi dan membuatnya lebih tenang. Kulit ibu berfungsi sebagai termoregulator bagi bayi, suhu kulit dada ibu yang melahirkan akan menyesuaikan dengan suhu tubuh bayi, jika bayi kedinginan secara otomatis kulit ibu naik dua derajat untuk menghangatkan bayi sehingga menurunkan risiko hipotermi, jika suhu bayi meningkat, suhu kulit ibu otomatis turun satu derajat untuk menstabilkan suhu bayi. Bayi yang dilakukan kontak kulit ke kulit melalui IMD memiliki suhu yang lebih stabil dibandingkan dengan bayi yang tidak di IMD (Srivastava *et al.*, 2014).

Kebijakan pelaksanaan IMD dimulai sejak tahun 2014 pada seluruh bayi baru lahir pervaginam yang sehat, sedangkan untuk persalinan dengan *sectio caesaria* baru dimulai pada tahun 2016. Kejadian hipotermi di Rumah Sakit 'Aisyiyah Muntilan pada bulan Mei 2016 sebanyak 13% atau 13 dari 99 kelahiran. Dua (2) bayi dengan persalinan normal dan 11 bayi lahir dengan *sectio caesaria*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kejadian hipotermi pada bayi baru lahir di Rumah Sakit 'Aisyiyah Muntilan.

## **METODE PELAKSANAAN**

Jenis penelitian deskriptif observasional, populasi adalah seluruh bayi yang lahir bulan November 2016 di Rumah Sakit 'Aisyiyah Muntilan dengan teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*, sebanyak 76 bayi. Dua bayi drop out karena meninggal (1) dan asfiksia berat (1), 74 bayi diobservasi selama 24 jam. Penelitian dilakukan dengan mengamati seluruh bayi baru lahir yang sehat dan dilakukan pengukuran suhu axila pada menit ke-30, menit ke-60, jam ke-6, jam ke-12 dan jam ke-24. Bayi yang mengalami asfiksia dan tidak berhasil dilakukan resusitasi awal, lahir dengan berat badan <2000 gram, memiliki kelainan kongenital serta ibu mengalami perdarahan dan kejang

tidak diikuti dalam penelitian ini. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komisi etik Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta. Analisis menggunakan univariat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Responden

<b>Karakteristik Responden</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Karakteristik Ibu</b>		
<b>Usia</b>		
20 - 35 tahun	60	81,1
<20 tahun atau >35 tahun	14	18,9
<b>Paritas</b>		
Primipara	26	35,1
Multipara	48	64,9
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	14	18,9
Tinggi	60	81,1
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja diluar rumah	35	47,3
Bekerja diluar rumah	39	52,7
<b>Umur kehamilan</b>		
<37 minggu	4	5,4
≥37 minggu	70	94,6
<b>Cara persalinan</b>		
SC	28	37,8
Pervaginam	46	62,2
<b>Karakteristik Bayi</b>		
<b>Berat badan lahir</b>		
< 2500 gram	7	9,5
≥ 2500 gram	67	90,5
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	41	55,4
Perempuan	33	44,6
<b>IMD</b>		
Tidak tepat	41	55,4
Tepat	33	44,6

Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden pada karakteristik ibu mayoritas berusia 20-35 tahun, multipara, pendidikan tinggi, bekerja diluar rumah, usia kehamilan ≥37 minggu, persalinan pervaginam. Karakteristik bayi mayoritas berat badan ≥2500 gram, jenis kelamin laki-laki, pelaksanaan IMD tidak tepat.

Secara teori mayoritas karakteristik responden pada penelitian ini tidak berhubungan secara langsung dengan kejadian hipotermi, diantaranya usia ibu, status obstetric, pendidikan dan pekerjaan serta jenis kelamin bayi. Usia kehamilan, berat badan lahir serta pelaksanaan IMD mempengaruhi kejadian hipotermi (Lunze et al., 2013)

Penelitian Kumar et al.,(2009) menyebutkan bayi baru lahir memiliki risiko kehilangan panas tubuh, terutama bayi prematur, luas permukaan bayi baru lahir 2,7 kali lebih besar dari berat badannya, sedangkan bayi prematur memiliki luas permukaan 4 kali lebih besar dari berat badannya dibandingkan dengan orang dewasa. Perbedaan ini dimungkinkan karena pada penelitian ini mayoritas bayi lahir pada umur kehamilan  $\geq$  37 minggu (96,8%).

Penelitian yang dilakukan oleh Lunze et al.(2013), Vilinsky and Sheridan (2014) serta Boundy et al., (2016) yang menyatakan bahwa bahwa berat badan lahir mempengaruhi kejadian hipotermi pada bayi baru lahir. Pelaksanaan IMD pada BBLR dapat menurunkan 36% kematian, risiko terjadinya hipotermi, hipoglikemi dan masa tinggal di Rumah Sakit, serta meningkatkan ketercapaian ASI eksklusif. Menunda pelaksanaan IMD dalam pencegahan hipotermi pada bayi baru lahir meningkatkan 6 kali risiko kematian neonatal (Edmond *et al.*, 2006; Dyson *et al.*, 2008; Roesli, 2008).

Tabel 2. Kejadian Hipotermi

Waktu	Hipotermi		Tidak Hipotermi	
	N	%	n	%
Menit ke-30	44	59,5	30	40,5
Menit ke-60	38	51,4	36	48,6
Jam ke-6	35	47,3	39	52,7
Jam ke-12	20	27,0	54	73,0
Jam ke-24	18	24,3	56	75,7

Tabel 2 menunjukkan kejadian hipotermi paling banyak terjadi pada menit ke-30 dan paling sedikit pada jam ke-24. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap kehilangan suhu tubuh karena termoregulasi yang belum berfungsi dengan baik. Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir dapat melalui penurunan produksi panas akibat kegagalan system endokrin, kegagalan termoregulasi karena ketidakmampuan

hipotalamus dalam menjalankan fungsinya serta peningkatan panas yang hilang melalui konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi (Kosim *et al.*, 2014).

Prevalensi kejadian hipotermi pada bayi baru lahir sebanding dengan kejadian hipotermi di RSUD Sanglah Bali sebesar 47% (Pratiwi *et al.*, 2009). Penelitian Lunze *et al.*, (2013) menyebutkan prevalensi kejadian hipotermi di dunia bervariasi berkisar antara 32%-85%, kejadian terbanyak terjadi di negara dengan iklim tropis dan cuaca dingin, di India, Bangladesh, Nepal berkisar antara 11%-92% sedangkan penelitian Farhadi *et al.*, (2014) menyebutkan kejadian hipotermi di Iran berkisar 7,48%-53,3%.

Kejadian hipotermi paling banyak terjadi pada menit ke-30 (59,5%), hasil ini sejalan dengan penelitian Boutilier (2001) yang menyatakan bayi baru lahir tanpa penanganan yang tepat akan kehilangan 0,1°C-0,3°C setiap menitnya. Behrmen *et al.*, (2000) juga menyatakan tanpa penanganan yang tepat bayi baru lahir akan mengalami penurunan suhu 2°C-4°C dalam 10-30 menit setelah kelahiran.

Keterlambatan dalam penanganan yang tepat dapat berakibat fatal bagi bayi baru lahir (WHO, 2003). Diperlukan intervensi yang tepat untuk menghindarkan kejadian hipotermi yang dapat menyebabkan komplikasi yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi, WHO merekomendasikan sepuluh langkah proteksi termal atau *the warm chain* sebagai serangkaian tindakan yang dilakukan pada bayi baru lahir untuk menghindari stress dingin serta menjaga suhu tubuh bayi tetap berada pada suhu normal yaitu antara 36,5°C-37,5°C (WHO, 1997).

Langkah pertama pada *the warm chain* adalah menyiapkan suhu ruang bersalin maupun suhu ruang bayi dalam kondisi hangat minimal 25°C (WHO, 2003). Proses kehilangan panas tubuh bayi dapat terjadi melalui radiasi yaitu perpindahan panas dari obyek yang hangat ke obyek yang dingin berupa suhu lingkungan yang dingin. Pada penelitian ini rerata suhu ruang bersalin dan suhu kamar rawat gabung sekitar 27°C.

IMD merupakan bagian dari langkah pencegahan hipotermi, pada penelitian ini mayoritas pelaksanaan IMD belum tepat (55,4%). IMD pada penelitian ini dikatakan tepat apabila bayi diberi kesempatan kontak kulit antara ibu dan bayi minimal 1 jam (Thukral *et al.*, 2012). Kejadian hipotermi mayoritas terjadi pada menit ke-30 (59,5%) hal ini berkaitan dengan pelaksanaan IMD yang belum sesuai prosedur. Menunda pelaksanaan kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi pada awal kehidupan meningkatkan risiko terjadinya hipotermi (Kumar *et al.*, 2009)

Petugas kesehatan yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan IMD sejumlah 8 orang dengan pendidikan minimal Diploma III dan pengalaman minimal 1 tahun. Setiap shift terdapat 2 petugas jaga, perbandingan jumlah pasien dengan petugas jaga tidak seimbang dikala banyaknya pasien baru datang dan ruang bersalin sibuk, sehingga petugas merasa kelelahan ataupun bersamaan dengan kunjungan dokter anak yang menjadikan petugas tidak mampu menunggu kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi selama minimal 1 jam. Perpindahan Instalasi Bedah Sentral ke lantai IV juga menjadi hambatan bagi petugas dalam melaksanakan IMD dikarenakan belum adanya petugas bayi di ruang operasi, hal ini menjadikan kegagalan pelaksanaan IMD pada proses persalinan dengan *sectio caesaria*.

Temuan USAID-KINERJA tahun 2014, kegagalan IMD serta ASI Eksklusif karena kurangnya pengetahuan mengenai manfaat dari IMD dan ASI Eksklusif sedangkan dari sisi pemberi layanan hambatan yang muncul adalah rendahnya anggaran yang mendukung program, bervariasinya komitmen, pemahama dan kesadaran tenaga kesehatan, terbatasnya waktu dan sarana petugas dalam memberikan konseling, gencarnya promosi susu formula, fasilitas yang belum memadai serta kurangnya pengawasan terhadap petugas (USAID dan KINERJA, 2014).

Petugas kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam pelaksanaan IMD yang dipengaruhi oleh sikap, pengetahuan dan motivasi serta didukung oleh suami, keluarga, dan masyarakat. Informasi dan dukungan sangat diperlukan bagi ibu dan keluarga dimulai sejak kehamilan sedangkan dukungan tenaga kesehatan melalui pemberian KIE, sosialisasi serta media berupa leaflet, banner merupakan faktor yang paling memperkuat keberhasilan pelaksanaan IMD (Fikawati dan Syafiq, 2009; Kemenkes, 2012; Nahidi *et al.*, 2013; Mujiati dan Novianti, 2015; UNICEF, 2013; Debes *et al.*, 2013).

Penelitian Orün *et al.*, (2010) dan Shwetal *et al.*, (2012) menyatakan bahwa persalinan dengan *sectio caesaria* menjadi penghalang utama dalam pelaksanaan IMD, ibu menjadi kurang percaya diri untuk melakukan kontak kulit ke kulit dengan bayi serta efek dari anastesi yang menjadikan tertunda atau tidak terlaksananya IMD. Penyebab penundaan pelaksanaan IMD pada ibu paling sering terjadi pada persalinan *sectio caesaria* dan akibat kelelahan yang dialami ibu, penundaan pelaksanaan IMD mengakibatkan berkurangnya sekresi air susu ibu. Sebagian besar ibu yang menjalani

persalinan dengan *sectio caesaria* dan melakukan IMD tidak menyadari proses jalannya pembedahan karena mereka terfokus pada bayi mereka, sehingga tidak ada bukti untuk menunda pelaksanaan IMD pada persalinan *sectio caesaria* (Crenshaw, 2014).

Dukungan bidan dan tenaga kesehatan sangat penting dalam implementasi IMD, penelitian Syam dan Amiruddin (2015) menunjukkan bahwa ibu yang memperoleh dukungan dari bidan dan tenaga kesehatan memiliki tingkat keberhasilan melakukan IMD 17.5 kali lebih besar dari ibu yang tidak mendapatkan dukungan dari bidan dan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab dan peran yang penting dalam melaksanakan IMD sebagai intervensi mencegah hipotermi sehingga dapat meningkatkan neonatal *outcome* (Mizzi and Muskat, 2007).

Komunikasi efektif merupakan kunci keberhasilan pelaksanaan IMD, komunikasi ini meliputi komunikasi antara petugas, pasien dan tim kesehatan lain baik pada proses persalinan normal maupun *sectio caesaria* (Hung and Berg, 2011).

Kejadian hipotermi pada jam ke-6 dimungkinkan karena rata-rata waktu bersalin selama penelitian adalah pukul 23.00–01.00 WIB sehingga ketika pengukuran suhu axila pada jam ke-6 dilakukan pada pukul 05.00–07.00 WIB, pada saat tersebut suhu pagi hari daerah Muntilan berkisar antara 22°C–24°C. Aktifitas memandikan bayi pada pagi hari dilanjutkan dengan pengukuran suhu memungkinkan suhu tubuh bayi menjadi turun. Penurunan suhu tubuh bayi dapat disebabkan oleh peningkatan panas tubuh yang hilang dengan berpindah ke lingkungan sekitar melalui konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi. Tidak segera mengeringkan bayi setelah mandi dapat menyebabkan penurunan suhu tubuh bayi, menunda memandikan bayi minimal sampai 6 jam setelah lahir akan menjadikan bayi lebih sehat dan menjaga suhu tetap stabil (WHO, 1997; Kumar et al., 2009; Hutagaol et al., 2014)

Kejadian hipotermi pada jam ke-12 dan jam ke-24 dimungkinkan karena terhalangnya pelaksanaan rawat gabung ibu dan bayi selama 24 jam pertama kehidupan bayi baru lahir. Rawat gabung ini juga terhalang oleh persalinan *sectio caesaria*, di Rumah Sakit ‘Aisyiyah Muntilan bayi yang lahir dengan *sectio caesaria* di tempatkan diruang bayi untuk dilakukan pengawasan juga karena banyak dari ibu pasca operasi merasa lelah dan belum mampu merawat bayinya, namun rawat gabung juga bisa dilakukan jika ibu menginginkan.



Rawat gabung bermanfaat untuk menjaga bayi tetap hangat serta mendukung keberhasilan ASI eksklusif karena bayi dapat menyusui langsung tanpa dijadwal dan ibu akan mudah mengenali tanda-tanda lapar pada bayi. Hal ini dapat mencegah terjadinya payudara bengkak, mengurangi risiko kuning, mencegah penurunan berat badan yang berlebihan, bayi lebih tenang, mengurangi risiko infeksi dan depresi pada ibu pasca persalinan serta meningkatkan rasa percaya diri ibu untuk merawat bayi (WHO, 1997; IDAI, 2008)

## **KESIMPULAN**

Kejadian hipotermi pada bayi baru lahir dapat dicegah dengan dilakukan asuhan yang tepat yang diawali dengan menyiapkan ruang bersalin maupun ruang rawat bayi pada suhu yang hangat (minimal 25°C), melaksanakan IMD sesuai prosedur pada bayi lahir sehat dengan persalinan pervaginam maupun *sectio caesaria* serta melakukan rawat gabung dalam 24 jam pertama.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Behrmen, R., Kliegman, R., & Arvin, A. (2000). *Ilmu Kesehatan Anak Nelson*. Jakarta: EGC.
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., & Wafaie, W. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes : A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1).
- Boutillier, R. G. (2001). Mechanisms of cell survival in hypoxia and hypothermia. *The Journal of Experimental Biology*, 204(Pt 18), 3171–3181. <http://doi.org/10.1074/jbc.273.6.3320>
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice # 6 : Keep Mother and Baby Together — It ' s Best for Mother , Baby , and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211–217.
- Debes, A. K., Kohli, A., Walker, N., Edmond, K., & Mullany, L. C. (2013). Time to Initiation of Breastfeeding and Neonatal Mortality and Morbidity : a Systematic Review. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S19REVIEW>
- Dyson, L., McCormick, F., & Renfrew, M. (2008). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding ( review ). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001688.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M. A., Amenga-etego, S., & Owusu-ageyi, S.

- (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, *117*(3). <http://doi.org/10.1542/peds.2005-1496>
- Farhadi, R., Rezai, mohammad S., & Nakhshab, M. (2014). Incidence of neonatal hypothermia at birth in hospitals of Islamic Republic of Iran : a review. *Journal of Pediatrics Review*, *2*(2), 21–30. <http://doi.org/10.7508/JPR-V2-N2-21-30>
- Fikawati, S., & Syafiq, A. (2009). Penyebab Keberhasilan dan Kegagalan Praktik Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *4*, 120–131.
- Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early Skin to Skin After Cesarean To Improve Breastfeeding. *NMC*, *36*(5), 318–324. <http://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182266314>
- Hutagaol, H. S., Darwin, E., & Yantri, E. (2014). Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini ( IMD ) terhadap Suhu dan Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *3*(3), 332–338. Retrieved from <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- IDAI. (2008). *Bedah ASI*. Jakarta: Balai Penerbitan FKUI.
- Karlsson, V., Heinemann, A. B., Sjörs, G., Nykvist, K. H., & Ågren, J. (2012). Early Skin to Skin Care In Extremely Preterm Infants: Thermal Balance and Care Environment. *Journal of Pediatrics*, *161*(3), 422–426. <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.02.034>
- Kemenkes. (2010). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Retrieved from <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2011/09/Buku-Saku-Pelayanan-Kesehatan-Neonatal-Esensial.pdf>
- Kemenkes. (2012). *PP No 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Retrieved from <http://www.kinerja.or.id/pdf/5dffecb9-4ca6-4e08-83de-2d4bb555d08f.pdf>
- Kemenkes. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- Kosim, M. S., Yunanto, A., Dewi, R., Sarosa, G. I., & Usman, A. (2014). *Buku Ajar Neonatologi*. Jakarta: Badan Penerbitan IDAI.
- Kumar, V., Shearer, J. C., Kumar, A., & Darmstadt, G. L. (2009). Neonatal hypothermia in Low Resource Settings : A Review. *Journal Of Perinatology*, *29*(6), 401–412. <http://doi.org/10.1038/jp.2008.233>
- Lissauer, T., & Fanaroff, A. A. (2006). *At a Glance Neonatologi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Lunze, K., Bloom, D. E., Jamison, D. T., & Hamer, D. H. (2013). The global burden of neonatal hypothermia : systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC Medicine*, *11*(24). <http://doi.org/10.1186/1741-7015-11-24>

- McCall, E., Alderdice, F., Halliday, H., Jenkins, J., & Vohra, S. (2010). Interventions to prevent hypothermia at birth In preterm and / or low birthweight infants ( review ). *Cochrane*, (3). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD004210.pub4>.
- Mizzi, J., & Muskat, R. V. (2007). Hypothermia in the early neonatal period : follow-up study. *Malta Medical Journal*, 19(1).
- Mujiati, & Novianti. (2015). Pelaksanaan Sosialisasi Inisiasi Menyusu Dini ( IMD ) di Rumah Sakit St Carolus dan Rumah Sakit Umum Daerah ( RSUD ) Budhi Asih Jakarta. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 43(4), 247–256.
- Nahidi, F., Tavafian, S. S., & Haidarzade, M. (2013). Midwives ' Opinions about Reinforcing Factors in Skin to Skin Contact , Immediately After Delivery : A Descriptive Study. *Health Education & Health Promotion*, 1(2).
- Orün, E., Yalç, S. S., Madenda, Y., & Üstünyurt-eras, Z. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish Journal Of Pediatrics*, 52, 10–16.
- Pratiwi, E., Soetjningsih, & Kardana, I. M. (2009). Effect Of Kangaroo Method On The Risk Of Hypothermia And Duration Of Birth Weight Regain In Low Birth Weight Infant: A Randomized Controlled Trial. *Paediatrica Indonesiana*, 49(5), 253–258.
- Roesli, U. (2008). *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Shwetal, B., Pooja, P., Neha, K., Amit, D., & Rahul, P. (2012). Knowledge , Attitude And Practice Of Postnatal Mothers For Early Initiation Of Breast Feeding In The Obstetric Wards Of A Tertiary Care Hospital Of Vadodara City. *National Journal Of Community Medicine*, 3(2), 305–309.
- Soll, R. F. (2008). Heat loss prevention in neonates. *Journal Of Perinatology*, 28, 57–59. <http://doi.org/10.1038/jp.2008.51>
- Srivastava, S., Gupta, A., Bhatnagar, A., & Dutta, S. (2014). Effect of Very Early Skin to Skin Contact on Success at Breastfeeding and Preventing Early Hypothermia in Neonates. *Indian Journal Of Public Health*, 58(1). <http://doi.org/10.4103/0019-557X.128160>
- Syam, A., & Amiruddin, R. (2015). Inhibitor Factors of Early Initiation of Breastfeeding among Mothers in Rural District Bone , South Sulawesi , Indonesia. *Asian Journal Of Epidemiology*. <http://doi.org/10.3923/aje.2015.1.8>
- Thukral, A., Sankar, M. J., Agarwal, R., Gupta, N., Daeorari, A., & Paul, V. (2012). Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates : A Randomized Controlled Trial. *Neonatology*, 102, 114–119. <http://doi.org/10.1159/000337839>
- UNICEF. (2013). The Evidence and Rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative Standards. Retrieved from [https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/baby\\_friendly\\_evidence\\_rationale.pdf](https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/baby_friendly_evidence_rationale.pdf)

- USAID, & KINERJA. (2014). *Tata Kelola Inisiasi Menyusu Dini Dan Asi Eksklusif*.
- Vilinsky, A., & Sheridan, A. (2014). Hypothermia In The Newborn-An Exploration Of Its Cause, Effect And Prevention. *British Journal Of Midwifery*, 22(August), 395–400. <http://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.8.557>
- WHO. (1997). *Thermal Protection Of Newborn: A Practical Guide*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63986/1/WHO\\_RHT\\_MSM\\_97.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63986/1/WHO_RHT_MSM_97.2.pdf)
- WHO. (2003). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. WHO. <http://doi.org/10.1136/adc.2004.063479>

# USIA IBU SAAT HAMIL DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA BALITA USIA 12-59 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GANGGA KABUPATEN LOMBOK UTARA

Catur Esty Pamungkas, Djauhar Ismail, Fitria Siswi Utami

## ABSTRAK

*Stunting* mengindikasikan masalah gizi kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Kejadian *stunting* dipengaruhi oleh berbagai macam faktor antara lain usia ibu saat hamil. Prevalensi *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga tertinggi di Kabupaten Lombok Utara yaitu 53,72 %. Usia ibu saat hamil pada usia <19 tahun kehamilan dapat menyebabkan persaingan untuk nutrisi antara ibu dan janin, yang dapat mengakibatkan hasil yang merugikan bagi keduanya, begitu juga dengan ibu hamil usia >35 tahun beresiko memiliki anak *stunting* karena jumlah anak lebih besar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional dengan rancangan *case control*. Sampel penelitian masing-masing kasus dan kontrol sebanyak 69 sampel. Total sample 138 pada anak balita usia 12-59 bulan. Teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*. Analisis uji statistik yang digunakan adalah Analisis uji statistik yang digunakan adalah *bivariate* dengan *Chi Square* dan *multivariate* menggunakan uji *regresi logistik* dengan tingkat kemaknaan 5% dan *confidence interval* 95%. Hasil penelitian dengan Analisis *multivariate* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 12-59 bulan dengan mengontrol variabel tinggi badan ibu dan tingkat pendidikan ibu dengan nilai (OR=2.53; CI 95%: 1.06-6.04). Kesimpulan Usia ibu saat hamil dan tinggi badan ibu beresiko lebih besar meningkatkan kejadian *stunting* pada balita.

**Kata Kunci** : Usia ibu saat hamil, *stunting*, balita usia 12-59 bulan.

## PENDAHULUAN

*Stunting* mencerminkan kekurangan gizi kronis selama periode paling kritis dari pertumbuhan dan perkembangan pada awal kehidupan (UNICEF, 2013a). Konsekuensi kesehatan jangka panjang menunjukkan bahwa *stunting* pada kehidupan awal dikaitkan dengan konsekuensi fungsional yang merugikan pada anak yaitu gangguan perkembangan kognitif, prestasi sekolah, pendapatan di masa akan datang dan mempengaruhi anak yang dilahirkan dari orang tua yang memiliki riwayat *stunting* (Dewey and Begum, 2011).

Tingkat global *stunting* pada balita pada tahun 2011 mencapai 165 juta anak, tersebar di 14 negara yang merupakan rumah bagi 80% dari anak *stunting* dunia termasuk Asia dan di Indonesia diperkirakan 7,5 juta anak *stunting* dan memosisikan Indonesia masuk kedalam lima besar negara dengan jumlah anak *stunting* tertinggi

(UNICEF, 2013b). Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) berada pada urutan tertinggi ketiga prevalensi *stunting* di Indonesia setelah NTT dan Papua Barat dengan proporsi *stunting* 45,3% (Riskesdas, 2013). Prevalensi *stunting* tertinggi di Provinsi NTB yaitu Kabupaten Lombok Utara sebesar 44,22% (Dinkes Provinsi NTB, 2015) dan Puskesmas Gangga merupakan puskesmas dengan jumlah *stunting* tertinggi dari 8 puskesmas yang ada di kabupaten Lombok Utara dengan prevalensi 53,73% dari 4.226 balita. (Dinkes KLU, 2015)

*Stunting* sangat sulit untuk diatasi, intervensi jangka pendek hanya mampu mengatasi masalah *stunting* pada sepertiga anak. Hal ini mengisyaratkan bahwa faktor maternal dan antenatal berkontribusi terhadap masalah *stunting* (Bhutta *et al.*, 2008). Pada penelitian yang dilakukan oleh Rosha *et al.* (2012) didapatkan bahwa anak yang memiliki ibu berusia 20-30 tahun cenderung memiliki anak *stunting* dibandingkan dengan ibu yang berusia 31-50 tahun. Hal ini diduga karena jumlah anak dari ibu yang berusia 20-30 tahun lebih besar jumlahnya dibandingkan dengan anak dari ibu yang berusia 13-19 tahun dan 31-50 tahun, sehingga kemungkinan anak yang *stunting* banyak terdistribusi pada ibu yang berusia 20-30 tahun.

Usia ibu saat hamil terutama saat masa remaja berdampak terhadap pertumbuhan dan gizi remaja, mereka sangat rentan terhadap kekurangan gizi, sehingga kehamilan dan menyusui dapat meningkatkan risiko ini. Ketika remaja masih tumbuh, kehamilan dapat menyebabkan persaingan untuk nutrisi antara ibu dan janin, yang dapat mengakibatkan hasil yang merugikan bagi keduanya (Naik, R. and R. Smith, 2015). Usia ibu muda ( $\leq 19$  tahun) berpeluang meningkatkan 1,46 kali kejadian *stunting* pada anak usia 2 tahun dan usia ibu lebih tua ( $\geq 35$  tahun) memiliki peluang meningkatkan 0,65 kali terjadinya *stunting* pada usia 2 tahun (Fall *et al.* 2015).

Faktor lain yang berkontribusi terhadap kejadian *stunting* pada balita berdasarkan penelitian (Heile *et al.* 2016) di Ethiopia didapatkan salah satu faktor yang signifikan penentu *stunting* pada anak yaitu usia di atas 11 bulan adalah ibu dan ayah yang tidak mendapatkan pendidikan formal. Pendidikan orang tua merupakan unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi keluarganya karena tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat membantu pembentukan konsep hubungan antara pola makan dan kesehatan Gibney *et al.* (2009).

Ibu yang bekerja tidak mempunyai banyak waktu yang cukup dalam hal pengasuhan anaknya, sehingga bisa berdampak kurang baik terhadap perkembangan anaknya (Hizni *et al*, 2010). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fikadu and Assegid, (2014) bahwa anak-anak yang ibunya bekerja sebagai pedagang akan berpeluang 4,03 kali lebih cenderung akan terjadi *stunting* dari pada anak-anak yang ibunya sebagai ibu rumah tangga. Faktor genetik yang berhubungan dengan kejadian *stunting* menurut Penelitian Schmidt *et al*. (2002) di Jawa Barat yaitu tinggi badan ibu, didapatkan bahwa setiap kenaikan 1 cm tinggi badan ibu, maka panjang badan bayi bertambah 0.196 cm ( $p < 0.000$ ). Ini menjadi alasan penting anak perempuan menjadi target penting dalam perbaikan *stunting* hingga generasi selanjutnya. Sehingga dilihat dari pentingnya tinggi badan ibu terhadap anak *stunting*, maka perlu dilakukan pencegahan melalui upaya pemberian asupan nutrisi yang cukup bagi masyarakat terutama asupan gizi ibu yang diberikan selama hamil (Najahah, 2013).

Prevalensi *stunting* yang masih tinggi dikaitkan dengan usia ibu saat hamil yang beresiko, jika tidak diatasi maka akan berkontribusi meningkatkan kejadian *stunting*, sehingga upaya menunda kelahiran anak pada ibu usia dibawah 20 tahun dan menunda atau tidak berencana hamil pada usia diatas 35 tahun sangat dianjurkan, karena pengaruh tidak langsung berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 12-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian *case control* ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 4226 balita pada usia 12-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu ibu dan balita yang menderita *stunting* dan tidak *stunting* yang bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga dan kriteria eklusi yaitu balita yang mengalami cacat kongenital atau cacat fisik, dan sedang perawatan di rumah sakit maupun puskesmas saat penelitian berlangsung.

Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan metode *consecutive sampling*. Berdasarkan hasil perhitungan sampel didapatkan sampel

sebanyak 139 anak balita usia 12-59 bulan pada bulan November hingga Desember 2016. Subyek dikelompokkan dalam kelompok *stunting* (n=69) dan kelompok tidak *stunting*(n=69).Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner terstruktur untuk mengidentifikasi karakteristik responden.Pengukuran Tinggi Badan menggunakan *microtoice* pada balita usia 25-59 bulan dan *lengthboard* pada balita usia 12-24 bulan. Tabel baku standar (TB/U) dan (PB/U) (Kemenkes RI, 2010).

Hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* diuji menggunakan uji *Chi-Square* dan untuk mengetahui hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* dengan mengikutkan variabel tinggi badan ibu, pekerjaan ibu, dan tingkat pendidikan ibumenggunakan uji *Regresi Logistic*.Pelaksanaan penelitian dilakukan setelah mendapatkan izin dari komisi etik Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta, seluruh ibu responden diberikan informasi mengenai jalannya penelitian dan persetujuan menjadi responden.Pelaksanaan penelitian mengikuti kegiatan bulan penimbangan yang dilakukan pada bulan november, lokasi penelitian dilakukan di posyandu yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Gangga dengan sasaran balita usia 12-59 bulan dan ibu yang memiliki balita.

## HASIL

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Karakteristik	Kelompok				N (Total)	%
		Kasus		Kontrol			
		F	%	f	%		
1	<b>Usia anak</b>						
	12-35 bulan	40	29,0	40	29,0	80	58,0
	36-59 bulan	29	21,0	29	21,0	58	42,0
2	<b>Jenis kelamin</b>						
	Laki-laki	41	29,7	31	22,5	69	50,0
	Perempuan	28	20,3	38	27,5	69	50,0
3	<b>Tingkat pendidikan</b>						
	Rendah	47	68,1	36	52,2	83	60,1
	Tinggi	22	31,9	33	47,8	55	39,9
4	<b>Usia ibu saat hamil</b>						
	Beresiko	23	33,3	10	14,5	33	23,9
	Tidak beresiko	46	66,7	59	85,5	105	76,1
5	<b>Tinggi badan ibu</b>						
	Pendek	30	21,7	14	10,1	44	31,9
	Tinggi	39	28,3	55	39,9	94	68,1
6	<b>Pekerjaan ibu</b>						
	Tidak bekerja	49	35,5	52	37,7	101	73,2
	Bekerja	20	14,5	17	12,3	37	26,8



Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa usia anak pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol mayoritas terdapat pada usia 12-35 bulan yaitu sebanyak 40 responden (29,0%) pada kelompok kasus dan 40 responden (29,0 %) pada kelompok kontrol. Pada jenis kelamin anak pada kedua kelompok memiliki proporsi yang sama yaitu masing-masing kelompok sebanyak 69 responden (50,0%).

Pada tingkat pendidikan ibu terbanyak pada pendidikan rendah yaitu 47 responden (68,1 %) pada kelompok kasus dan 36 responden (52,2%) pada kelompok kontrol. Usia ibu saat hamil terbanyak tidak beresiko baik pada kelompok kasus maupun kontrol yaitu 59 responden (85,5%) pada kelompok kontrol dan 46 responden (66,7%) pada kelompok kasus, begitu juga pada tinggi badan ibu mayoritas tinggi pada kedua kelompok yaitu 39 responden (28,3%) pada kelompok kasus dan 55 responden (39,9%) pada kelompok kontrol. Mayoritas pekerjaan ibu terbanyak tidak bekerja pada kedua kelompok yaitu 49 responden (35,5%) pada kelompok kasus dan 52 responden (37,7%) pada kelompok kontrol.

Tabel 2. Tabulasi Silang Usia Ibu Saat Hamil dengan Kejadian *Stunting*

Karakteristik	Kelompok		P	OR	CI 95%
	Kasus	Kontrol			
	n	n			
<b>Usia ibu saat hamil</b>					
Beresiko	23	10	0,009	2.95	1.28-6.81
Tidak beresiko	46	59			

Tabel 2 menunjukkan bahwa hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* terdapat hubungan yang bermakna dengan nilai  $p=0,009$  dengan nilai OR 2,96(CI 95% : 1.28-6.81). Hal tersebut dapat diinterpretasikan bahwa usia ibu saat hamil beresiko 2,9 kali untuk terjadi *stunting* pada balita.

Tabel 3. Tabulasi Silang Variabel Luar dengan Kejadian *Stunting*

No	Karakteristik	Kelompok		P	OR	CI 95%
		Kasus	Kontrol			
		n	n			
1	<b>Tinggi badan ibu</b>					
	Pendek	30	14	0,003	3.02	1.43-6.43
Tinggi	39	55				
2	<b>Tingkat pendidikan</b>					
	Rendah	47	36	0,056	1.96	0.98-3.91
Tinggi	22	33				
3	<b>Pekerjaan ibu</b>					
	Tidak bekerja	49	52	0,564	0.80	0.38-1.70
Bekerja	20	17				

Berdasarkan tabel 3 didapatkan hasil hubungan tinggi badan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita memiliki hubungan bermakna dilihat dari nilai  $p=0,003$  dan nilai OR 3.02 yang dapat diartikan tinggi badan ibu yang rendah beresiko 3 kali untuk terjadi *stunting* pada anak. Tingkat pendidikan ibu tidak memiliki hubungan dengan kejadian *stunting* pada balita, dengan nilai  $p=0,056$ . Pada pekerjaan ibu tidak terdapat hubungan bermakna dengan kejadian *stunting* pada balita dilihat dari nilai  $p=0,564$ .

Tabel 2. Analisis *multivariate* antara variabel bebas, variabel terikat dan variabel luar.

Variabel	Model 1 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 3 OR (95% CI)	Model 4 OR (95% CI)
<b>Usia ibu saat hamil</b>				
- Beresiko	2.95 (1,28-6.81)	2.71 (1.15-6.40)	2.68 (1.15-6.26)	2.53 (1.06-6.04)
- Tidak beresiko	1	1	1	1
<b>Tinggi badan ibu</b>				
- Pendek		2,83 (1.31-6.11)		2.66 (1.22-5.80)
- Tinggi		1		1
<b>Tingkat pendidikan</b>				
- Rendah			1.72 (0.85-3.51)	1.52 (0.73-3.16)
- Tinggi			1	1
N	138	138	138	138
R <sup>2</sup>	0,06	0,13	0,08	0,14

Berdasarkan hasil analisis diatas, model 4 dipilih sebagai model yang baik untuk menjelaskan hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* dengan mengikutsertakan variabel tinggi badan ibu dan tingkat pendidikan ibu karena memiliki nilai R<sup>2</sup> terbesar dibandingkan model lain yaitu sebesar 0.14 yang dapat disimpulkan bahwa usia ibu saat hamil dengan mengontrol tinggi badan ibu dan tingkat pendidikan ibu berkontribusi terhadap kejadian *stunting* sebesar 14 %. Pada model ini menunjukkan variabel yang memiliki kemaknaan secara statistik yaitu variabel usia ibu saat hamil dan tinggi badan ibu. Usia ibu saat hamil beresiko 2.5 kali memiliki balita *stunting* dengan (CI 95%: 1.06-6.04) dan tinggi badan ibu beresiko 2.6 kali untuk terjadi *stunting* pada balita dengan (CI 95%: 1.22-5.80).

## PEMBAHASAN

Usia ibu saat hamil beresiko 2.5 kali untuk terjadi *stunting* pada balita dengan mengikutsertakan variabel tinggi badan ibu dan tingkat pendidikan ibu. Sejalan dengan penelitian Semali *et al.* (2015) didapatkan Usia ibu yang terlalu muda (< 20 tahun) pada saat hamil beresiko terjadi *stunting* karena secara fisik dan psikis ibu belum siap untuk menghadapi kehamilan. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ibu yang berusia < 25 tahun memiliki risiko 1,54 kali untuk melahirkan anak *stunting* dibanding dengan ibu yang berusia > 25 tahun saat hamil. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Ghana, ditemukan bahwa *stunting* terjadi pada ibu berusia lanjut (35-44 tahun) (Darteh *et al.*, 2014).

Berdasarkan hasil analisis tinggi badan ibu memiliki hubungan bermakna dengan kejadian *stunting* pada balita dan beresiko 3 kali untuk terjadi *stunting* pada balita. Sejalan dengan penelitian Najahah, (2013) didapatkan tinggi badan ibu dipengaruhi tidak hanya dari faktor genetik melainkan karena ibu memiliki riwayat gizi kurang dan pernah mengalami riwayat intra uterine growth retardation (IUGR). Seorang anak yang berasal dari orang tua yang pendek karena masalah kekurangan gizi atau menderita suatu penyakit, kemungkinan dapat memiliki tinggi badan yang normal jika anak tersebut tidak terpapar oleh faktor risiko lain. Pada penelitian proporsi terbanyak pada tinggi badan ibu yang tinggi, didapatkan tinggi badan ibu kategori tinggi pada kelompok kontrol lebih banyak 11,6% dibandingkan dengan kelompok kasus, hal ini dapat diartikan secara klinis tinggi badan ibu tidak bermakna.

Tingkat pendidikan ibu tidak memiliki hubungan bermakna dengan kejadian *stunting* dan bukan merupakan faktor resiko terjadi *stunting* pada balita. Tingkat pendidikan ibu tidak terdapat kebermaknaan baik secara statistik maupun klinis. Secara klinis tingkat pendidikan rendah pada kelompok kasus hanya (15,9%) lebih banyak dibandingkan kelompok kontrol, hal ini walaupun pada penelitian ini didapatkan mayoritas pendidikan ibu rata-rata SMA tetapi mayoritas pekerjaan ibu adalah tidak bekerja dari kedua kelompok yaitu sebanyak 101 responden (73,2%), hal ini berarti walaupun pendidikan ibu mayoritas berpendidikan tinggi tetapi mayoritas tidak bekerja. Sehingga dalam penelitian ini tinggi rendahnya tingkat pendidikan ibu menjadi faktor protektif terhadap kejadian *stunting* pada balita. Penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian El Tagura *et al.*, (2009) didapatkan ibu merupakan orang yang

penting mengerti dan memahami kondisi kesehatan dan asupan makanan anak dalam keluarga dibandingkan orang lain dalam keluarga. Ibu berpendidikan tinggi biasanya memberikan perawatan kesehatan anak lebih baik dibandingkan ibu berpendidikan rendah

Pekerjaan ibu pada hasil analisis tidak memiliki hubungan bermakna dengan kejadian *stunting* pada balita dengan nilai Pvalue 0,564 dan berdasarkan pekerjaan ibu terbanyak mayoritas tidak bekerja baik dari kedua kelompok dengan proporsi 2,2%, hal ini dapat diartikan pekerjaan ibu tidak bermakna secara klinis. Sejalan dengan penelitian Berbanding terbalik dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Anisa, 2012) yang dilakukan di Depok ditemukan bahwa kejadian balita *stunting* lebih banyak terjadi pada ibu yang tidak bekerja hal ini disebabkan karena status ekonomi keluarga pada ibu yang tidak bekerja ini cenderung rendah, maka dari itu, meskipun ibu balita yang tidak bekerja lebih mempunyai banyak waktu di rumah untuk mengasuh anaknya, namun bila tidak diikuti dengan status ekonomi yang baik untuk mendukung kebutuhan balita, hal tersebut belum tentu bisa berpengaruh baik terhadap status gizi balita.

## **KESIMPULAN**

Pada hasil penelitian didapatkan gambaran usia ibu saat hamil beresiko yang memiliki anak balita usia 12-59 bulan adalah sebesar 23 responden (33,3%). Hasil analisis data didapatkan ada hubungan usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 12-59 bulan dan faktor lain yang memiliki hubungan bermakna terhadap kejadian *stunting* pada anak balita adalah tinggi badan ibu pendek.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anisa, P (2012). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 25-60 Bulan di Kelurahan Kalibaru Depok. *Gizi dan Kesehatan masyarakat*. Universitas Indonesia.
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A. and Black, R. E. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The lancet*, 382(9890): 452-477.
- Darteh EK, Acquah E, Kumi-Kyereme A. (2014). *Correlates of stunting among children in Ghana*. BMC Public Health. 14(1):504.
- Dewey, Kathryn G., and Begum, (2011). Long-Term Consequences of Stunting in Early Life. *Matern. Child. Nutr.* 7, 5–18.
- Dinkes Propinsi NTB (2015). Pemantauan Status Gizi Balita Provinsi NTB. Mataram : Dinkes Provinsi NTB.
- Dinkes Kabupaten Lombok Utara (2015). Pemantauan Status Gizi Balita Kabupaten Lombok Utara
- El Tagura, A., Betilmal, I., Mahmud, S.M., Monem Ahmad, A., Goulet, O., Galan, P., Hercberg, S., (2009). Risk factors for stunting among under-fives in libya. *Public Health Nutr.* 12, 1141-1149.
- Fall, Caroline H. D., Harshpal Singh Sachdev, Clive Osmond, et al. (2015) Association between Maternal Age at Childbirth and Child and Adult Outcomes in the Offspring: A Prospective Study in Five Low-Income and Middle-Income Countries (COHORTS Collaboration). *Lancet Glob. Health* 3(7): e366–e377.
- Fikadu, Teshale, and Sahilu Assegid, (2014). Factors Associated with Stunting among Children of Age 24 to 59 Months in Meskan District, Gurage Zone, South Ethiopia: A Case-Control Study. *BMC Public Health* 14(1): 800.
- Gibney. J, Michael., Susan A. Lanham-New, Aedin Cassidy, et al et al. (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*, Wiley. (Andry Hartono, Pentj), Jakarta: EGC.
- Haile, Demewoz, Muluken Azage, Tegegn Mola, and Rochelle Rainey (2016) Exploring Spatial Variations And Factors Associated With Childhood Stunting In Ethiopia : Spatial And Multilevel Analysis. *BMC Pediatr* .16 : 19.
- Hizni, A., Julia, M and Gamayanti, I.L (2010). Status Stunted dan Hubungannya dengan Perkembangan Anak Balita di Wilayah Pesisir Pantai Utara Kecamatan Lemawungkuk Kota Cirebon, *Jurnal Gizi Klinik*. Indonesia.
- Kemenkes RI. (2010). Standar antropometri penilaian status gizi anak. *Direktorat bina gizi* : Jakarta.

- Naik, R. and R. Smith. (2015). Impacts of Family Planning on Nutrition. Washington, DC: Futures Group, *Health Policy Project*.
- Najahah, I. (2013). Hubungan Karakteristik Sosiodemografi Ibu dan Balita Dengan Balita *Stunting* Usia 12-36 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Dasan Agung Kota Mataram Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Kesehatan Masyarakat*, Universitas Udayana.
- Riskesdas (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013, Jakarta : Kemenkes.
- Rosha, B, Ch., Hardiyansah, and Baliwati, Y, F. (2012). *Analisis Determinan Stunting Anak 0-23 Bulan pada Daerah Miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur*. *Penel Gizi Makan*, 35(1): 34-41.
- Semali, I.A., Kessy, A.T., Mmbaga, E.J., and Leyna, G. (2015). *Prevalence And Determinants Of Stunting In Under Five Children In Central Tanzania, Remaining Threats To Achieving Millennium Development Goal 4*. *BMC Public Health*, 15:1153.
- Schmidt MK, Muslimatun S, West CE, Schultink W, Gross R, & Hautvast JGAJ. (2002). Nutritional status and linear growth of indonesian infants in west java are determined more by prenatal environment than by postnatal factors. *Journal of Nutrition*, 132(8), 2202—2207.

# BERAT BADAN LAHIR RENDAH DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA BALITA USIA 12-59 BULAN DI KABUPATEN LOMBOK UTARA

Aulia Amini, Djauhar Ismail, Dewi Rokhanawati  
email: aulia.amini@hotmail.com

## ABSTRAK

*Stunting* sebagai salah satu bentuk malnutrisi yang sering ditemukan pada anak balita. Dampak yang ditimbulkan antara lain terjadi gangguan perkembangan motorik dan kognitif. Salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting* secara langsung yaitu berat badan lahir rendah (BBLR). Kabupaten Lombok Utara (KLU) memiliki prevalensi kejadian *stunting* tertinggi di NTB (44,22%). Tujuan dari penelitian ini mengetahui hubungan BBLR dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan di KLU. Metode dalam penelitian ini dengan desain penelitian *case control*, dilaksanakan di tiga Puskesmas yang ada di KLU. Sampel penelitian anak balita usia 12-59 bulan. Besar sampel 128 balita berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel secara proporsional. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* dan regresi logistik ( $p < 0,05$  dan OR 95%). Hasil penelitian didapatkan proporsi anak balita usia 12-59 bulan yang mengalami BBLR sebesar 23,4%. Ada hubungan bermakna antara BBLR dengan kejadian *stunting* ( $p = 0,032$ ; OR 2,959; 95% CI:1,067-8,209). Kesimpulan yang didapatkan adalah BBLR memiliki peluang meningkatkan kejadian *stunting*.

**Kata kunci:** berat badan lahir rendah (BBLR), *stunting*

## PENDAHULUAN

*Stunting* dikatakan sebagai penanda risiko dari perkembangan anak, dan merupakan salah satu hambatan yang paling penting terhadap pembangunan manusia. *Stunting* adalah keadaan tubuh yang sangat pendek, hingga melampaui defisit dua standar deviasi (SD) di bawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional, dan merupakan indikator keberhasilan kesejahteraan, pendidikan dan pendapatan masyarakat. Dampaknya sangat luas, mulai dari dimensi ekonomi, kecerdasan, kualitas, dan dimensi bangsa yang berefek pada masa depan anak (WHO, 2014). Di seluruh dunia, terdapat 171 juta anak balita (23,8%) atau satu dari empat anak balita di bawah usia lima tahun mengalami pertumbuhan terhambat (*stunted growth*). Indonesia masuk lima besar negara di dunia dengan prevalensi *stunting* yang tinggi, dan prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan yang tertinggi daripada negara-negara lain di Asia Tenggara (MCA Indonesia, 2015). Indonesia memiliki prevalensi balita *stunting* mencapai 37,2%. Prevalensi *stunting* pada anak balita di Nusa Tenggara Barat (NTB)

sebesar 45,3% (Riskesdas, 2013). Kabupaten Lombok Utara memiliki prevalensi *stunting* tertinggi sebesar 44,22% (Dikes Provinsi NTB, 2014).

Proses terjadinya *stunting* dilalui dengan proses yang panjang, diawali dengan gagal tumbuh baik yang terjadi selama kehamilan maupun setelah lahir dua sampai tiga tahun pertama kehidupan. Gagal tumbuh tersebut berakibat terjadinya penurunan proporsi pada pertumbuhan tulang maupun jaringan lunak dalam tubuh. *Stunting* yang terjadi dalam periode kritis yaitu sejak dalam kandungan sampai dengan usia dua tahun, bila tidak dimanfaatkan dengan baik maka akan berdampak permanen terhadap perkembangan. Balita yang mengalami *stunting* akan berdampak pada perkembangan motorik, seperti terjadi gangguan keterlambatan berjalan (Lamid, 2015).

Faktor penyebab *stunting* menurut WHO (2013) secara komprehensif diuraikan menjadi faktor langsung dan tidak langsung. Salah satu faktor risiko secara langsung yang mempengaruhi kejadian *stunting* yaitu berat badan lahir rendah (BBLR). Bayi dengan BBLR memiliki peluang 5,5 kali lebih sering dijumpai pada balita *stunting* dibandingkan pada balita yang tidak *stunting* (Puspita, 2014). BBLR terutama pada enam bulan pertama kelahiran memiliki risiko yang sangat signifikan untuk pertumbuhan. Infeksi meningkatkan kemungkinan adanya *stunting* yang terjadi pada usia dua tahun pertama anak. BBLR diikuti oleh asupan makanan dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, sering terjadi infeksi pada anak selama masa pertumbuhan menyebabkan pertumbuhan anak akan terhambat dan anak akhirnya menjadi pendek (*stunting*). BBLR merupakan salah satu penyebab terjadinya gizi buruk (Martorell *et al.*, 1994 dalam Puspita, 2014). Berdasarkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Utara tahun 2015, prevalensi BBLR sebesar 6,47% (283 kasus). Oleh karena tingginya angka kejadian *stunting* yang akan berdampak buruk bagi generasi penerus, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui hubungan BBLR dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan di Kabupaten Lombok Utara.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan rancangan *case control study* menggunakan metode kuantitatif. Lokasi penelitian di Kabupaten Lombok Utara. Waktu penelitian selama 3 bulan yaitu pada bulan Oktober sampai dengan



Desember 2016. Populasi dan subjek penelitian ini adalah semua anak balita usia 12-59 bulan yang tercatat di tiga Puskesmas terpilih yaitu Puskesmas Gangga, Pemenang dan Nipah dan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi kelompok kasus yaitu anak mengalami *stunting*, ibu kandung responden, ibu memiliki buku KIA/KMS, dan tidak memiliki keturunan *stunting*. Kriteria eksklusi yaitu anak yang memiliki kelainan/cacat fisik dan penyakit kronis. Sementara itu, kriteria inklusi kelompok kasus yaitu anak tidak mengalami *stunting*, ibu kandung responden, ibu memiliki buku KIA/KMS, dan tidak memiliki keturunan *stunting*, sedangkan kriteria eksklusi adalah anak yang memiliki kelainan/cacat fisik dan penyakit kronis.

Perhitungan besar sampel menggunakan rumus kelompok kasus dan kontrol berpasangan dengan derajat kepercayaan 95%, kekuatan uji 90% dan OR=2,3 (Najahah, 2013), diperoleh sampel minimal sebesar 64 untuk masing-masing kelompok sehingga total besar sampel sebanyak 128 sampel (perbandingan kelompok kasus dan kontrol 1:1). Pemilihan sampel penelitian menggunakan teknik proporsional di Puskesmas terpilih yaitu Puskesmas Gangga, Pemenang dan Nipah, kemudian dilakukan acak sederhana terhadap populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel penelitian terdiri dari variabel terikat yaitu kejadian *stunting*, variabel bebas yaitu riwayat BBLR, dan variabel luar yaitu panjang badan lahir, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, dan tinggi badan ibu. Instrumen penelitian yang digunakan antara lain menggunakan kuesioner terstruktur, *microtoise*, *lengthboard*, dan tabel baku standar *z-score* WHO (2005) dengan indikator PB/U atau TB/U. Cara pengumpulan data menggunakan data primer dan sekunder. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* dan perhitungan nilai *odds ratio* (OR), serta regresi logistik dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$  dan CI 95% menggunakan program komputer SPSS 16.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek penelitian pada kelompok kasus dan kontrol

Variabel	<i>Stunting</i>			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
<b>Berat badan lahir</b>				
BBLR	15	23,4	6	9,4
Normal	49	76,6	58	90,6
<b>Panjang badan lahir</b>				
Berisiko (<48 cm)	22	34,4	12	18,8
Tidak berisiko ( $\geq 48$ cm)	42	65,6	52	81,2

<b>Pendidikan ibu</b>				
Rendah	47	73,4	38	59,4
Tinggi	17	26,6	26	40,6
<b>Pekerjaan ibu</b>				
IRT/tidak bekerja	42	65,6	34	53,1
Bekerja	22	34,4	30	46,9
<b>Tinggi badan ibu</b>				
Pendek	6	9,4	6	9,4
Normal	58	90,6	58	90,6

Tabel 1. menunjukkan bahwa sebagian besar balita memiliki riwayat berat badan lahir rendah pada kelompok kasus dibandingkan dengan kelompok kontrol (23,4%). Panjang badan lahir balita <48 cm lebih banyak dijumpai pada kelompok kasus dibandingkan dengan kelompok kontrol (34,4%). Mayoritas tingkat pendidikan ibu rendah (73,4%) pada kelompok kasus dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sebagian besar balita yang *stunting* memiliki ibu yang tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga (65,6%). Sebagian besar ibu dengan tinggi badan yang pendek ditemukan sama antara kelompok kasus dan kontrol (9,4%).

Tabel 2. Analisis *Chi Square* hubungan antara kunjungan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian *stunting*.

Variabel	<i>Stunting</i>				$\chi^2$	P	OR	(95% CI)
	<i>Stunting</i>		Tidak <i>Stunting</i>					
	n	%	n	%				
<b>Berat badan lahir</b>								
BBLR	15	23,4	6	9,4	4,614	0,032	2,959	1,067-8,209
Normal	49	76,6	58	90,6				

$\chi^2$  = *Chi Square*  
P = p value  
OR = Odds Ratio  
CI = Confidence Interval

Tabel 2. Menunjukkan bahwa didapatkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting*, dapat dilihat dari nilai  $p=0,032$  ( $p<0,5$ ) dengan OR 2,959 (95% CI: 1,067-8,209). Berat badan lahir bayi rendah mempunyai risiko 2,9 kali lebih banyak dijumpai pada balita *stunting* dibandingkan pada balita tidak *stunting*.

Tabel 3. Analisis *Chi square* hubungan antara variabel luar dengan kejadian *stunting*.

Variabel	<i>Stunting</i>				$\chi^2$	P	OR	(95% CI)
	<i>Stunting</i>		Tidak <i>Stunting</i>					
	n	%	n	%				
<b>Panjang badan lahir</b>								
Berisiko	22	34,4	12	18,8	4,005	0,045	2,270	1,007-5,115
Tidak berisiko	42	65,6	52	81,2				
<b>Pendidikan Ibu</b>								
Rendah	47	73,4	38	59,4	2,837	0,092	1,892	0,897-3,989
Tinggi	17	26,6	26	40,6				

<b>Pekerjaan Ibu</b>								
IRT/tidak bekerja	42	65,6	34	53,1	2,073	0,150	1,684	0,826-3,433
Bekerja	22	34,4	30	46,9				
<b>Tinggi Badan Ibu</b>								
Pendek	6	9,4	6	9,4	0,000	1,000	1	0,305-3,283
Normal	58	90,6	58	90,6				

$\chi^2$  = Chi Square  
P = p value  
OR = Odds Ratio  
CI = Confidence Interval

Tabel 3. Menunjukkan bahwa hubungan panjang badan lahir dengan kejadian *stunting* didapatkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik, dilihat dari nilai  $p=0,045$  dengan OR 2,27 (95% CI: 1,007-5,115). Hal ini menunjukkan bahwa panjang badan lahir yang  $< 47$  cm kemungkinan memiliki risiko 2,2 kali lebih banyak dijumpai pada balita *stunting* daripada balita yang tidak *stunting*. Pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan tinggi badan ibu secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting* karena nilai  $p > 0,05$  dan nilai OR diperoleh angka satu.

Tabel 4. Analisis regresi logistik variabel bebas dan variabel luar terhadap kejadian *stunting*

Variabel	<i>stunting</i>	
	Model 1 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
<b>Berat badan lahir</b>		
BBLR	2,959	2,148
Normal	(1,067-8,209)	(0,630-7,328)
<b>Panjang badan lahir</b>		
Berisiko		1,585
Tidak berisiko		(0,591-4,251)
N	128	128
R <sup>2</sup>	0,048	0,057

\*sig

Berdasarkan hasil uji *Chi square*, variabel yang memiliki nilai kemaknaan yaitu variabel berat badan lahir dan panjang badan lahir. Kedua variabel tersebut dianalisis menggunakan analisis regresi logistik untuk mengetahui pengaruh dari kedua variabel secara bersama-sama dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan (Tabel 4).

Analisis model 1 dibentuk untuk melihat adanya hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan tanpa melibatkan variabel lain. Hasil analisis diperoleh adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan (OR 2,95 95% CI: 1,067-8,209). Disimpulkan bahwa balita dengan riwayat BBLR berpeluang 2,9 kali lebih besar mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang tidak BBLR (normal).

Model 1 menghasilkan nilai  $R^2$  0,048, yang dapat diartikan bahwa BBLR berkontribusi terhadap kejadian *stunting* sebesar 4,8%.

Analisis model 2 dibentuk untuk melihat adanya hubungan antara riwayat berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan serta besarnya kontribusi panjang badan lahir yang diikutsertakan dalam analisis. Hasil analisis diperoleh adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan dilihat dari nilai OR 2,14 (95% CI: 0,630-7,328). Hal ini dapat disimpulkan bahwa balita dengan riwayat BBLR bersama-sama dengan panjang badan lahir kemungkinan 2,1 kali lebih banyak dijumpai pada balita *stunting* dibandingkan dengan balita yang tidak *stunting*. Nilai  $R^2$  sebesar 0,057, yang dapat diartikan bahwa riwayat BBLR dengan mengontrol variabel panjang badan lahir berkontribusi terhadap kejadian *stunting* sebesar 5,7%.

Dari hasil analisis kedua model, dapat disimpulkan bahwa model 1 dipilih sebagai model yang baik untuk menjelaskan besarnya risiko BBLR terhadap kejadian *stunting* karena nilai 95% CI lebih dari satu, walaupun kontribusi variabel BBLR dengan mengikutsertakan variabel panjang badan lahir memiliki nilai  $R^2$  sebesar 5,7%.

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan. Berat badan lahir bayi rendah kemungkinan 2,9 kali lebih banyak dijumpai pada balita *stunting* dibandingkan pada balita tidak *stunting*. Proporsi berat badan lahir rendah lebih banyak ditemukan pada balita *stunting* dibandingkan dengan balita tidak *stunting* (23,4%).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspita (2014) yang menyatakan bahwa berat badan lahir rendah berpeluang 5,5 kali lebih sering dijumpai pada balita *stunting* dibandingkan pada balita yang tidak *stunting*. Berbeda dengan penelitian yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir rendah dengan kejadian *stunting* pada anak balita yang berada di wilayah pedesaan maupun perkotaan. Kondisi berat badan lahir rendah tidak akan mempengaruhi pertumbuhan anak balita jika anak tersebut mendapatkan asupan yang memadai serta kondisi lingkungan mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak balita (Aridiyah *et al.*, 2015).

Salah satu indikator untuk menilai kualitas bayi atau kualitas generasi penerus adalah berat bayi lahir. Status gizi ibu selama hamil dan melahirkan, dapat berpengaruh

meningkatkan risiko kematian pada bulan-bulan awal dan tahun kehidupan seorang anak. Mereka yang bertahan hidup cenderung memiliki gangguan fungsi kekebalan tubuh dan meningkatkan risiko penyakit, kurang gizi, dengan kekuatan berkurangnya otot, serta kurangnya kemampuan kognitif dan IQ sepanjang hidup mereka (Unicef, 2014). Di negara berkembang, bayi dengan berat lahir rendah lebih rentan mengalami pertumbuhan janin terhambat yang disebabkan karena gizi ibu yang buruk dan terjadi peningkatan angka infeksi dibandingkan dengan negara maju (Henningham and McGregor, 2008). Bayi dengan berat lahir rendah akan berdampak pada kehidupan dari generasi ke generasi selanjutnya. Anak dengan riwayat berat lahir rendah akan memiliki ukuran antropometri yang kurang di masa dewasa. Ibu yang mengalami gizi kurang sejak awal sampai akhir kehamilan, akan melahirkan anak dengan berat lahir rendah, hal tersebut berpotensi terjadinya *stunting* (Semba and Bloem, 2001).

Hasil analisis menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara panjang badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan. Riwayat panjang badan lahir  $< 47$  cm kemungkinan memiliki risiko 2,2 kali lebih banyak dijumpai pada balita *stunting* daripada balita yang tidak *stunting*. Proporsi panjang badan lahir pendek ( $< 47$  cm) lebih banyak ditemukan pada balita *stunting* dibandingkan dengan balita tidak *stunting* (34,4%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ernawati *et al.* (2013) yang menyatakan bahwa bayi yang lahir kurang dari 48 cm memiliki risiko 5,9 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan bayi yang lahir  $\geq 48$  cm. Anak yang lahir dengan panjang badan yang pendek dapat menunjukkan kurangnya asupan gizi ibu selama hamil, sehingga bayi lahir dengan panjang badan lahir rendah karena pertumbuhannya dalam kandungan yang tidak optimal. Peranan faktor asupan dan penyakit memiliki peranan penting dalam mengetahui apakah anak akan tetap *stunting* selama hidupnya atau dapat mencapai *catch up growth* yang maksimal bila bayi lahir dengan panjang badan lahir yang pendek. Selama anak mendapatkan asupan gizi yang memadai dan terjaga kesehatannya, maka kondisi anak yang lahir dengan panjang badan yang pendek dapat dikejar dengan pertumbuhan seiring bertambahnya usia anak (Kiely *et al.*, 2013).

Pada analisis bivariat diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* karena nilai  $p > 0,05$  dan nilai OR diperoleh angka satu. Proporsi tingkat pendidikan ibu rendah yang memiliki balita *stunting* sebesar 73,4%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Warsini (2014) yang menyatakan bahwa pendidikan ibu bukan merupakan faktor risiko terjadinya *stunting*. Status pendidikan ibu memiliki efek secara langsung pada pengetahuan ibu tentang pengasuhan kepada anak-anak mereka (Alemayehu *et al.*, 2015). Pendidikan ibu rendah sebagai salah satu faktor risiko, namun pendidikan tidak berhubungan secara langsung dengan kejadian *stunting*. Pendidikan salah satu cara untuk mendapatkan pengetahuan, termasuk pengetahuan dalam memberikan asupan gizi guna mencegah terjadinya *stunting* pada balita, dengan pendidikan yang baik maka akan memberikan pengetahuan lebih baik dalam mengasuh balita.

Hasil analisis bivariat menyatakan bahwa pekerjaan ibu tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting* pada balita karena terdapat nilai  $p > 0,05$  dan nilai OR diperoleh angka satu. Proporsi pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga atau tidak bekerja sebesar 65,6% memiliki balita *stunting* dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kecamatan Sedayu Kabupaten Bantul, diperoleh hasil bahwa pekerjaan ayah dan ibu merupakan faktor resiko terjadinya *stunting*, tetapi tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* (Warsini, 2014). Ibu yang bekerja diluar rumah dan memiliki pekerjaan yang tetap, maka dapat dipastikan akan memperoleh pendapatan dari pekerjaannya dibandingkan ibu yang hanya sebagai ibu rumah tangga maupun yang pekerjaannya tidak tetap karena pendapatan yang diperoleh setiap bulannya tidak menentu. Pendapatan yang tidak tetap ini pun akan berpengaruh terhadap keterbatasan tersedianya makanan di dalam keluarga. Keterbatasan makanan di dalam keluarga juga berpengaruh terhadap terbatasnya asupan gizi pada anak sehingga menyebabkan terjadinya *stunting*. Selain itu, ibu yang bekerja memiliki waktu yang sedikit untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anaknya, karena selama bekerja anak diasuh oleh pengasuh atau anggota keluarga yang lain.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tinggi badan ibu tidak mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan kejadian *stunting* karena nilai  $p > 0,05$  dan nilai OR diperoleh angka satu. Proporsi responden pada variabel tinggi badan ibu sama antara kelompok *stunting* dengan kelompok tidak *stunting*. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasution (2014) yang menyatakan bahwa tinggi badan ibu yang pendek kemungkinan 2,1 kali lebih banyak dijumpai pada balita *stunting* dibandingkan dengan balita yang tidak *stunting*. Tinggi badan ibu

≤150cm berisiko 2,2 kali untuk memiliki anak *stunting* (Hizni, 2010). Tinggi badan merupakan faktor risiko terhadap kejadian *stunting*, namun bukan merupakan faktor utama yang menentukan tinggi badan anak balita, tetapi didasari pada faktor yang jauh lebih penting yaitu faktor lingkungan dan gizi (Manary, 2004).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berat badan lahir rendah mempunyai hubungan secara statistik dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan di Kabupaten Lombok Utara. Anak balita dengan riwayat BBLR memiliki risiko 2,9 kali lebih besar menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak yang memiliki riwayat kelahiran normal. Adanya peningkatan pola asuh ibu dalam memberikan asupan gizi yang seimbang agar dapat mencegah terjadinya masalah gizi pada anak khususnya *stunting*. Kepada para petugas kesehatan dan *steakholder* diharapkan dapat ikut serta dalam mensukseskan gerakan 1000 hari pertama kehidupan (gerakan 1000 HPK), salah satunya dengan pemberian asupan gizi yang optimal sejak anak dalam kandungan, sehingga anak tidak mengalami BBLR dan dapat menurunkan kejadian *stunting*.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Alemayehu, M., Tinsae, F., Hailelassie, K., Seid, O., Gebregziabher, G., Yebyo, H. (2015). *Undernutrition status and associated factors in under-5 children, in Tigray, Northern Ethiopia*. Nutrition, 31:964-970.
- Aridiyah, F.O., Rohmawati, N., Ririanty, M. (2015). *The Factors Affecting Stunting on Toddlers in Rural and Urban Areas*. e-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol. 3:1.
- Dikes KLU. (2015). *Profil Kesehatan*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Utara.
- Dikes Provinsi NTB. (2014). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi NTB Tahun 2014*. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat.
- Ernawati, F., Rosamalina, Y., Permanasari, Y. (2013). *Pengaruh Asupan Protein Ibu Hamil dan Panjang Badan Bayi Lahir terhadap Kejadian Stunting pada Anak Usia 12 Bulan di Kabupaten Bogor*. Penelitian Gizi dan Makanan, Vol. 36:1.
- Henningham and McGregor. (2008). *Public Health Nutrition* (alih bahasa: Andry Hartono). EGC, Jakarta.
- Hizni A, Julia M, Gamayanti IL. (2010). *Status stunted dan hubungannya dengan perkembangan anak balita di wilayah pesisir Pantai Utara kecamatan Lemahwungk kota Cirebon*. Jurnal Gizi Klinik Indonesia: 6(3):131-7.

- Kiely JL., Yu S., Rowley DL. (2013). *Low Birth weight and intrauterine growth retardation. CDC public health surveillance for women, infants and children.* Tersedia dalam: <http://www.cdc.gov/>. Diakses tanggal 31 Agustus 2016
- Lamid, A. (2015). *Masalah Kependekan (Stunting) pada Anak Balita: Analisis Prospek Penanggulangannya di Indonesia.* PT. Penerbit IPB Press, Bogor.
- Manary MJ, Salomons NW. (2004). *Aspek kesehatan masyarakat pada gizi kurang.* In: *Gibney MJ, Margetts BM, Kearney JM, Arab L.* Gizi kesehatan masyarakat. Jakarta, EGC.
- Millenium Challenge Cooperation (MCA) Indonesia. (2015). *Stunting dan Masa Depan Indonesia.*
- Najahah, I. (2013). *Faktor Risiko Balita Stunting Usia 12-36 Bulan Di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat.* Sekretariat Public Health Medicine Archive (PHPMA). No. 2 / Vol.1 / December 2013.
- Nasution, D., Nurdianti, D.S., Huriyati, E. (2014). *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Stunting pada Anak usia 6-24 Bulan.* Jurnal Gizi Klinik Indonesia, vol 11: hal.31-37.
- Puspita, Y. (2014). *Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Balita Di Kabupaten Rejang Lebong Provinsi Bengkulu.* Tesis. FK UGM.
- Riskesdas. (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.*
- Semba, R.D. and Bloem, M.W. (2001). *Nutrition and Health in Developing Countries.* Humana Press: New Jersey.
- UNICEF. (2014). *Undernutrition Contributes To Nearly Half Of All Deaths In Children Under 5 And Is Widespread In Asia And Africa.* Tersedia dalam: <http://data.unicef.org>. Diakses tanggal 02 April 2016.
- Warsini, KT. (2014). *Hubungan Status Gizi Ibu Saat Hamil dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Bantul.* Tesis. Universitas Gadjah Mada.
- WHO.(2005). *Child Growth Standard.*
- .(2013). *Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences.* WHO Conceptual Framework.
- .(2014). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief.*



# PEMANFAATAN BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) YANG BAIK AKAN MENINGKATKAN PENGETAHUAN IBU HAMIL TRIMESTER III

Nur Hidayatul Ainiyah, M. Hakimi, Anjarwati

## ABSTRAK

Pengetahuan ibu hamil tentang penggunaan buku KIA masih kurang dan menjadi kendala dalam pembentukan perilaku kesehatan ibu hamil. Masih banyak ibu hamil dan keluarga yang memanfaatkan buku KIA, belum mengerti informasi kesehatan dan tidak menerapkan informasi kesehatan yang terdapat di dalam buku KIA. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pemanfaatan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil trimester III di Puskesmas Jagir Surabaya. Rancangan penelitian *cross sectional*. Sampel penelitian ibu hamil trimester III dengan total populasi sejumlah 87 responden. Analisis dengan uji *non parametrik Spearman Rho* perhitungan koefisien korelasi (r) dengan *confidence interval* 95%. Hasil penelitian menunjukkan hubungan pemanfaatan buku KIA yang baik akan tingkat pengetahuan didapatkan koefisien korelasi (r) 0,486 dan CI 95% 0,871-1,980 dengan nilai *p-value* <0,01 artinya semakin tinggi pemanfaatan buku KIA, semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu hamil trimester III.

**Kata Kunci** : buku KIA, pengetahuan, ibu hamil

## PENDAHULUAN

Pengetahuan ibu tentang penggunaan buku Kesehatan Ibu dan anak (KIA) masih rendah yakni masih dianggap hanya sebagai buku pencatatan kesehatan bagi petugas kesehatan menjadi kendala dalam pembentukan perilaku kesehatan ibu hamil tentang pola nutrisi, tanda bahaya kehamilan, masalah lain dalam kehamilan, persiapan persalinan (Oktarina dkk, 2013).

Peningkatan implementasi buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) didukung oleh pemerintah pusat sebagai salah satu program untuk meningkatkan kesehatan Ibu dan Anak, menuntun petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak sesuai standart, melakukan dokumentasi secara baik dan benar, serta merupakan satu satunya bukti yang dipegang ibu sebagai dokumentasi status kesehatannya selama hamil, bersalin, nifas, imunisasi dan tumbuh kembang balita, sehingga mempermudah ibu dan keluarga serta petugas kesehatan mengetahui riwayat kesehatan ibu dan anak (Kementerian Kesehatan RI, 2015a).

Buku KIA berisi berbagai informasi kesehatan ibu dan anak sebagai upaya pemerintah untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat ibu dan anak jika dimanfaatkan dengan semestinya baik oleh tenaga kesehatan maupun oleh ibu dan keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Derajat kesehatan merupakan indikator kesejahteraan suatu bangsa, tingginya angka kematian ibu di Indonesia menunjukkan masih rendahnya status kesehatan ibu. Hasil RISKESDAS 2013 pemilik buku KIA 31,7%, ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan 3-5 kali selama kehamilan sebesar 82 %, ibu hamil yang minum tablet besi selama kehamilan 58 %, ibu hamil yang pernah imunisasi TT 58%, ibu hamil yang melakukan tes laboratorium haemoglobin 60%, ibu hamil yang melakukan pemeriksaan laboratorium urin 63%. Hal ini merupakan bentuk perilaku kesehatan ibu hamil yang penting dilakukan untuk deteksi dini adanya risiko dan mencegah komplikasi kehamilan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015b).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 284/MENKES/SKIII/2004 tentang buku KIA, menyatakan buku KIA merupakan alat untuk mendeteksi secara dini adanya gangguan atau masalah ibu dan anak (Depkes, 2004). Penerapan buku Kesehatan ibu dan Anak (KIA) secara benar dapat meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan ibu hamil, memberdayakan keluarga dan masyarakat untuk memantau kesehatan ibu hamil dan mengetahui cara deteksi dini kehamilan dengan risiko dan mendapatkan pelayanan sesuai standart (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Penggunaan buku KIA dapat optimal jika tenaga kesehatan dan kader memastikan bahwa ibu dan keluarga paham tentang isi buku KIA, peningkatan pengetahuan buku KIA bisa dilakukan dengan berbagai cara salah satunya dengan pemberian konseling yang sesuai kebutuhan ibu hamil dan secara mendalam pada saat kunjungan kehamilan, baik di pelayanan kesehatan maupun di masyarakat serta dilakukan evaluasi dan monitoring saat ibu hamil melakukan kunjungan ulang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015b).

Hasil penelitian Hirotsugu Aiga (2016) "*Knowledge, Attitude And Practice: Assesing Maternal And Child Health Care Handbook Intervention In Vietnam*" menyatakan bahwa Buku KIA berkontribusi meningkatkan pengetahuan ibu hamil dan meningkatkan perilaku ibu hamil dengan kunjungan kehamilan lebih dari 3 serta

meningkatkan pemberian ASI eksklusif. “*Maternal - Child Health (MCH) Handbook Contributed To The Increase In Pregnant Women’s Practice Of Three Or More Antenatal Care Visits And In And Both Knowledge About And Practice Of Exclusive Breastfeeding*” (Aiga, 2016).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Cross Sectional*. Variabel *dependen* dalam penelitian ini pemanfaatan buku KIA oleh ibu hamil trimester III dan variabel *independen* tingkat pengetahuan ibu hamil trimester III.

Populasi penelitian ini adalah ibu hamil trimester III di Puskesmas Jagir Surabaya. Sampel penelitian ini adalah seluruh ibu hamil trimester III di Puskesmas Jagir Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total populasi dengan koefisien korelasi 0,4 ditemukan jumlah sampel 64 (Hulley, 2007) sehingga jumlah seluruh populasi dijadikan sampel yakni 87 responden.

Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan kuisisioner kepada ibu hamil yang telah bersedia menjadi responden, dan kuisisioner dijawab di tempat penelitian dalam satu waktu sesuai petunjuk yang diberikan dengan pendampingan peneliti, sehingga setelah kuisisioner dikembalikan kepada peneliti bisa melakukan evaluasi secara langsung kelengkapan kuisisioner, kemudian dilakukan coding dan tabulasi.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, analisis bivariat menggunakan uji statistik *non parametrik Spearman Rho*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Karakteristik dan Presentasi Subyek Penelitian

Karakteristik responden	Kategori	Frekuensi	(%)
Usia Ibu	Reproduksi	78	89,7
	Tidak reproduksi	9	10,3
Paritas	Primigravida	34	39,1
	Multigravida	53	60,9
Pendidikan	Tinggi	7	8
	Rendah	80	92
Pendapatan	≥UMR	50	57,5
	<UMR	37	42,5

Berdasarkan tabel 1 didapatkan responden sebagian besar usia reproduksi, paritas multigravida, pendidikan rendah, pendapatan  $\geq$  UMR.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

Variabel	Mean	SD	Median	Minimum Maximum
Pemanfaatan buku KIA	7,83	1,693	9,00	1 9
Pengetahuan	41,1	4,978	43	23 45

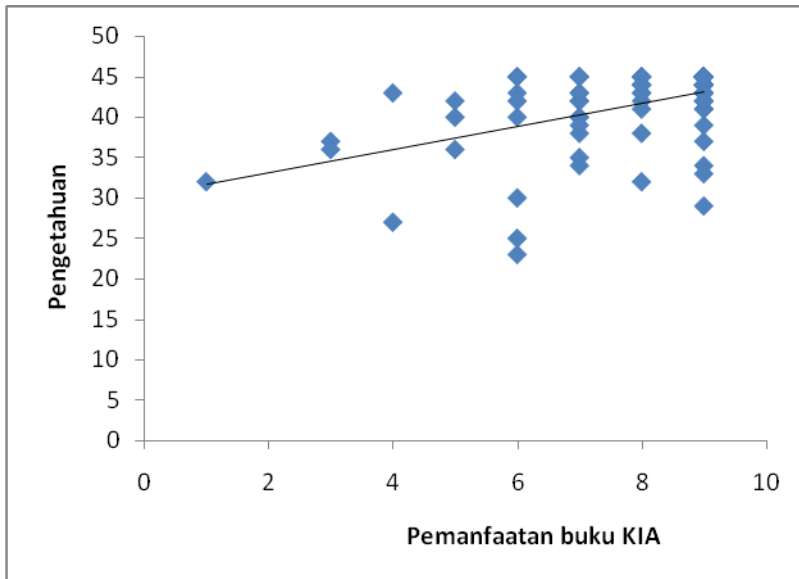
Tabel 2. diketahui sebagian besar pemanfaatan buku KIA oleh responden 7,83 dan nilai tengah 9 dengan standart deviasi 1,693. Pengetahuan ibu hamil rata-rata 41,1 dengan nilai yang tengah muncul 43 dan standart deviasi 4,978.

Tabel 3. Analisis Bivariat Variabel Pemanfaatan dengan Pengetahuan

Variabel	Pengetahuan	N
Pemanfaatan		
r	0,486	87
p-value	0,00	87

r =Koefisien Korelasi

Berdasarkan tabel 3 hubungan pemanfaatan buku kesehatan ibu dan Anak (KIA) dengan tingkat pengetahuan ibu hamil trimester III di dapatkan koefisien korelasi (r) 0,486 yakni terdapat hubungan yang sedang dengan nilai  $p\text{-value} < 0,01$  dimana nilai  $p\text{-value} < 0,05$  artinya bahwa secara statistik bermakna.



Gambar 1. Analisis Bivariat pemanfaatan buku KIA dengan pengetahuan ibu hamil trimester III

Berdasarkan gambar 1. yang digambarkan dalam diagram pencar (*scatterplot*) hubungan antara pemanfaatan buku KIA dengan pengetahuan ibu hamil di Puskesmas Jagir Surabaya didapatkan hasil koefisien korelasi ( $r$ ) positif (+), yakni semakin tinggi pemanfaatan buku KIA semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu hamil trimester III di Puskesmas Jagir Surabaya

Hasil uji statistik *Non Parametrik Spearman Rho* pemanfaatan buku KIA memiliki hubungan sedang dengan pengetahuan ibu hamil yakni didapatkan koefisien korelasi ( $r$ ) 0,486 dan nilai  $p$ -value 0,00 atau  $<,05$  yang berarti pemanfaatan buku KIA dengan pengetahuan ibu hamil memiliki hubungan yang bermakna serta memiliki Hubungan hubungan yang positif yakni semakin tinggi pemanfaatan buku KIA semakin tinggi pengetahuan ibu hamil.

Isanurug (2009) menyatakan pemanfaatan buku KIA bisa meningkatkan pengetahuan dan diaplikasikan dalam menjaga kesehatan ibu hamil sehingga meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil dan janinnya. Pemanfaatan ini dilakukan oleh petugas kesehatan dan ibu hamil serta keluarganya dengan cara membaca informasi kesehatan di dalam buku KIA (Isaranurug, 2009).

JICA (2011) menyatakan bahwa dengan adanya buku KIA ditemukan cara bagaimana ibu hamil bisa mendapatkan informasi kesehatan dengan mudah dan merupakan satu-satunya catatan kesehatan yang bisa dibawa pulang dan bisa

dimanfaatkan dengan cara membaca dan memahami informasi yang terdapat didalamnya, dapat dimanfaatkan bagi seluruh ibu hamil dari latar belakang yang berbeda dengan atau tanpa didampingi petugas kesehatan dan ibu hamil juga bisa membaca hasil pemeriksaan kondisi kehamilannya. Pemanfaatan buku KIA dapat diamati dari kepemilikan buku KIA, membawa saat ke fasilitas kesehatan membaca informasi kesehatan didalamnya menjadi determinan penting bagi pengetahuan ibu (Sistiarani, 2014).

Informasi kesehatan kehamilan yang harus dibaca oleh ibu hamil di dalam buku KIA tentang pola menu gizi seimbang, pola istirahat, perawatan kebersihan sehari-hari, aktifitas fisik ibu hamil, persiapan bersalin, tanda bahaya ibu hamil, masalah lain pada ibu hamil dan tanda-tanda awal persalinan sehingga dengan mengetahui informasi kesehatan bisa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu tentang menu gizi seimbang yang harus dikonsumsi sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janinya baik selama kehamilan, mencegah anemia, dan persiapan laktasi, memahami cara menjaga kebersihan untuk mencegah infeksi, mengenali dan memahami tanda bahaya kehamilan agar ibu bisa sedini mungkin melakukan deteksi dini adanya bahaya kehamilan dan mencegah kehamilan risiko, masalah lain pada kehamilan yang masih banyak dianggap hal Informasi kesehatan kehamilan yang harus dibaca oleh ibu hamil di dalam buku KIA tentang pola menu gizi seimbang, pola istirahat, perawatan kebersihan sehari-hari, aktivitas fisik ibu hamil, persiapan bersalin, tanda bahaya ibu hamil, masalah lain pada ibu hamil dan tanda-tanda awal persalinan sehingga dengan mengetahui informasi kesehatan bisa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu tentang menu gizi seimbang yang harus dikonsumsi sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janinya baik selama kehamilan, mencegah anemia, dan persiapan laktasi, memahami cara menjaga kebersihan untuk mencegah infeksi, mengenali dan memahami tanda bahaya kehamilan agar ibu bisa sedini mungkin melakukan deteksi dini adanya bahaya kehamilan dan mencegah kehamilan risiko.

## **KESIMPULAN**

Terdapat hubungan positif pemanfaatan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil, semakin tinggi pemanfaatan buku KIA semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu hamil

## SARAN

Bagi Bidan agar mengembangkan strategi dalam pemanfaatan buku KIA yakni dengan menyarankan ibu hamil untuk membaca topik informasi kesehatan di dalam buku KIA yang akan dibahas pada kunjungan pemeriksaan kehamilan berikutnya. Bidan agar sering menyampaikan masalah lain dalam kehamilan dan tanda bahaya ibu hamil agar ibu hamil bisa deteksi dini adanya risiko. Bagi Dinas Kesehatan agar melakukan evaluasi pelaksanaan kelas ibu hamil sebagai media pemanfaatan buku KIA.

Bagi Peneliti Selanjutnya agar menggunakan metode penelitian yang dapat menggali informasi lebih dalam tentang pemanfaatan buku KIA oleh petugas dan oleh ibu hamil dan dilakukan dengan metode wawancara mendalam untuk mengetahui faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan ibu hamil.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aiga, H., Vin Duc Nguyen, Cuong Dinh Nguyen, Tho Thi Thi Nguyen, Lien Thi Phuong Nguyen. (2016) . *Knowledge, Attitude And Practice: Assesing Maternal And Child Health Care Handbook Intervention In Vietname. Biomed Central Public Health. 16:129* [Http://Ncbi.Mlm.Nih.Gov/Pubmed](http://Ncbi.Mlm.Nih.Gov/Pubmed)
- Hulley, S. (2007). *Designing Clinical Research, Third Edition*, Wolter Kluwer Health : Piladelphia USA
- Isaranurug, S. (2009). Maternal and Child Health (MCH) Handbook in The Word Maternal and Child Health Handbook in Thiland, *Journal International Health Vol,24 No 2, ASEAN Institute for Health Development Mahidol University, Thailand*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. World Health Organization
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. JICA: Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. JICA: Jakarta
- Kusindijah. (2012). Hubungan antara kepemilikan buku KIA dengan pengetahuan, sikap dan praktik perawatan kehamilan di wilayah kerja puskesmas rangkah surabaya. *Embrio Jurnal Kebidanan: 1( 1 ) 42- 6*
- Nakamura K. (2007). Incresed Utilization of Maternal Health Servise by Mother Using The Maternal Child Health Handbook In Indonesia. *Journal of International*

*Health vol.22 No3*. Faculty of Public Health University of Indonesia,  
Graduate School of Human Science Osaka University

Oktarina, C., Elvira, G., Dyah, U. (2013). Hubungan pengetahuan, sikap, Kepatuhan ibu hamil dan Ibu bayi dalam penggunaan buku KIA di Ppuskesmas Geger Bangkalan Jawa Timur.

Sistiarani, C. (2014). Fungsi Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Ibu .  
*Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol 8 No 8, (diakses Mei 2014)



# PERSEPSI PEREMPUAN PEKERJA SEKS TERHADAP MANFAAT *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING* HIV DI YOGYAKARTA TAHUN 2016

Nurul Mahmudah, Djaswadi Dasuki, Herlin Fitriani K

## ABSTRAK

Pekerja Seks adalah salah satu kelompok yang paling rentan tertular HIV. mereka 13,5 kali lebih mungkin untuk hidup dengan HIV dibandingkan wanita non pekerja seks. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya persepsi perempuan pekerja seks terhadap manfaat *Voluntary Counseling and Testing* HIV di Yogyakarta Tahun 2016. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif fenomenologi. Hasil dari penelitian ini partisipan telah melakukan uji dan konseling HIV sukarela, Perempuan Pekerja Seks (PPS) menyadari bahwa VCT itu sendiri bertujuan untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran infeksi HIV. PPS menyadari pentingnya mendeteksi status HIV sejak dini, terkait dengan perilaku berisiko yang dijalani selama ini, dengan mengetahui serostatus.

**Kata kunci:** persepsi, PPS, manfaat VCT HIV

## PENDAHULUAN

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sel darah putih didalam tubuh (limfosit T), yang mengakibatkan turunya kekebalan tubuh manusia. Sedangkan AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yaitu sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena menurunnya kekebalan tubuh. AIDS disebabkan oleh infeksi HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh orang tersebut mudah terkena penyakit TBC, kandidiasis, berbagai radang pada kulit, paru, saluran pencernaan, otak dan kanker. Penyakit ini yang paling ditakuti sehingga membuat sikap masyarakat mengalami kekhawatiran terhadap penyebaran dan penularan Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA). Sikap ini akhirnya membuat hukuman sosial di masyarakat terhadap penderita (Karma, 2014).

Hukuman sosial tercermin dari sikap dan perlakuan stigma dan diskriminasi terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) oleh masyarakat. Tindakan dan perlakuan tersebut terlihat dengan cara menjauhi, mengucilkan, melecehkan, menghina, mencurigai, menolak dan menghindari keberadaan orang yang menderita atau terinfeksi HIV-AIDS. Sikap stigma dan diskriminasi harus dihindari mengingat permasalahan yang dihadapi harus segera ditangani secepatnya, dalam upaya mencegah dan menekan penyebaran HIV-AIDS di masyarakat. Sikap lapang dada, toleransi dan kepedulian serta

kerjasama masyarakat diharapkan mampu membantu menekan dan meminimalisir bahkan menyelesaikan permasalahan penyebaran HIV-AIDS. Kepedulian terhadap Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) tanpa stigma dan diskriminasi dapat menjadi langkah awal, gerakan perbaikan masyarakat dan bangsa untuk menghambat dan menanggulangi penyebaran HIV-AIDS (Karma, 2014).

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai Maret 2015, HIV-AIDS tersebar di 390 (75%) dari 514 Kabupaten/Kota di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kumulatif infeksi HIV sampai dengan Maret 2015 dilaporkan sebanyak 167.350 kasus dan jumlah AIDS yang dilaporkan sebanyak 66.835 kasus (Direktorat Jenderal PP dan PL, 2015). Data Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, jumlah penderita yang terinfeksi HIV-AIDS di wilayah DIY mencapai 2442 per Desember 2013, meningkat dari bulan Juni 2013, yaitu 2168 penderita. Penularan HIV-AIDS paling banyak terjadi dengan faktor risiko pasangan heteroseksual sebanyak 1317 kasus, lebih dari separuh dari total penderita HIV-AIDS (KPA, 2013).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS pada pasal 3 bertujuan untuk menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru, menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS, meniadakan diskriminasi terhadap ODHA, meningkatkan kualitas hidup ODHA dan mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 451/MENKES/SK/XII/2012 tentang Rumah Sakit rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS yaitu RSUD Dr. Sardjito, RS Bethesda, RSUD Sleman, RSUD Kota Yogyakarta, RSUD Panti Rapih, RS PKU Muhammadiyah dan RSJ Grhasia.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif fenomenologi yaitu suatu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian, dengan cara mendeskripsikan (Moleong, 2012). Penelitian ini berusaha untuk memahami persepsi perempuan pekerja seks terhadap manfaat *Voluntary Counseling and Testing* HIV di Yogyakarta tahun 2016 terkait dengan status PPS sebagai kelompok berisiko untuk tertular HIV-AIDS.

## HASIL

Pengetahuan tentang HIV-AIDS, P1 dan P5 tidak menjawab pengertian HIV-AIDS sedangkan P2, P3, P4, P6 dan P7 menjawab bahwa HIV-AIDS adalah penyakit, merusak kekebalan tubuh, penyakit menular, penyakit yang sangat menjeramkan dan virus yang memakan kekebalan seseorang.

“HIV yang jelas itu merusak kekebalan tubuh kita” (P2, hasil wawancara, 30-11-2016).

“HIV tu ya penyakit” (P3, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Penyakit menular ya” (P4, hasil wawancara, 30-11-2016).

“...penyakit yang sangat menjeramkan”(P6, hasil wawancara, 30-11-2016).

“HIV-AIDS merupakan virus yang memakan kekebalan seseorang ”(P7, hasil wawancara, 13-12-2016).

Hampir semua partisipan dapat menjawab dengan tepat cara penularan HIV-AIDS. Jawaban dari masing-masing partisipan variatif P2, P3, P4, P5 menjawab cara penularannya melalui hubungan seksual, Air Susu Ibu dan jarum suntik.

“Cara penularannya melalui hubungan seks, ibu menyusui, air susu ya kan?, dari jarum suntik...” (P2, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara penularane air susu ibu, jarum suntik, hubungan seks...” (P3, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara penularannya ya sering gonta-ganti pasangan, dari jarum suntik, air susu ibu” (P4, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara penularannya ya lewat jarum suntik, seksual, terus ASI” (P5, hasil wawancara, 30-11-2016).

Sebagian lagi P6 mengatakan cara penularannya dengan gonta-ganti pasangan dan jarum suntik sedangkan P7 mengatakan karena seksual dan transfusi darah yang tidak steril.

“Kalau cara penularannya ya itu karena gonta-ganti pasangan, jarum suntik, gak pake kondom”(P6, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara penularan adalah seksual, tranfusi, mungkin tranfusi darah yang memang tidak steril...air mani...”(P7, hasil wawancara, 13-12-2016).

Sedangkan P1 lebih lengkap dalam menjawab yaitu karena hubungan seksual, cairan tubuh seperti darah, jarum suntik dan ASI.

“Cara penularannya itu bisa melalui hubungan seksual, kemudian cairan tubuh kayak darah, terus apa lagi yah, jarum suntik, terus ibu ke anak melalui ASI, kalau ada perlukaan kena cairan tubuhnya dia bisa masuk” (P1, hasil wawancara, 30-11-2016). Sebagian besar partisipan menyatakan kondom merupakan cara pencegahan HIV-AIDS, hal ini didapatkan dari anjuran ditempat lokalisasi untuk menggunakan kondom setiap melakukan hubungan seksual bersama pelanggannya. P4, P6 dan P7 menyampaikan cara pencegahannya dengan memakai kondom. Sedangkan P2 dan P3 menggunakan kondom dan setia dengan pasangan. P5 menyampaikan menggunakan kondom dan melakukan VCT secara rutin sedangkan P1 menjawab jangan bergonta-ganti pasangan, menggunakan kondom, jangan menggunakan jarum suntik bergantian dan tranfusi darah harus steril.

“Pencegahannya ya pake pengaman, pake kondom. Di Giwangan juga ada peraturannya harus pake kondom. Kadang ada yang menolak, tapi yo diberi pengertian terus mau” (P4, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara pencegahannya ya kita kalo gonta-ganti pasangan ya pake kondom”(P6, hasil wawancara, 30-11-2016).

“pencegahan satu-satunya hanyalah pake kondom...”(P7, hasil wawancara, 13-12-2016).

“Kalo pencegahannya selalu pake kondom yang jelas, setia dengan pasangan, *ora selingkuh kono kene kan?*” (P2, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara mencegahnya biar gak kena kalo bisa itu, gak usah ganti-ganti pasanganlah, terus kalo bisa pake sarung, kondom” (P3, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Cara pencegahannya memakai kondom sambil rutin VCT biar tau nanti kena apa enggakya seperti itu” (P5, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Pencegahannya jangan berganti-ganti pasangan tanpa kondom. Trus jangan memakai jarum suntik secara bergantian dan tranfusi darah itu juga harus diperhatikan, darahnya itu emang harus steril” (P1, hasil wawancara, 30-11-2016).

Menurut partisipan orang yang terkena HIV yaitu pekerja seks, ibu yang positif HIV menyusui bayinya, pemakai narkoba yang bergonta-ganti jarum suntik dan ibu rumah tangga.

“Sebenarnya semua orang bisa kena HIV, pekerja seks juga, misal yang cowok itu kena dan yang cewek gak kena, seandainya berhubungan seksual dan si cewek ada perlukaan di area vagina kemudian berhubungan seksual, itu juga bisa ketularan.

Kayak bayi yang menyusui pada ibu yang positif HIV, bayinya itu juga akan ketularan, sama pemakai narkoba ataupun bisa di kesehatan juga kalo gak teliti gak ganti jarum juga bisa ketularan, tapi kalo sekarang gak mungkin kan, pasti setiap kali ganti” (P1, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Yang bisa terkena semuanya berisiko, terutama ya kayak kita-kita lah... yo yang suka ganti-ganti pasangan...” (P2, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Yang kena ya yang kerja kayak saya lah kebanyakan. Ya ibu rumah tangga yang baik-baik aja juga banyak tapi kalo kebanyakan pekerja seks lah” (P3, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Semuanya bisa kena HIV gak hanya PSK, ibu rumah tanggapun bisa, dengan cara seksual” (P5, hasil wawancara, 30-11-2016).

“...tidak hanya pekerja seks, tidak hanya orang buruh, bahkan mahasiswa pun bisa, ibu rumah tangga pun bisa...”(P7, hasil wawancara, 13-12-2016).

Tempat pemeriksaan VCT yang partisipan sering kunjungi adalah puskesmas Gedongtengen, puskesmas Giwangan, rumah sakit, LSM (klinik VCT dan IMS), PKBI klinik Griya Lentera, dokter pribadi dan klinik mobile.

“Kalo tempat pemeriksaan yang melayani VCT HIV kalo di jogja ini, mungkin di seluruh Indonesia mungkin seperti di puskesmas dan rumah sakit terutama, kayak gitu pasti ada. Kemudian di LSM yang menyediakan klinik, tapi LSM yang untuk HIV dan IMS yang mengampu pelayanan itu, juga ada. PKBI juga ada, Klinik Griya Lentera” (P1, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Kalo tempat pemeriksaan HIV di Puskesmas Gedongtengen, PKBI. Yang sering di Gedong Tengen, kalo PKBI jarang kesana. *Nek* mobile ada, sering ikut juga” (P2, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Kalo priksa di parangtritis kalo mobile, kalo disini kan di puskesmas giwangan. Saya tu dulu pernahlah ke dokter pribadi, yo konsultasilah, yo pernah sekali itu tok, pas waktu dulu lah, pernah sekali itu. Kalo sekarang kan ada yang gratis ya? Hahaa. Kalo dokter ini kan mbayar mahal” (P3, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Tempat pemeriksaanya di puskesmas Giwangan, selain itu yang mobile” (P4, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Tempat periksa itu mobile sama di Puskesmas Giwangan”(P5, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Tempat pemeriksaan saya di Puskesmas Giwangan”(P6, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Kalau tempat pemeriksaan VCT adalah Puskesmas Gedongtengen”(P7, hasil wawancara, 13-12-2016).

Manfaat pemeriksaan VCT bagi partisipan P1, P6 yaitu untuk mengetahui status HIV. P2, P5 dan P7 selain mengetahui status HIV juga memberi contoh yang lain, memahamkan arti VCT untuk orang lain dan mendeteksi penyakit HIV-AIDS. Sedangkan P3 dan P4 menyatakan untuk mengetahui penyakitnya dan mengetahui kesehatan tubuh.

“Manfaat VCT untuk mengetahui status HIV” (P1, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Sangat bermanfaat, kita kalo gak ada VCT atau cek IMS kan kita gak tau kalo kita kena dan enggakya itu” (P6, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Manfaat untuk orang lain itu bisa untuk memberi contoh, kalo untuk diri sendiri tau lah statusnya gimana” (P2, hasil wawancara, 30-11-2016).

“...manfaatnya untuk orang lain biar mbak-mbaknya bisa memahami dan bisa mengerti apa artinya VCT untuk kesehatan diri sendiri, kalo buat saya sendiri biar tau status saya sendiri” (P5, hasil wawancara, 30-11-2016).

“...untuk mendeteksi dan mengetahui status seseorang positif atau enggak.” (P7, hasil wawancara, 13-12-2016).

“Ya biar tau, kalo kita kena penyakit nggak kan tau” (P3, hasil wawancara, 30-11-2016).

“Manfaat VCT itu agar kita tau kesehatan tubuh kita...” (P4, hasil wawancara, 30-11-2016).

Tabel. 1 Persepsi Manfaat VCT

No	Nama Partisipan	Manfaat
1.	P1	Mengetahui Status HIV
2.	P2	Memberi contoh & mengetahui status HIV
3.	P3	Menjadi tahu penyakitnya
4.	P4	Mengetahui kesehatan tubuh
5.	P5	Memahamkan arti VCT & mengetahui status HIV
6.	P6	Mengetahui status HIV
7.	P7	Mendeteksi & mengetahui status HIV

## PEMBAHASAN

PPS telah mengetahui tentang keberadaan dan kegunaan klinik VCT. Partisipan melakukan VCT sebagai suatu kegiatan pengambilan darah untuk mengetahui status HIV-AIDS seseorang. VCT juga dimaknai sebagai cara untuk mengetahui apakah seseorang punya penyakit atau tidak. Seseorang akan merasa bahwa tindakan tersebut

dapat memberikan banyak manfaat jika menurutnya dapat mereduksi kemungkinan ia dapat menderita penyakit dan keseriusan dampak penyakit tersebut terhadap kehidupannya (Rosenstock et al, 1990).

Pemahaman PPS tentang VCT baik, PPS menyadari bahwa VCT berguna untuk mendeteksi dini status HIVnya. Pemahaman yang baik terhadap VCT tidak terlepas dari peran beberapa media informasi, salah satunya dari petugas kesehatan. Akses VCT yang semakin dipermudah baik dari segi biaya, tempat dan waktu membuat PPS yang memiliki persepsi positif terhadap VCT menjadi lebih mudah untuk mengaksesnya. Pembiayaan VCT yang gratis, tempat terjangkau, dan waktu pemeriksaan di siang hari menjadikan PPS bisa menyesuaikan karena para PPS bekerja di malam hari sehingga saat siang hari bisa datang ke pelayanan kesehatan.

Partisipan mengetahui manfaat dari pemeriksaan HIV di klinik VCT. PPS sepenuhnya menyadari betapa pentingnya mendeteksi status HIV sejak dini, terkait dengan perilaku berisiko yang dijalani selama ini, dengan mengetahui serostatus. Jika serostatusnya negatif, PPS akan merasa tenang. Beberapa partisipan dengan kesadaran sendiri telah melakukan uji dan konseling HIV sukarela, PPS mengetahui bahwa VCT itu sendiri bertujuan untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran infeksi HIV.

PPS yang telah memahami manfaat pemeriksaan akan memiliki kecenderungan untuk melakukan tindakan lanjutan. Sebagaimana disampaikan oleh Becker (1974) dalam teori HBM yang dikembangkannya, bahwa faktor persepsi terhadap manfaat akan menjadi salah satu faktor penentu dari kemauan seseorang untuk bertindak. Menurut pernyataan partisipan dalam pelaksanaan VCT, partisipan mendapatkan dukungan dari teman dan dari petugas LSM. Saat akan mengikuti pemeriksaan VCT, mereka biasanya diajak teman atau pergi ke tempat periksa bersama-sama dengan teman yang lain. Hal ini dilakukan karena selain bisa mengurangi rasa takut, juga bisa mengurangi perasaan malu di depan para petugas VCT. Dalam penelitian ini semua partisipan merasa bahwa dengan menggunakan pelayanan VCT akan dapat melakukan deteksi dini terhadap kejadian HIV-AIDS serta memberikan informasi tentang status HIVnya.

Seseorang yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan, tidak selalu melakukan tindakan untuk menjaga kesehatannya. Menurut Emilia (2008), hal ini disebabkan karena adanya proses perubahan perilaku. Pertama, orang selalu dipenuhi oleh informasi (pengetahuan) yang banyak sekali. Selanjutnya orang tersebut akan mempersepsi informasi sesuai dengan predisposisi psikologisnya yaitu memilih atau

membuang informasi yang tidak dikehendaki karena menimbulkan kecemasan. Setelah menerima stimulus, tahap selanjutnya adalah interpretasi oleh individu sesuai dengan pengalaman pribadinya. Terakhir, input yang diterima dan dianalisis tersebut harus memiliki arti personal bagi individu sehingga akan menimbulkan tindakan.

Partisipan menyampaikan pemeriksaan VCT rutin dilakukan 3 bulan sekali di klinik statis atau di klinik mobile dan hasil VCT langsung bisa diterima saat itu juga. Mereka juga mengikuti program dari Dinas Kesehatan untuk melakukan pemeriksaan VCT yang disebut surveilen 1 tahun sekali akan tetapi kendalanya, hasil baru bisa diterima 2-3 bulan dari pemeriksaan sehingga partisipan malas untuk mengambil hasil VCT dari program Dinas Kesehatan tersebut karena waktunya terlalu lama. Keterbatasan penelitian ini yaitu peneliti melakukan wawancara tidak pada saat pemeriksaan VCT, data rekam medis menjadi privasi klinik sehingga tidak dapat dilihat apakah setiap 3 bulan partisipan betul-betul melakukan pemeriksaan VCT statis maupun mobile.

## **KESIMPULAN**

Persepsi partisipan sudah mengetahui manfaat dari pemeriksaan HIV di klinik VCT. PPS menyampaikan betapa pentingnya mendeteksi status HIV sejak dini, terkait dengan perilaku berisiko yang dijalani selama ini, dengan mengetahui serostatus. Jika serostatusnya negatif, PPS akan merasa tenang. Beberapa partisipan dengan kesadaran sendiri telah melakukan uji dan konseling HIV sukarela, PPS menyadari bahwa VCT itu sendiri bertujuan untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran infeksi HIV dan beberapa partisipan masih ada stigma dari diri sendiri pada diri PPS yaitu adanya rasa malu dan takut untuk melakukan tes HIV.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Becker, M.H. 1974. *The health belief model and personal health behavior*, Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack Inc.
- Emilia, O. 2008. *Promosi kesehatan dalam lingkup kesehatan reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Cendikia Press.
- Karma, C. 2014. *HIV AIDS di Papua*. Papua : KPA Provinsi Papua.
- KPA. 2013. [etd.repository.ugm.ac.id](http://etd.repository.ugm.ac.id). Diakses tanggal 17 Agustus 2016.
- Moleong, L.J. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda karya.
- Permenkes. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013. [pppl.depkes.go.id/\\_asset/\\_regulasi/100\\_Permenkes%20No%2021%20Tahun%202013%20Penanggulangan%20HIVAIDS.pdf](http://pppl.depkes.go.id/_asset/_regulasi/100_Permenkes%20No%2021%20Tahun%202013%20Penanggulangan%20HIVAIDS.pdf). Diakses tanggal 17 Agustus 2016.
- Rosenstock, I. and Becker, H.M. 1990. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Charles B. Slack Inc: New Jersey.



# PENGETAHUAN BIDAN PRAKTIK MANDIRI TERHADAP PELAKSANAAN *UNIVERSAL PRECAUTION* PADA PERTOLONGAN PERSALINAN

Tutik Iswanti, R. Detty Siti Nurdianti, Herlin Fitriana K.  
email : [tutik8375@gmail.com](mailto:tutik8375@gmail.com)

## ABSTRAK

*Universal precaution* merupakan bagian dari keselamatan dan kesehatan kerja (K3) yang sangat diperlukan dalam aktivitas pelayanan kesehatan dan secara signifikan mengurangi jumlah insiden kerja karena paparan darah. Di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2015 terdapat 15 kasus kematian ibu penyebab infeksi intrapartum (6,7%) dan kematian bayi sebanyak 37 kasus, penyebab dari infeksi sebesar 13,5% dan karena HIV/AIDS sebesar 10,8%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan terhadap pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan oleh bidan. Pada penelitian ini terdapat variabel independent yaitu pengetahuan dan variabel dependent yaitu pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan. Desain penelitian yang digunakan *Cross Sectional*, berupa pengisian kuesioner dengan sampel 88 bidan. Uji statistik yang digunakan adalah *Uji Fisher*. Hasil penelitian yang didapat adalah bidan yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 89,9% dan melaksanakan *universal precaution* pada pertolongan persalinan dengan baik sebanyak 84,1%. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan terhadap pelaksanaan *universal precaution* dengan *p value* 0,033.

**Kata Kunci** : Pengetahuan, bidan, *Universal precaution*, persalinan.

## PENDAHULUAN

*Universal precaution* merupakan bagian dari keselamatan dan kesehatan kerja (K3) yang sangat diperlukan dalam aktivitas pelayanan kesehatan. Penggunaan *universal precaution* secara signifikan mengurangi jumlah insiden kerja karena paparan darah (Fayaz *et al*, 2014).

Pengetahuan membuat seseorang mulai mengenal dan mencoba atau melakukan suatu tindakan. Penambahan pengetahuan tidak bisa dilakukan dalam waktu singkat tetapi dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan. Pemberian informasi baru juga sangat penting sehingga dapat menambah dan memperdalam pengetahuan, sehingga dengan demikian pengetahuan tetap menjadi kontrol terhadap seseorang untuk berperilaku baik (Green, 1980).

Berdasarkan penelitian Agu, *et al* (2014), menyatakan bahwa petugas kesehatan yang mempunyai pengetahuan baik 18%, sikap positif 88,3% dan menerapkan *universal precaution* 19,7%. Bidan memiliki pengetahuan yang kurang mengenai prosedur

pelaporan insiden yang dapat membahayakan kehidupannya (Donker *et al*, 2014). Kepatuhan bidan dalam pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan sebanyak 42,9% (Mardinanti, 2013).

Penyebab kematian ibu di Indonesia pada tahun 2014 karena infeksi sebanyak 7,3% (Kemenkes RI, 2014). Provinsi Banten termasuk dalam enam Provinsi yang menyumbangkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) terbesar pada tahun 2012. Dimana 52,6% kematian berasal dari enam Provinsi termasuk Provinsi Banten (SDKI, 2012). Di Kota Tangerang Selatan pada tahun 2015 terdapat 15 kasus kematian ibu, salah satu penyebab kematian ibu adalah infeksi intrapartum (6,7%). Selain kematian ibu, terdapat juga kematian bayi sebanyak 37 kasus, penyebab dari infeksi sebesar 13,5% dan 10,8% karena HIV/AIDS (Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan, 2016).

Masyarakat menganggap sarana kesehatan merupakan tempat pemeliharaan kesehatan. Pasien mempercayakan sepenuhnya kesehatan dirinya atau keluarganya kepada petugas kesehatan, maka kewajiban petugas kesehatan adalah menjaga kepercayaan tersebut. Pelaksanaan kewaspadaan universal merupakan langkah penting untuk menjaga sarana kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan lain-lain) sebagai tempat penyembuhan, bukan menjadi sumber infeksi (Depkes RI, 2010).

Kepmenkes No. 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman audit di Rumah Sakit, yang bertujuan mencapai pelayanan medis prima yang jauh dari kejadian *medical error* dan meningkatkan keselamatan pasien. Dalam organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI), standar pertolongan persalinan terdapat pada standar 9, 10, 11 dan 12 termasuk salah satu didalamnya adalah pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2012).

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan pengetahuan terhadap pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan oleh bidan di wilayah Kota Tangerang Selatan Tahun 2016.

## **METODE PELAKSANAAN**

Penelitian ini dilakukan dengan rancangan *cross sectional*. Penggunaan rancangan *cross sectional* karena melakukan pengukuran terhadap beberapa variabel serta melakukan pengukuran hubungan antara variabel-variabel tersebut dalam satu kondisi yang realistis (Sutanto, 2010). Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh bidan praktik

mandiri di wilayah Kota Tangerang Selatan yaitu sebanyak 88 bidan. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*. Hal ini dimaksudkan agar didapatkan data yang lebih objektif dari seluruh responden. Analisa data yang digunakan adalah univariat dan bivariat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Analisa univariat

#### a. Karakteristik responden

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden

No	Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Umur		
	< 35 tahun	36	40,9
	≥ 35 tahun	52	59,1
	Jumlah	88	100
2.	Pendidikan		
	DIII Kebidanan	26	29,6
	DIV Kebidanan	47	53,4
	S2 Kesehatan	15	17,0
	Jumlah	88	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa dari 88 responden sebagian besar (59,1%) berumur  $\geq 35$  tahun dan 40,9% berumur  $< 35$  tahun. Makin tua umur seseorang maka proses - proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun. Bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahn pengetahuan yang diperolehnya (Notoatmodjo, 2009). Sebagian besar responden (53,4%) dengan pendidikan DIV kebidanan dan 29,6% responden dengan pendidikan DIII kebidanan serta 17% responden dengan pendidikan S2 kesehatan. Pendidikan adalah sebuah proses mengubah sikap dan perilaku seseorang dan kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan penelitian, maka jelas dapat kita kerucutkan sebuah visi pendidikan yaitu kecerdasan manusia. Bidan yang memiliki pengetahuan yang baik tentang *universal precaution* mengetahui tentang prinsip dari *universal precaution* (Notoatmodjo, 2009).

b. Distribusi frekuensi

Tabel 2 Distribusi frekuensi pengetahuan dan pelaksanaan *universal precaution*

No	Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
1	Pengetahuan		
	Baik	79	89,8
	Kurang	9	10,2
2	Pelaksanaan <i>universal precaution</i>		
	Baik	74	84,1
	Kurang	14	15,9

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa bidan yang melaksanakan *universal precaution* pada pertolongan persalinan di wilayah Kota Tangerang Selatan dengan baik sebesar 84,1% dan mayoritas bidan berpengetahuan baik yaitu sebesar 89,8%. Bidan sudah memiliki kesadaran untuk melakukan *universal precaution* dalam pertolongan persalinan dan memiliki pengetahuan yang baik. Pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan formal maupun nonformal. Bermaknanya hubungan variabel pengetahuan dengan perilaku pada penelitian ini dikarenakan semua bidan yang diteliti memiliki latar belakang pendidikan formal D3 (diploma) Kebidanan. Kewaspadaan standar untuk pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan sudah diajarkan sehingga diasumsikan bidan-bidan sudah memiliki dasar pengetahuan tentang hal tersebut

2. Analisa Bivariat

Tabel 3 Hubungan pengetahuan terhadap pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan oleh Bidan Praktik Mandiri di wilayah Kota Tangerang Selatan

Variabel penelitian	Pelaksanaan <i>universal precaution</i>		<i>P value</i>	CI (95%)	OR
	Baik	Kurang			
	N	%	n	%	
Pengetahuan					
<b>Baik</b>	69	87,3	10	12,7	0,033
<b>Kurang</b>	5	55,6	4	44,4	1,266-24,070

Keterangan: n:jumlah sampel; %:jumlah sampel dalam persen; *p value*<0,05; CI:Confidence interval; OR:Ods Ratio

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada tabel 3 menunjukkan bahwa hubungan pengetahuan responden terhadap pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan baik memiliki perilaku baik 87,3% lebih banyak dibanding perilaku kurang, tetapi

responden dengan pengetahuan kurang tetap memiliki perilaku baik 55,6% lebih banyak dibandingkan dengan perilaku yang kurang.

Hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan oleh bidan praktik mandiri di wilayah kota Tangerang Selatan terdapat hubungan yang bermakna ( $Pvalue=0,033$ ;  $CI=1,266-24,070$ ;  $OR=5,520$ ). OR antar variabel sebesar 5,52 sehingga dapat disimpulkan bahwa bidan yang mempunyai pengetahuan baik 5,52 kali melaksanakan *universal precaution* daripada bidan dengan pengetahuan kurang.

Para bidan sudah mendapatkan informasi mengenai pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan dari pendidikan nonformal melalui pelatihan-pelatihan, seminar atau sosialisasi kewaspadaan standar yang sering dilakukan secara berkala di Kota Tangerang Selatan.

Pemberian informasi melalui pendidikan, pelatihan atau seminar tersebut dapat meningkatkan pengetahuan seseorang dan selanjutnya akan menimbulkan kesadaran untuk berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Tanpa pengetahuan, seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Hasil penelitian ini memperkuat teori Green (1980) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan merupakan faktor predisposisi dalam membentuk perilaku yang positif. Dengan pengetahuan seseorang akan mengenal dan mencoba atau melakukan suatu tindakan. Penambahan pengetahuan tidak bisa dilakukan dalam waktu singkat tetapi dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan. Pemberian informasi baru juga sangat penting sehingga dapat menambah dan memperdalam pengetahuan. Dengan demikian pengetahuan tetap akan menjadi kontrol terhadap seseorang untuk berperilaku baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian K. Vaz (2011) yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan pelaksanaan kewaspadaan universal ( $Pvalue=0,000$ ). Tenaga kesehatan yang mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi cenderung berpeluang lebih besar dalam penerapan kewaspadaan universal dan sejalan dengan penelitian Eka (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku penerapan kewaspadaan universal pada pertolongan persalinan

(*Pvalue*=0,000 dan OR=20,40). Bidan yang mempunyai pengetahuan baik kemungkinan akan menerapkan kewaspadaan universal dengan baik 20,40 kali lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan bidan yang kurang terhadap penerapan kewaspadaan universal.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang di sampaikan oleh Notoatmodjo (2009) yang menyebutkan bahwa perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang dapat berperilaku sesuai keyakinan tersebut, termasuk perilaku pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan dalam penelitian ini.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Fitria (2012) yang dilakukan di kabupaten Lampung Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan (*Pvalue*=0,568). Dalam penelitian ini, pengetahuan yang baik dari responden tidak menunjukkan perilaku pencegahan infeksi yang baik saat menolong persalinan. Pengetahuan tidak hanya didapatkan dari kegiatan formal seperti pendidikan saja. Pengetahuan responden ini diduga hanya sebatas mengetahui dan memahami pada objek yang dipelajarinya saja.

## **KESIMPULAN**

Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan terhadap pelaksanaan *universal precaution* pada pertolongan persalinan oleh bidan praktik mandiri di wilayah Kota Tangerang Selatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agu, P.U. Ogboy, S.J. Ezugwu, E.C. Okeke, T.C. Aniebue, P.N. (2015). The Knowledge, Attitude, And Practice Of Universal Precaution Among Rural Primary Health Care Workers In Enugu Southeast Nigeria. *World Journal of pharmacy and pharmaceutical sciences* Vol. 4 Issue 09, 109-125.
- Depkes RI. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal Di Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan. (2016). *Profil Kesehatan Kota Tangerang Selatan Tahun 2015*. Tangerang Selatan.
- Donkor, E.S. Affram, C.K. Yekple, C.K. (2014). Perceived Risk Of HIV Infection Among Midwives Working In The Labour Wards. *Sci-Afric journal of scientific issues, research and essays* vol. 2(4), PP 141-146.
- Eka, Y. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Penerapan Kewaspadaan Universal Pada Pertolongan Persalinan Oleh Bidan Di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Badung Bali Tahun 2012*. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Fayaz, S.H. Michiyo, H. Tomoyo, H. Sharker, M.A.B. Zakhro, D. Nobuyuki, H. (2014). Knowledge And Practice Of Universal Precautions Among Health Care Workers In Four National Hospitals In Kabul, Afganistan. *J Infect Dev Ctries* 4(8): 535-542.
- Fitria, W. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Bidan Dalam Pencegahan Infeksi Saat Melakukan Pertolongan Persalinan Di Kabupaten Lampung Timur Tahun 2012*. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., & Partridge, K.B. (1980). *Health Education Planning A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Compeni.
- JNPK-KR. (2012). *Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pasca Persalinan Dan Nifas*. Jakarta: JNPK-KR.
- Kemenkes RI. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI
- K Vaz, D McGrowder, R Alexander, L Gordon, P Brown, R Irving. (2011). Knowledge, Awareness And Compliance With Universal Precautions Among Health Care Workers At The University Hospital Of The West Indies, Jamaica. *Theijoem* Vol. 1 Number 4.
- Mardinanti. (2013). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Bidan Dalam Pencegahan Infeksi Pada Pertolongan Persalinan Di Tingkat Puskesmas Kabupaten Karawang Tahun 2013*. Karawang.
- Notoatmodjo. (2009). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Sutanto. (2010). Analisis Data Kesehatan. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia

\_\_\_\_\_, (2012). Ringkasan Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta



# **PERSEPSI IBU BERSALIN TERHADAP MUROTTAL AL-QUR'AN DALAM MENURUNKAN NYERI PERSALINAN**

**Rusfita Retna, Hanny Rono, Umu Hani E.N, Yohana Tuti, Ari Fugianti**

## **ABSTRAK**

Latar belakang: Nyeri persalinan merupakan perubahan besar yang terjadi dalam kehidupan seorang wanita – transisi untuk ibu; interaksi hormon yang kompleks dan perubahan kimia membantu dia mempersiapkan diri untuk menyambut bayinya. Kemudian berkembanglah berbagai cara untuk dapat menatalaksana nyeri saat bersalin. Keefektifan dan kepuasan penatalaksanaan nyeri pada tiap wanita bersalin berbeda-beda. Tujuan mengetahui persepsi ibu bersalin terhadap metode terapi murottal Al-Qur'an sebagai salah satu metode manajemen nyeri persalinan pada ibu bersalin kala I di Puskesmas Wilayah Banjarnegara. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*in-depth interview*) untuk memperoleh data tentang persepsi ibu tentang murottal terhadap penurunan nyeri persalinan. Partisipan berjumlah 4 orang yang terdiri dari 3 ibu bersalin dan 1 orang bidan. Tahapan analisa data yang dilakukan adalah reduksi data, penyajian data dan pembuatan kesimpulan. Simpulan Teridentifikasi tujuh tema yang saling berhubungan dengan tujuan, yaitu keadaan fisik dan perasaan, harapan, kebiasaan/kepribadian, minat/motivasi, dan proses belajar peran dan latarbelakang keluarga, pengetahuan dan informasi yang diperoleh

**Kata Kunci** : Murottal, Nyeri Persalinan

## **PENDAHULUAN**

Nyeri persalinan harus diatasi karena mempengaruhi mekanisme fungsional yang menyebabkan respon stress fisiologis. Nyeri juga menyebabkan aktifitas uterus yang tidak terkoordinasi sehingga persalinan menjadi lebih lama yang akhirnya mengancam kehidupan ibu maupun janin (Mander, 2004). Nyeri persalinan menghasilkan respon psikis dan refleks pada perilaku fisik. Nyeri persalinan memberikan gejala yang dapat diidentifikasi seperti pada sistem saraf simpatis yang dapat terjadi mengakibatkan perubahan tekanan darah, nadi, *respirasi*, dan warna kulit. Ekspresi sikap juga berubah meliputi peningkatan kecemasan dengan penurunan lapangan persepsi, menangis, mengerang, tangan mengepal dan menggengam serta otot mudah terangsang (Bobak,at all. 2005).

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi menuntut tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang komprehensif kepada pasien. Manajemen nyeri persalinan menjadi suatu kebutuhan ibu bersalin dan juga sebagai bentuk pelayanan prima yang diberikan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lain yang menolong ibu saat proses persalina. Terapi Al-Qur'an menjadi salah satu terapi komplementer karena membaca

atau mendengarkan Al-Qur'an akan memberikan efek relaksasi, sehingga pembuluh darah nadi dan denyut jantung mengalami penurunan (AlKahel,2011).

Nyeri bersifat lokal seperti kram, sensasi sobek dan sensasi panas yang disebabkan karena *distensi* dan *laserasi serviks*, vagina dan jaringan *perineum*. Perubahan yang terjadi tidak hanya pada jalan lahir akan tetapi juga mempengaruhi beberapa bagian tubuh yang lain yaitu tekanan pada saluran kemih, kandung kemih, dan anus. Meregangnya otot-otot dasar panggul dan jaringan vagina, ketakutan dan kecemasan yang dapat menyebabkan dikeluarkannya hormon stress dalam jumlah besar (epinefrin, norepinefrin, dan lain-lain) yang mengakibatkan timbulnya nyeri persalinan yang lama dan lebih berat (Simkin, 2005).

Salah satu teknik manajemen nyeri non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri persalinan adalah teknik distraksi. Teknik Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan nyeri. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri dengan cara menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensori yang cukup atau berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Stimulus sensori yang menyenangkan akan merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Firman Allah Ta'ala: "*Dan bacalah Al-Qur'an itu dengan perlahan/tartil*"(Q.S Al Furqan:32). Penelitian kedokteran Amerika Utara menjelaskan bahwa dengan membaca Al-Qur'an atau mendengarkannya dapat mengurangi ketegangan susunan saraf secara spontan, sehingga lambat laun bagi yang mendengarkan menjadi tenang, rileks, dan sembuh terhadap keluhan-keluhan fisik (Elzaky, 2011). Metode penyembuhan dengan Al-Qur'an melalui dua cara yaitu membaca atau mendengarkan dan mengamalkan ajaran-ajarannya (Asman, 2008). Kedua metode tersebut dapat mengurangi dan menyembuhkan berbagai penyakit, memberikan pahala yang besar bagi orang yang mengamalkannya.

Al-Qur'an sebagai penyembuh juga telah dibuktikan bahwa orang membaca Al-Qur'an atau mendengarkan akan memberikan perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung dan perubahan kadar darah pada kulit (O'Riordon 2002, dalam Wahyudi, 2012). Terapi bacaan Al-Qur'an ketika diperdengarkan pada orang atau pasien akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptide. Molekul ini

akan mempengaruhi reseptor-reseptor didalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman (Wahyudi, 2012). Elzaky (2011) menjelaskan dari ilmu kedokteran dan fisiologi, suara/bacaan ayat-ayat Al-Qur'an akan berpengaruh sangat besar terhadap kesehatan tubuh. Penelitian ini didukung oleh FMIPA UNPAD tahun 2006-2009 bahwa mendengarkan Al-Qur'an akan memiliki serangkaian manfaat bagi kesehatan antara lain meredakan stress, meningkatkan relaksasi, meningkatkan sistem kekebalan tubuh bagi orang yang membaca atau mendengarkan, sehingga terapi Al-Qur'an memberikan efek menakjubkan (Wahyudi, 2012).

Miftah Toha (2003: 154) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah sebagai berikut :

- a. Faktor internal: perasaan, sikap dan kepribadian individu, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat, dan motivasi.
- b. Faktor eksternal: latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerak, hal-hal baru dan familiar atau ketidak asingan suatu objek.

Faktor-faktor tersebut menjadikan persepsi individu berbeda satu sama lain dan akan berpengaruh pada individu dalam mempersepsi suatu objek, stimulus, meskipun objek tersebut benar-benar sama. Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan-perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Pada dasarnya proses terbentuknya persepsi ini terjadi dalam diri seseorang, namun persepsi juga dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, dan pengetahuannya.

## **METODE**

Metode penelitian yang digunakan adalah desain penelitian kualitatif untuk memperoleh data tentang persepsi responden terhadap intervensi murottal Al-Qur'an. Kriteria inklusi untuk memperoleh informan penelitian yaitu mampu berkomunikasi, baik dengan menggunakan bahasa Jawa maupun bahasa Indonesia serta mampu mengungkapkan pengalaman menggunakan terapi murottal dalam mengatasi nyeri selama proses persalinan. Teknik pemilihan responden untuk mendapatkan data

kualitatif tentang persepsi pemutar Al-Qur'an terhadap penurunan nyeri persalinan adalah memilih ibu bersalin yang memiliki nilai pretest tertinggi. Jumlah partisipan ibu bersalin pada penelitian ini adalah 3 orang dan 1 bidan yang memberikan pelayanan persalinan.

Peneliti juga menggunakan pengujian untuk keabsahan data yaitu dengan triangulasi triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber yaitu menguji keabsahan menggunakan informan yang berbeda dengan cara *crosscheck* hasil wawancara dengan informan kunci. Informan kunci pada penelitian ini adalah bidan yang memberikan pelayanan dan memberikan intervensi murottal. Wawancara juga dilakukan kepada keluarga atau suami yang mendampingi proses persalinan. Triangulasi metode yaitu membandingkan hasil wawancara dengan hasil observasi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 4.14 Karakteristik Informan Penelitian Kualitatif

no	Informan	Usia	Pendamping	Kecemasan	Nyeri sebelum	Nyeri setelah	Lama kala I	Lama kala II
1	Informan 1 (Ny. M)	45	Keluarga (kakak ipar)	25	10	8	5 jam	10 menit
2	Informan 2 (Ny. H)	21	Suami dan ibu mertua	10	8	6	8 jam 45 menit	15 menit
3	Informan 3 (Ny. D)	17	Ibu kandung dan dukun	10	8	8	10 jam	15 menit
4	Informan 4 (Bidan Y)			Bidan di Puskesmas Pagedongan				

Hasil analisa tema yang dihasilkan oleh peneliti berdasarkan transkrip wawancara dan catatan lapangan dari masing-masing partisipan, peneliti mengidentifikasi pernyataan yang bermakna dan berhubungan dengan fenomena penelitian, kemudian membuat kategori-kategori, menentukan sub tema dan tema utama. Tema-tema yang diperoleh adalah sebagai berikut:

- a) perubahan keadaan fisik dan perasaan ibu bersalin menghadapi persalinan

Proses persalinan dapat menghadirkan berbagai macam emosi pada seorang wanita. Ketakutan dan kekhawatiran dapat bercampur menjadi satu dengan kegembiraan dan kebahagiaan. Ketegangan, kecemasan, dan ketakutan merupakan

faktor yang berkontribusi pada persepsi wanita bersalin tentang nyeri yang dirasakan pada saat bersalin. Ada wanita bersalin yang gelisah dan mengeluh karena merasakan nyeri yang hebat, bahkan ada juga yang sampai berteriak-teriak. Tetapi ada juga wanita bersalin yang bersikap tenang dalam menjalani proses persalinannya.

Persepsi nyeri sangat bervariasi pada setiap wanita. Respon fisik ini merupakan respon yang dialami oleh partisipan yang diakibatkan karena adanya nyeri. Nyeri ini terjadi akibat dari kontraksi otot-otot rahim yang terjadi pada saat proses persalinan. Hasil transkrip yang diungkapkan oleh partisipan terkait dengan nyeri yang dirasakan yaitu sebagai berikut:

“...Pas saya kesakitan kan sampai teriak-teriak, terus lama prosesnya (proses pembukaan)...”(P1)

“,, kaya gitu si. Sakit (tertawa) perut sakit, sininya (punggung)”(P2). “Rasanya takut pas udah mulai tanda-tanda mau lahir. Takut sakitnya nanti pas bayinya lahir gimana...”(P3)

Sensasi nyeri persalinan merupakan nyeri yang berasal dari gerakan (kontraksi) rahim yang bersifat subyektif, ritmik dengan peningkatan frekuensi dan keparahan yang digunakan untuk mengeluarkan bayi. Intensitas nyeri sebanding dengan kekuatan kontraksi dan tekanan yang terjadi, nyeri bertambah ketika mulut rahim dalam dilatasi penuh akibat tekanan bayi terhadap struktur panggul diikuti regangan dan perobekan jalan lahir (Potter & Perry, 2005). Tinggi rendahnya nyeri ibu bersalin dipengaruhi oleh proses fisiologi kemajuan persalinan.

Asuhan pada masa persalinan bertujuan untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Asuhan sayang ibu antara lain memberi dukungan emosional, mengatur posisi yang nyaman bagi ibu, cukup asuhan cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk mobilisasi, termasuk ke kamar kecil.

Kala I persalinan mulai ketika telah tercapainya kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan *dilatasi serviks* yang progresif. Kala I persalinan selesai ketika *serviks* sudah membuka lengkap (sekitar 10 cm) sehingga memungkinkan kepala janin lewati. Oleh karena itu, kala I persalinan disebut stadium pendataran dan *dilatasi serviks* (Prawirohardjo, 2009).

b) Kebiasaan dan kepribadian ibu bersalin.

Keberhasilan penanganan dalam mengatasi nyeri dengan murottal berbeda-beda antara satu individu yang satu dengan yang lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh kebiasaan dan kepribadian individu tersebut. Oleh karena itu kebutuhan dan efektifitas manajemen nyeri persalinan antara satu dengan yang lainnya juga berbeda-beda. Ibu bersalin yang beragama islam pasti pernah mendengarkan ayat Al-Qur'an atau pernah membacanya. Walaupun kebiasaan setiap individu berbeda terhadap Al-Qur'an tetapi Al-Qur'an secara sifat memang telah terbukti sebagai obat (As-Syifa'). Proses persalinan merupakan poses yang fisiologis begitupula nyeri yang mengikutinya. Salah satu kebutuhan ibu bersalin saat menghadapi nyeri persalinan adalah cara mengurangi nyeri persalinan. Hasil transkrip sebagai berikut: "...Kadang-kadang (membaca Al-Qur'an), paling seminggu dua kali (tertawa)..." (P2, P3)

Perbedaan karakteristik ibu bersalin antara satu dengan yang lainnya dipengaruhi oleh kebiasaan dan kepribadian ibu bersalin. Keberhasilan penanganan dalam mengatasi nyeri dengan murottal berbeda-beda antara satu individu yang satu dengan yang lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh kebiasaan dan kepribadian individu tersebut. Oleh karena itu kebutuhan dan efektifitas manajemen nyeri persalinan antara satu dengan yang lainnya juga berbeda-beda.

Manajemen secara nonfarmakologis sangat penting karena tidak membahayakan bagi ibu maupun janin karena tidak mempunyai efek alergi maupun efek obat (Henderson & Jones, 2006). Hasil penelitian menyebutkan bahwa Al-Qur'an yang diperdengarkan akan memberikan efek relaksasi sebesar 65% (Alkahel, 2011). Murottal adalah membaca Al-Qur'an yang memfokuskan pada dua hal yaitu kebenaran bacaan dan lagu Al-Qur'an. Karena konsentrasi bacaan difokuskan pada penerapan tajwid sekaligus lagu, maka porsi lagu Al-Qur'an tidak dibawakan

sepenuhnya, tetapi hanya pada nada asli atau sedang. Membaca ayat-ayat Al-Qur'an terasa lebih indah dan menyentuh jika dilagukan dengan irama yang indah pula. Firman Allah *Ta'ala*: "*Dan bacalah Al-Qur'an itu dengan perlahan/tartil*"(Q.S Al Furqan:32)

c) Minat dan motivasi

Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan-perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Aktivitas yang dapat digunakan sebagai bagian dari teknik distraksi adalah teknik audio atau distraksi pendengaran dengan menggunakan murottal Al-Qur'an.

Al-quran merupakan firman Alloh SWT yang diturunkan kepada Nabi Muhammad SAW. Al-Qur'an diartikan sebagai bacaan, Al-Qur'an merupakan Petunjuk bagi orang yang beriman merupakan kitabnya orang Islam dan Al-Quran semata-mata bukan hanya kitab fikih yang membahas ibadah saja tetapi merupakan kitab yang membahas secara komprehensif baik bidang kesehatan atau kedokteran maupun bidang ilmu-ilmu lain. Beberapa hasil transkrip yang berhubungan dengan minat dan motivasi adalah:

"...Seneng kalo baca Al-Qur'an, seneng kalo ikut pengajian-pengajian..." (P1).  
"...Pas hamil suka muter murottal tapi bukan yang kemarin..." (P2). "...Sering di hp, dengerin murottal. Kalo baca kadang-kadang..."(P3)

Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan-perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Minat dan motivasi merupakan salah satu dorongan kejiwaan yang mendorong manusia untuk melakukan suatu tindakan, misalnya rangsangan, keinginan, tuntutan dan cita-cita (Slameto, 2010).

Persepsi terhadap suatu obyek bervariasi tergantung pada seberapa banyak energi yang digerakkan untuk mempersepsi. Kecenderungan seseorang untuk memperhatikan tipe tertentu dari stimulus atau dapat dikatakan sebagai minat. Pada

proses pelaksanaan intervensi dapat diketahui bahwa minat dan perhatian individu terhadap intervensi yang diberikan mempengaruhi perubahan respon nyeri dan respon psikis setiap ibu bersalin. Ibu bersalin yang memperhatikan dan memiliki minat terhadap intervensi yang diberikan terlihat lebih tenang secara psikis dan nyeri persalinan berkurang.

d) Proses belajar

Persepsi tidak terjadi begitu saja, tetapi melalui suatu proses. Persepsi merupakan bagian dari seluruh proses yang menghasilkan respon atau tanggapan yang dimana setelah rangsangan diterapkan kepada manusia. Persepsi auditori merupakan persepsi yang didapatkan dari indera pendengaran yaitu telinga. Seseorang dapat mempersepsikan sesuatu dari apa yang didengarnya. Saat membaca Al-Qur'an atau mendengar bacaan Al-Qur'an, maka yang membaca atau mendengar terutama disamping sisi orang sakit, disamping akan memperoleh kesembuhan juga membawa rahmat. Membaca Al-Qur'an atau mendengarkannya dapat mengurangi ketegangan susunan saraf secara spontan, sehingga bagi yang mendengarkan menjadi tenang, rileks, dan sembuh terhadap keluhan-keluhan fisik. Hasil transkrip sebagai berikut: "Kalo sakitnya tetep kerasa sakit tapi udah gak teriak-teriak lagi. Lebih tenang lah (tersenyum). Ya kaya tadi sama jadi lebih tenang kalo denger murottal. Jadi tenang, ngikutin bacaannya yang dihafal sambil baca-baca dzikir inget Allah. Jadi gak teriak-teriak terus"(P1)  
"...Rasanya sakit apa mungkin karena tambah pembukaan ya (tertawa). Jadi lebih tenang aja si. Lebih tenang pas ndengerin (murottal)"(P2) "Suka bacaanya walaupun gak hafal. Senenglah jadi lebih tenang. Seneng pas mulai diputer murottal jadi lebih tenang jadi gak berisik suara-suara orang-orang yang nunggu"(P3)

Persepsi adalah proses individu dalam menginterpretasikan, mengorganisasikan dan memberi makna terhadap stimulus yang berasal dari lingkungan di mana individu itu berada yang merupakan hasil dari proses belajar dan pengalaman (Asrori, 2009). Unsur penting dalam persepsi yakni interpretasi dan pengorganisasian. Interpretasi merupakan upaya pemahaman dari individu terhadap informasi yang diperolehnya. Sedangkan perorganisasian adalah proses mengelola informasi tertentu agar memiliki makna. Proses intervensi menggunakan murottal



merupakan hal yang baru bagi ibu bersalin maupun bidan yang memberikan pelayanan. Intervensi diberikan selama satu jam proses persalinan ketika ibu bersalin telah mengalami his yang adekuat. Rentang waktu satu jam di asumsi dapat membuat ibu bersalin beradaptasi dengan murottal yang diberikan. Murottal yang digunakan adalah juz 30 dalam Al-Qur'an yang di asumsi sebagai ayat familiar bagi ibu bersalin.

e) Harapan terhadap manajemen nyeri persalinan

Nyeri persalinan merupakan perubahan besar yang terjadi dalam kehidupan seorang wanita – transisi untuk ibu; interaksi hormon yang kompleks dan perubahan kimia membantu dia mempersiapkan diri untuk menyambut bayinya. Kemudian berkembanglah berbagai cara untuk dapat menatalaksana nyeri saat bersalin. Keefektifan dan kepuasan penatalaksanaan nyeri pada tiap wanita bersalin berbeda-beda.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi menuntut tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang komprehensif kepada pasien. Manajemen nyeri persalinan menjadi suatu kebutuhan ibu bersalin dan juga sebagai bentuk pelayanan prima yang diberikan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lain yang menolong ibu saat proses persalinan. Hasil transkrip adalah sebagai berikut: "...Semoga pas (persalinan selanjutnya) ada suami dirumah jadi ditemani (suami), jadi gak bingung" (P1). "Paling kalo pas krasa sakit banget dipijit-pijit. Perutnya diusap-usap sama sini (memegang punggung)" (P2). "Pengennya dipijitin terus pas mbandreng (kontraksi kuat) jangan berhenti" (P3)

Berdasarkan dari hasil wawancara yang dilakukan dapat diketahui bahwa bidan pemberian pelayanan mengharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi program inovasi bagi Puskesmas. Program ini dapat membantu bidan dalam proses pelayanan persalinan. Ibu bersalin yang mengalami nyeri lebih mudah menerima informasi dan edukasi yang diberikan oleh bidan ketika diperdengarkan murottal.

Walaupun demikian, sebagian besar ibu bersalin lebih menginginkan pijatan pada daerah yang mengalami nyeri dan atau menginginkan pendamping orang terdekat saat proses persalinan. Hal ini akan menjadi lebih baik apabila proses terapi murottal dan harapan ibu tentang kebutuhan pijatan dan pendamping orang terdekat dilakukan secara kombinasi. Hal ini sejalan dengan penelitian Heni (2013)

tentang kebutuhan ibu bersalin yaitu pijatan ketika nyeri kontraksi dan pendampingan orang terdekat ketika proses persalinan.

f) Peran / latar belakang keluarga

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan. Dukungan memiliki dampak pada bagaimana perempuan mengatasi rasa nyeri persalinan. Dukungan emosional, kenyamanan, informasi dapat meningkatkan kontrol perempuan dalam mengurangi kebutuhan untuk intervensi obstetri. Ibu bersalin membutuhkan dukungan emosional dari orang terdekat. Pendamping kelahiran terus memainkan peran penting, menawarkan cinta, keyakinan, dan pujian, kadang-kadang bertindak sebagai advokasi. Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosial budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan tentang nyeri. Hasil transkrip adalah sebagai berikut:

“Kan yang mendampingi kakak ipar saya, setuju pas bidannya bilang mau diputarkan murottal”(P1). “He em, keluarga setuju, gak apa-apa diputarkan (murottal saat proses persalinan)” (P2). “Sama (setuju) seneng ada suara di setel murottal” (P3)

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan (Peterson & Bredow, 2004). Hasil penelitian membuktikan bahwa dukungan persalinan yang berkelanjutan memberikan keuntungan yang mengesankan. *Review* dari *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* menginformasikan bahwa dukungan yang berkelanjutan dalam persalinan sangat menguntungkan dibanding yang tidak memperoleh dukungan persalinan secara kontinyu. Ibu yang mendapat dukungan persalinan secara kontinyu, lebih sedikit yang mengalami persalinan dengan tindakan seperti: Seksio Sesarea, Vakum Ekstraksi, dan Anastesi persalinan seperti Epidural. Dukungan persalinan akan lebih efektif jika orang yang akan mendukung ibu tidak merupakan bagian dari tim rumah sakit tersebut. Dan sebaiknya dukungan tersebut dimulai sejak awal persalinan.

Pada jaman dahulu, perempuan belajar tentang persalinan dari ibu dan saudara perempuannya. Persalinan berlangsung di tempat yang familiar dengan mereka yang memberikan suasana yang nyaman. Tradisi dan ritual yang ada termasuk sentuhan dan masase dalam persalinan, memberikan keyakinan bahwa mereka mampu untuk melahirkan dengan baik. Selama proses persalinan, mereka akan ditemani oleh keluarga, dan kaum perempuan yang bijaksana, yang terus memberikan dukungan yang membesarkan hati mereka dalam menjalani proses tersebut. Bidan yang berada pada seting komunitaslah yang menolong hampir sebagian besar persalinan pada jaman itu. Tahun 1960 organisasi Lamaze berhasil memperjuangkan pasangannya untuk masuk kedalam ruang bersalin. Pasangan tersebut memberikan support emosi yang spesial, karena mereka akan terus hadir untuk menemani sampai anaknya lahir. Hal ini membuat para ibu tidak melewati proses persalinan seorang diri (Green, 2007).

g) Pengetahuan dan informasi yang diperoleh

Kepuasan wanita dengan pengalaman melahirkan secara positif dipengaruhi oleh bidan yang memberikan pelayanan, asuhan berkesinambungan, dukungan terus-menerus selama persalinan, kualitas asuhan, dan kualitas dukungan providernya. Primipara mengalami nyeri yang lebih besar pada awal persalinan, sedangkan multipara mengalami peningkatan tingkat nyeri setelah proses persalinan dengan penurunan cepat pada persalinan Kala II. Metode distraksi menggunakan audio murottal merupakan metode yang baru diterapkan pada proses persalinan. Beragamnya irama yang digunakan untuk membaca Al-Quran dapat menimbulkan pengalaman yang baru bagi yang mendengarnya. Walaupun demikian, bagi ibu bersalin yang beragama islam sekurang-kurangnya pernah mendengarkan murottal Al-Qur'an baik ketika hamil maupun saat sebelum hamil. Hasil transkrip adalah sebagai berikut:

“Jarang mendengar murottal yang jenis ini, belum pernah mendengar yang seperti kemarin”(P1)

“Yang kayak kemarin (teknik murottal yang digunakan saat persalinan) belum pernah denger, beda (jenis murottal)” (P2). “Pas hamil saya suka muter murottal tapi bukan yang kemarin”(P3)

Menurut Slameto (2010) pengertian persepsi adalah proses yang berkaitan dengan masuknya pesan atau informasi kedalam otak manusia, melalui persepsi manusia terus menerus mengadakan hubungan dengan lingkungannya. Hubungan ini dilakukan lewat inderanya, yaitu indera penglihat, pendengar, peraba, perasa, dan pencium. Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud persepsi adalah proses menerima, membedakan, dan memberi arti terhadap stimulus yang diterima alat indra, sehingga dapat memberi kesimpulan dan menafsirkan terhadap objek tertentu yang diamatinya. Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan-perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Pada dasarnya proses terbentuknya persepsi ini terjadi dalam diri seseorang, namun persepsi juga dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, dan pengetahuannya.

## **KESIMPULAN**

Hasil penelitian kualitatif memperoleh tujuh tema yang teridentifikasi dan saling berhubungan dengan tujuan khusus, yaitu keadaan fisik dan perasaan, harapan, kebiasaan/kepribadian, minat/motivasi, dan proses belajar peran dan latarbelakang keluarga, pengetahuan dan informasi yang diperoleh.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abushaika, L dan Oweis, A., (2005) *Labor Pain Experience and intensity: a Jordanian Perspective*, international Journal Nursing Practice.
- Alehagen, S., et al, (2005), *Fear, Pain and Stress Hormones During Childbirth*, Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology
- Alkahel, A. (2011) *Al-Qur'an 's the Healing*. Jakarta: Tarbawi Press.
- Asrori, Mohammad. (2009). *Psikologi Pembelajaran*. Bandung: CV Wacana Prima
- Asman Oren, (2008) *Quranic Healing For Spiritual Ailments: Between Tradition, Religious Law and Contemporary Law*, Medical Law, Eyozmort
- Bobak, M.I., lowdermilk, et al., (2004) *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Terjemahan Oleh Wijayarni, M.A dan Anugerah, P.I edisi ke -4. Jakarta. EGC
- Elzaky, J. (2011). *Mukjizat Kesehatan Ibadah*. Jakarta: Penerbit Zaman.
- Fraser M. Diane, et al, (2009), *Myles Buku Ajar Bidan*, Jakarta: EGC
- Green J, Amis A, Barbara A., (2007) *Continuous Labor Support*. Journal of Perinatal Education. Vol.16: 25-28
- Habanananda, T., (2004), *Non-Pharmacological Pain Relief In Labour*, Journal Medical Association Thailand
- Kementerian Agama. (2011). *Al-Qur'an dan Terjemahnya*. Semarang : TOHA.
- Lameshow, S., Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1997). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan (Terjemah : Pramono)*. Jogjakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Camera, I. M. (2011) *Medical-Surgical Nursing : Assesment And Management Of Clinical Problems*. USA: Elsevier-Mosby.
- Mander dan Rosmary, (2004), *Nyeri Persalinan*, Jakarta: EGC.
- Mohamad Judha, et al, (2012) *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*, Yogyakarta : Nuha Medika
- Qadri, M. A. (2003) *Quranic Therapy Heal Yourself*. USA: Islamic Educational Cultural Research Center of North America
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik* (terjemah : Komalasari et.al) . Jakarta: EGC.

Prawirohardjo, Sarwono, (2009) *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta: PT. Bina Pustaka

Simkin, Penny (2005, *Buku Saku Persalinan*, Jakarta: EGC

Slameto. (2010). *Belajar dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta : Rineka Cipta

Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2002) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC : Jakarta

Yuliatun, Laily. (2008) *Penanganan Nyeri Persalinan dengan Metode Nonfarmakologi*. Malang: Bayumedia Publishing

# **PENCAPAIAN STANDAR NASIONAL PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (SN-PKPR) DI PUSKESMAS KOTA PALEMBANG**

**Tiara Pratiwi, Sri Handayani, Yuli Isnaeni**  
email: tiara.pratiwi@gmail.com

## **ABSTRAK**

**Latar Belakang** : Remaja merupakan populasi terbesar di dunia yang rentan terhadap perilaku beresiko terhadap kesehatan. Upaya Pemerintah dalam mengatasi masalah remaja yaitu dengan Program Pelayanan Kesehatan Peduli oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2003.

**Tujuan Penelitian** : Dapat diketahui pencapaian Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SN-PKPR) di Puskesmas Kota Palembang.

**Metode Penelitian** : Desain penelitian deskriptif kualitatif, metode yang digunakan melalui observasi dan wawancara mendalam yang melibatkan 10 informan berbagai disiplin Ilmu terkait di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Palembang.

**Hasil** : Pelaksanaan PKPR sudah mengacu pada SN-PKPR. Pencapaian standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja (SN-PKPR) pada 7 Puskesmas dengan kategori paripurna dan optimal. Standar jejaring dan manajemen kesehatan masih belum maksimal pelaksanaannya.

**Kesimpulan** : Pelaksanaan PKPR sudah berjalan, tetapi perlu optimalisasi dan penguatan peran lintas sektoral serta manajemen kesehatan. Perlunya jangkauan seluruh remaja dan sinkronisasi dengan Dinas Pendidikan dan Departemen agama serta Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan PKPR.

**Kata Kunci** : Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Remaja

## **PENDAHULUAN**

Remaja merupakan populasi terbesar di dunia yang rentan berperilaku beresiko, oleh karena itu remaja perlu mendapatkan perhatian yang serius, mengingat bahwa remaja rentan terhadap perilaku beresiko (BKKBN, 2011).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) bahwa tiap tahunnya ada 340 juta kasus baru infeksi bakteri lewat hubungan seksual, ada berjuta kasus infeksi sehubungan dengan HIV terjadi setiap tahunnya yang sebagian besar dari 4,1 juta infeksi baru HIV menyerang remaja berusia 15-24 tahun (WHO, 2011).

Menurut data BAPPENAS, UNFPA dan BKKBN diketahui bahwa separuh dari 63 juta jiwa remaja berusia 10 sampai 24 tahun di Indonesia rentan berperilaku tidak sehat. Salah satu yang paling menonjol di kalangan remaja saat ini, adalah masalah seksualitas (hamil di luar nikah, aborsi, terinfeksi penyakit menular seksual) serta penyalahgunaan narkoba (BKKBN, 2010).

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) merupakan upaya pemerintah dalam mengatasi masalah remaja yang diadopsi dari WHO yaitu *Adolescent Friendly Health Services* (AFHS). PKPR mulai dibentuk pada tahun 2003 yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi dan perilaku hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja (Profil Kesehatan Indonesia, 2013).

Pelaksanaan program PKPR di Indonesia masih belum berjalan sesuai harapan dan belum menunjukkan berjalan dengan maksimal, hal tersebut dilihat dari data Bina Kesehatan Anak Kementerian (2015) yaitu Puskesmas yang menyelenggarakan program PKPR sejumlah 2999 Puskesmas. Puskesmas telah memenuhi cakupan mampu laksana PKPR ada di 12 Provinsi dan 22 Provinsi masih dibawah cakupan nasional dengan target cakupan 90% pada Tahun 2014 (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian Hadiningsih (2013) dan Agustina (2014) diketahui bahwa implementasi program masih belum berjalan dengan maksimal, hal ini disebabkan oleh : 1) Penyaluran informasi dari Puskesmas kepada sasaran program masih kurang, 2) Sumberdaya di Puskesmas dalam pelaksanaan program PKPR masih sangat kurang dan masih banyak petugas yang belum tersertifikasi, 4) Saran prasarana pendukung berjalannya program masih dirasa sangat kurang, 5) Keterbatasan dana belum bisa mengcover pemenuhan sarana prasara kegiatan program PKPR, dan 6) Standar operasional prosedur (SOP) yang belum ada menjadi kendala dalam pelaksanaan program ini. Menindaklanjuti hal tersebut pada tahun 2014 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan pedoman standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja sebagai upaya untuk mendorong *provider* khususnya Puskesmas agar mampu memberikan pelayanan yang *komprehensif*, sesuai dan memenuhi kebutuhan remaja sehingga adanya suatu standar untuk mengukur dan menjamin mutu penyelenggaraan PKPR di Puskesmas secara berkesinambungan, sistematis dan objektif. Namun program PKPR juga kurang mendapat perhatian dari Pemerintah Daerah, terlihat dari program ini tidak termasuk ke dalam program prioritas dan dari kajian profil kesehatan didapat bahwa masih kurangnya perhatian pemerintah dalam menyoroti program PKPR dimana kesehatan remaja bagian dari program kesehatan ibu dan anak.

Sumatera Selatan masuk dalam kategori dari enam Provinsi yang mampu



memenuhi standar memiliki minimal empat puskesmas dengan tata kelola program PKPR pada tahun 2012 (profil kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2013). Cakupan nasional mampu laksana PKPR Provinsi Sumatera Selatan yaitu sebesar 70,59% (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data dinas kesehatan Kota Palembang pada tahun 2014, 35 puskesmas yang telah melaksanakan program PKPR sesuai standar. Pelaksanaan PKPR telah dilakukan menjangkau kelompok remaja melalui kegiatan penyuluhan ke sekolah dan pendidikan sebaya (*peer conselour*) tetapi ketercapaian program PKPR kota Palembang belum dirasa maksimal, masih rendahnya cakupan *peer counselor* padahal menurut penelitian Webel et al (2010) menemukan bahwa intervensi berbasis-peer difasilitasi perubahan penting dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk aktivitas fisik, merokok, dan penggunaan kondom, dengan kecil untuk efek menengah.

Pemerintah belum memprioritaskan program kesehatan remaja terlihat dari profil kesehatan kota Palembang Tahun 2012 sampai 2014 yang kurang menyoroti masalah kesehatan remaja serta bagaimana berjalannya program pelayanan kesehatan remaja itu sendiri. Padahal departemen kesehatan menghimbau agar pemerintah daerah tingkat Kabupaten/Kota serta pemangku kebijakan yang berkepentingn dapat membentuk dan mengembangkan program PKPR di puskesmas (Depkes, 2008).

Berdasarkan Al- Qur'an surah An- Nahl : 125

ادْعُ إِلَى سَبِيلِ رَبِّكَ بِالْحُكْمَةِ وَالْمَوْعِظَةِ الْحَسَنَةِ وَجَادِلْهُمْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ إِنَّ رَبَّكَ هُوَ أَعْلَمُ بِمَنْ ضَلَّ عَنْ سَبِيلِهِ وَهُوَ أَعْلَمُ بِالْمُهْتَدِينَ (125)

Allah SWT berfirman : “Serulah manusia kepada jalan Allah dengan hikmah dan pelajaran yang baik dan bantulah pula dengan cara yang baik...”. Dalam ayat ini Allah SWT memberikan pedoman-pedoman tentang cara mengajak manusia ke jalan dengan meletakkan dasar-dasar seruan untuk pegangan bagi umatnya sebagai *hikmah*.

Program Kesehatan Peduli Remaja merupakan upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang sangat berperan dalam pemecahan masalah remaja. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan program PKPR berdasarkan SN-PKPR.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif yang melibatkan 10 informan dari 3 kategori pelayanan PKPR yaitu puskesmas nagaswidak dengan pelayanan paripurna, puskesmas social dengan pelayanan optimal dan puskesmas 7 Ulu dengan pelayanan minimal.

Subjek penelitian yaitu seluruh Puskesmas yang telah melakukan pelayanan PKPR yang berjumlah 7 Puskesmas di Kota Palembang. Dari 7 Puskesmas, peneliti melakukan observasi dan penilaian pada tiga Puskesmas yang belum diketahui pencapaian SN-PKPR oleh Dinas Kesehatan Kota Palembang yaitu Puskesmas Sosial, Puskesmas Kampus dan Puskesmas Bukit Sangkal.

Peneliti melakukan wawancara dengan narasumber yang dapat memberikan data atau informasi sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pencapaian Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SN-PKPR) yang dilaksanakan di kota Palembang dalam rangka peningkatan derajat kesehatan remaja.

Pertama melakukan wawancara dan observasi ke 3 dari 7 Puskesmas terpilih berdasarkan kriteria SN-PKPR dan kriteria Puskesmas yang mewakili wilayah kecamatan serta mewakili letak demografinya. Instrumen yang digunakan yakni instrumen evaluasi monitoring SN-PKPR dari Kementerian Kesehatan Tahun 2014. Setelah mendapat kategori pencapaian SN-PKPR berupa kategori pelayanan 1) Paripurna (skor  $\geq 80\%$ ), 2) Optimal (skor 60% - 79,99 %) dan 3) Minimal (skor  $<60\%$ ).

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dimana dari data pengkajian kegiatan PKPR dengan buku panduan Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Remaja (SN-PKPR) diketahui kategori pelaksanaan PKPR di suatu puskesmas kemudian dilakukan wawancara mendalam. Data yang diperoleh akan dianalisis secara kualitatif kemudian diuraikan dalam bentuk deskriptif.

Teknik analisis data kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan langkah-langkah seperti yang dikemukakan oleh Burhan Bungin (2003), yaitu 1) Pengumpulan Data (*Data Collection*), kegiatan pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan wawancara dan studi dokumentasi 2) Reduksi Data (*Data Reduction*), reduksi dilakukan sejak pengumpulan data dimulai dengan membuat ringkasan, mengkode, menelusur tema, membuat gugus-gugus 3) Display Data, pendeskripsian sekumpulan informasi yang disajikan dalam bentuk

berbentuk matrik dan teks naratif. 4) Verifikasi dan Penegasan Kesimpulan (*Conclusion Drawing and Verification*), interpretasi dalam menemukan makna data yang telah disajikan.

## HASIL PENELITIAN

Dalam rangka menjamin mutu PKPR yang dapat diukur, merata dan ajeg maka tersusunlah Standar Nasional PKPR (SN-PKPR) pada tahun 2014. Standar nasional PKPR mengatur lima aspek dalam penyelenggaraan PKPR yaitu pertama, sumber daya manusia kemudian fasilitas kesehatan, remaja, jejaring dan manajemen kesehatan (Kemenkes, 2014). Berikut pencapaian Standar Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SN-PKPR) di kota Palembang

Tabel 4.3. Pencapaian Standar Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (SN-PKPR) Kota Palembang

No	Aspek Standar	Skor Maksimal	Nama Puskesmas						
			Paripurna		optimal			minimal	
			Merdeka (%)	Nagaswidak (%)	Sosial (%)	Kampus (%)	B.san g-kal (%)	Keramasan (%)	7 Ulu (%)
1	Tenaga Kesehatan	60	60 (100%)	54 (90%)	32 (53%)	42 (70%)	42 (70%)	39 (65%)	19 (31,6%)
2	Fasilitas Kesehatan	124	124 (100%)	122 (98,3%)	92 (79%)	84 (67,7%)	85 (68,5%)	98 (79%)	31 (25%)
3	Remaja	70	70 (100%)	56 (80%)	47 (67%)	58 (83%)	58 (83%)	39 (55,7%)	41 (58,5%)
4	Jejaring	18	18 (100%)	12 (66,6%)	7 (38,8%)	6 (33,3%)	12 (66,6%)	8 (44,4%)	3 (16,6%)
5	Manajemen Kesehatan	70	53 (75,5%)	60 (85,7%)	31 (44,2%)	45 (64,2%)	49 (70%)	33 (47,1%)	27 (38,5%)
Total	Standar Nasional	342	325 (95%)	304 (88,8%)	209 (61,1%)	235 (68,7%)	246 (72%)	217 (63,4%)	121 (35,4%)

Pencapaian SN-PKPR Puskesmas Merdeka mencapai skor 325 (95%) dengan kategori Pelayanan Paripurna, Puskesmas Nagaswidak dengan skor 304 (88,8%) kategori Pelayanan Paripurna, Puskesmas Keramasan mencapai skor 217 (63,4%) kategori pelayanan optimal, Puskesmas Sosial mencapai skor 209 (61,1%) kategori pelayanan optimal, Puskesmas Kampus mencapai skor 235 (68,7) kategori Pelayanan

Optimal dan Puskesmas Bukit Sangkal mencapai skor 246 (71,9) kategori Pelayanan Optimal dan Puskesmas 7 Ulu mencapai skor 121 (35,3%) kategori pelayanan minimal. Pelaksanaan PKPR ke-7 Puskesmas, terdapat 2 Puskesmas dengan pencapaian SN-PKPR Pelayanan Paripurna yaitu Puskesmas Nagaswidak dan Merdeka, 3 Puskesmas dengan Pelayanan Optimal yaitu Puskesmas Sosial, Puskesmas Kampus, dan Puskesmas Bukit Sangkal serta 1 Puskesmas dengan Pelayanan Minimal yaitu Puskesmas Ulu. Pencapaian standar pelayanan PKPR di Puskesmas dengan kategori Pelayanan Paripurna, diketahui bahwa dari kelima standar pada umumnya sudah baik, meskipun standar jejaring dengan skor 12 (66,6%) pada Puskesmas Nagaswidak dan standar manajemen kesehatan dengan skor 53 (75%) pada Puskesmas Merdeka tergolong cukup baik akan tetapi secara keseluruhan kedua puskesmas tersebut sudah melaksanakan pelayanan dengan baik.

Pada keempat Puskesmas diketahui bahwa pencapaian dari keempat standar sudah cukup baik, sedangkan standar jejaring masih kurang dan perlu optimalisasi. Puskesmas Sosial yang menjadi salah satu puskesmas dengan pelayanan optimal masih kurang pada pencapaian standar tenaga kesehatan, jejaring dan manajemen kesehatan. Puskesmas yang memiliki capaian standar PKPR 121 (35,4%) dengan kategori minimal yaitu puskesmas 7 Ulu, dari tabel 4.3 dapat dilihat bahwa dari kelima standar pencapaiannya masih kurang baik.

Pencapaian standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja (SN-PKPR) pada ke-7 Puskesmas dengan kategori Paripurna, Optimal dan minimal diketahui bahwa standar jejaring dan manajemen kesehatan yang pemenuhannya masih belum maksimal dalam pelaksanaannya.

## **PEMBAHASAN**

Pelaksanaan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) sebagai upaya optimalisasi pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas sudah berjalan tetapi belum optimal. Di setiap puskesmas sudah dibentuk tim PKPR dan kegiatan –kegiatan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) yang telah dilaksanakan seperti memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas PKPR, melakukan pembinaan pada minimal 1 (satu) sekolah dalam 1 (satu) tahun di sekolah wilayah kerja puskesmas, dengan minimal melaksanakan

kegiatan KIE di sekolah binaan 1-2 kali dalam setahun, melatih konselor sebaya di sekolah minimal sebanyak 10% dari jumlah murid sekolah binaan. Pelaksanaan PKPR di Puskesmas berdasarkan pencapaian SN-PKPR :

1. Pelaksanaan PKPR di Puskesmas dengan kategori Pelayanan Paripurna sudah baik, akan tetapi perlu adanya optimalisasi peran dan fungsi jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR. Perlu adanya kebijakan dan sistem manajemen yang mampu menjamin peningkatan kualitas PKPR sehingga pencapaian yang sudah didapat bisa terus ditingkatkan, dengan optimalisasi pelaksanaan berdasarkan seluruh standar nasional PKPR.
2. Pelaksanaan PKPR di Puskesmas dengan kategori pelayanan optimal sudah cukup baik dalam pencapaian di setiap standar pelayanan, berdasarkan pencapaian pelaksanaan PKPR per standar masih kurangnya peran dan fungsi tim PKPR yang kompeten (mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan) untuk melaksanakan PKPR sesuai dengan Standar dan pedoman yang berlaku. perlu adanya optimalisasi peran dan fungsi jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR. Adanya kebijakan dan sistem manajemen yang mampu menjamin peningkatan kualitas PKPR sehingga pencapaian yang sudah didapat bias terus ditingkatkan, dengan optimalisasi pelaksanaan pelayanan berdasarkan seluruh standar nasional PKPR. Pencapaian dalam pelaksanaan berdasarkan acuan SN-PKPR dapat meningkatkan kualitas pelayanan PKPR sehingga tercapainya tujuan PKPR.
3. Pelaksanaan PKPR di puskesmas dengan kategori pelayanan minimal dalam pelaksanaan berdasarkan standar masih kurang baik dalam peran dan fungsi tim PKPR, ketersedia dan berfungsinya fasilitas kesehatan mampu laksana PKPR dengan pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan remaja, prosedur dan tata laksana yang ramah remaja, serta didukung sarana, prasarana, termasuk peralatan dan obat-obatan yang memadai, kegiatan PKPR sudah berjalan menjangkau remaja di sekolah tetapi masih minimnya pemanfaatan berbagai jenis dan tempat layanan kesehatan sesuai kebutuhan, kurangnya peran dan fungsi jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR, kurangnya kebijakan dan sistem manajemen

yang mampu menjamin peningkatan kualitas PKPR terkait pencatatan dan pelaporan sudah dilakukan di setiap puskesmas serta evaluasi monitoring supervise fasilitatif sebagai upaya peningkatan pelayanan.

Pelaksanaan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja secara umum sudah dilaksanakan dengan baik, hal ini dilihat dari adanya pembentukan peer counselor dan penyuluhan di sekolah serta sudah dianggarkan setiap tahunnya. Petugas sudah melaksanakan pelayanan mengikuti panduan yang sudah ada, akan tetapi dalam pelaksanaannya masih belum maksimal yang mengacuh pada Standar Nasional PKPR. Kemampuan dan motivasi petugas PKPR dalam melaksanakan program ini sudah cukup baik dilihat dari pemenuhan cakupan konselor remaja sekolah (10%) di wilayah kerja puskesmas, akan tetapi penjangkauan masalah remaja di wilayah kerja puskesmas di luar sekolah belum berjalan, pelayanan PKPR hanya menjangkau remaja sekolah.

Berdasarkan hasil penelitian webel et al (2010), “A Systematic Review of the Effectiveness of Peer-Based Interventions on Health-Related Behaviors in Adults,” bahwa intervensi berbasis-peer difasilitasi perubahan penting dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk aktivitas fisik, merokok, dan penggunaan kondom, dengan kecil untuk efek menengah .

Dalam pelaksanaan program masih kurangnya kebijakan dan sistem manajemen yang mampu menjamin peningkatan kualitas PKPR terkait pelaporan, monitoring evaluasi serta supervisi fasilitatif sebagai upaya optimalisasi pelaksanaan PKPR. Padahal menurut hasil penelitian Bosch, et. all., (2011), “*Managerial supervision to improve primary health care in low and middle-income countries (Review)*” bahwa adanya efek pengawasan terhadap masyarakat atau berbaring petugas kesehatan, pengawasan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dibandingkan dengan tidak ada pengawasan, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengawasan memiliki manfaat kecil pada praktek petugas kesehatan dan pengetahuan. Pemantauan dan evaluasi dilakukan akan tetapi belum sesuai dengan acuan yang ada seperti instrument pemantauan yang digunakan dalam melakukan supervisi dan monitoring evaluasi. Perlunya optimalisasi manajemen kesehatan sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan sehingga pencapaian yang sudah didapat bisa terus ditingkatkan berdasarkan seluruh standar nasional PKPR.

## **KESIMPULAN**

Pelaksanaan PKPR sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman pelaksanaan PKPR, pencapaian SN-PKPR (Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di 7 Puskesmas. Pelaksanaan PKPR berdasarkan acuan SN-PKPR di setiap Puskesmas masih kurang optimal peran dan fungsinya jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait, dan lembaga swadaya masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan PKPR masih kurang serta pelaksanaan PKPR hanya menjangkau remaja di sekolah.

## **SARAN**

### **1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Palembang**

Mengadakan sinkronisasi program PKPR dengan pihak Dinas Pendidikan, Departemen Agama terkait pelaksanaan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di sekolah sehingga peran dan fungsi lintas sektor berjalan optimal.

### **2. Bagi Puskesmas Kota Palembang**

a. Optimalisasi pelaksanaan PKPR, penguatan peran fungsi lintas sektor dengan adanya refreshing kebijakan sehingga adanya feedback dari pihak terkait seperti sekolah. Perlunya sosialisasi terkait program PKPR, pendampingan dan peran serta fungsi konselor remaja (*peer counselor*) saat awal pembentukan konselor remaja.

b. Pelaksanaan PKPR menjangkau seluruh remaja di wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan pemangku kepentingan yang mempunyai kegiatan dengan sasaran remaja seperti LSM, UPTD pendidikan, agar hak setiap remaja sama dalam mendapat pelayanan kesehatan.

### **3. Bagi Petugas Kesehatan**

Kerjasama yang baik dengan semua pihak terkait pelaksanaan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) dengan membuat group pada aplikasi WhatsApp antara petugas PKPR di puskesmas dan di sekolah agar lebih memudahkan berkomunikasi mengenai kegiatan konselor sebaya.

### **4. Bagi Konselor**

Meningkatkan keaktifan konselor sebaya dalam memberikan konseling pada teman sebaya dan perlu adanya pemantau dari sekolah pada pelaksanaan tugas konselor.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., Rachmawati, N.I., 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Rajawali Pres Edisi 1 Cetakan ke-1. Jakarta.
- Agustina, T. 2013. *Analisis Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) pada Remaja Tahun 2010*. Semarang.
- Allison R. Webel, RN, PhD, Jennifer Okonsky, RN, MA, NP, Joyce Trompeta, PNP, PhD, and William L. Holzemer, RN, PhD. 2010. A Systematic Review of the Effectiveness of Peer-Based Interventions on Health-Related Behaviors in Adults. *American Journal of Public Health*
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Arsani N.L.K.A, Agustini, P., 2013. *Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng*. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*.
- Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P, 2011. *Managerial supervision to improve primary health care in lowand middle-income countries (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- Bungin, B. 2013. *Metodologi Penelitian Sosial & Ekonomi: Format-format Kuantitatif dan Kualitatif untuk Studi Sosiologi, Kebijakan Publik, Komunikasi, Manajemen, dan Pemasaran*. Jakarta: Kencana.
- Dalal A, Chauhan SR, Bala DV, 2015. *Adolescent Friendly Health Service Clinics: Gateway to Healthy adolescence*. *International Journal of Current Research and Academic Review*.
- Dani Saputra, 2013. *Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Pacaran Remaja Sumatera Selatan*. BKKBN. Sumatera Selatan
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Pedoman Operasional Pelayanan Terpadu Kesehatan Reproduksi di Puskesmas*.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Pedoman Perencanaan: Pembentukan dan Pengembangan Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kabupaten/Kota*.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia*.



Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan*.

Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2014. *Profil Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD)*.

Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2012 Fadhlina, D. (2012). Pelaksanaan PKPR 2012. <http://pkpr.datainformasi.net/berita-101-pelaksanaanpelayanan-kesehatan-peduliremaja-pkpr.html>

FK UGM tentang Kebijakan AIDS Indonesia. <http://www.kebijakanaidsendonesia.net/id/dokumen-kebijakan/tata-kelola/438-kebijakan-penanggulangan-aids-dan-kebijakan-anti-protitusi>

Hadiningsih. 2013. *Analisis Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) pada Remaja*.

Info Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Sexual Health Reproductiv*. Kementerian Kesehatan RI

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>

Komisi Penanggulangan AIDS SUMUT,2007. <http://kpa-provsu.org/vct.php>

Notoadmodjo, S. 2011. *Kesehatan Masyarakat*: Jakarta: Rineka Cipta.

Nuzulia Rahayu, 2013. Universitas Sumatera Utara. *Pengaruh Kegiatan penyuluhan Dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Terhadap pengetahuan dan Sikap remaja tentang Seks Pranikah di SMAN 1 Lubuk Dalam Kabuapten Siak Sri Indrapura Tahun 2013*. Sumatera Utara.

Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. 2013. [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2012/06\\_Profil\\_Kes\\_Prov.SumateraSelatan\\_2012.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/06_Profil_Kes_Prov.SumateraSelatan_2012.pdf)

PKPR Departemen Kesehatan RI. 2008 HIV/AIDS. <http://pkprdepkes.blogspot.com/search/label/HIV%2FAIDS>

Sugiyono., (2014). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantatif, Kualitatif, dan R&D)*. Alfabeta Cetakan ke-20. Bandung.

Sumatera Ekspres. 2015. *20 Tahun Hampir 2.000 Penderita HIV-AIDS*. Hal. 20

BKKBN (*Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional*), BPS (*Badan Pusat Statistik*), Kementerian Kesehatan. 2013. *Survei Dasar Kesehatan*. Jakarta.

# ANALISIS PEMANFAATAN BUKU KIA OLEH IBU BADUTA DI PUSKESMAS TEGALREJO KOTA YOGYAKARTA

Ellyda Rizki Wijhati, Purnomo Suryantoro, Dewi Rokhanawati  
email: ewijhati@ymail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Buku KIA berisi catatan kesehatan ibu dan anak, serta berbagai informasi kesehatan cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Di Indonesia buku KIA kurang dimanfaatkan secara optimal, terbukti dengan rendahnya kesadaran ibu untuk membaca pesan yang terdapat dalam Buku KIA.

**Tujuan :** Menganalisis pemanfaatan buku KIA oleh ibu baduta.

**Metode :** Jenis penelitian adalah deskriptif eksplanatori. Variabel terikat yaitu pemanfaatan buku KIA. Populasi penelitian yaitu ibu yang memiliki anak bawah usia dua tahun (0-23 bulan), teknik pengambilan sampel *Cluster Random Sampling* sejumlah 119 ibu baduta. Analisis data meliputi analisis univariat.

**Hasil :** 51,3% ibu memiliki tingkat pemanfaatan buku KIA yang kurang. terdapat 90,7% ibu menyatakan selalu membawa buku KIA saat berkunjung ke posyandu dan 88,2% fasilitas kesehatan, terutama untuk melakukan imunisasi, namun buku KIA tidak dibawa pada saat memeriksakan anak sakit. Rata-rata ibu membaca buku KIA sebanyak 49,6%, sebanyak 68% ibu memahami informasi yang telah dibaca. Penerapan pesan buku KIA paling banyak digunakan dalam pemberian imunisasi sesuai jadwal (82%) dan hanya sebagian ibu yang menerapkan buku KIA sebagai pedoman dalam merawat anak sakit 34%.

**Simpulan :** Kurangnya pemanfaatan buku KIA oleh ibu baduta di Puskesmas Tegalrejo dinilai dari 4 indikator yaitu buku KIA dibawa 89,5%, buku KIA dibaca 49,8%, pesan dalam buku KIA diterapkan 49,5%.

**Kata Kunci :** Buku KIA, Ibu, Pemanfaatan, Kesehatan Anak

## PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator status Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang dapat menggambarkan kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2014). *Japan Internasional Cooperation Agency* (JICA) menyusun Buku Kesehatan Ibu dan Anak pada tahun 1947, dan terbukti efektif menurunkan AKB karena dapat mendeteksi kehamilan resiko tinggi sejak awal (Takeuchi et al., 2016). Buku KIA berisi informasi kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan kesehatan anak (pemantauan tumbuh kembang, imunisasi dan catatan kesehatan anak) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak (JICA, 2015). Buku KIA dapat menggambarkan *Continuum of Care* atau asuhan yang berkelanjutan sejak kehamilan, persalinan, nifas hingga anak usia 6 tahun (Osaki et al., 2015).

Informasi dalam buku KIA dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang KIA sehingga dapat menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, memberikan informasi resiko komplikasi, bagaimana dan dimana memperoleh pertolongan kesehatan, serta meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas (Kemenkes, 2015) (Bhuiyan & Nakamura, 2008). Pengetahuan tentang perawatan anak terutama asuhan gizi, pemantauan tumbuh kembang, dan perawatan anak sakit perlu diketahui oleh ibu, keluarga, dan masyarakat sehingga berkontribusi besar pada penurunan angka kematian dan angka kesakitan anak (Mahayati et al., 2014).

Di Indonesia buku KIA kurang dimanfaatkan secara optimal, terbukti dengan rendahnya kesadaran ibu untuk membaca pesan yang terdapat dalam buku KIA. Didukung penelitian (Sistiarani et al., 2014) Ibu yang memiliki pengetahuan baik tentang buku KIA meningkatkan kepatuhan penggunaan Buku KIA ( $p: 0,027$ ). Faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan buku KIA (Bhuiyan, 2003) antara lain usia ibu, tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan Buku KIA ( $p>0,05$ ). Kader berpengaruh terhadap pemanfaatan buku KIA (OR: 6,63  $p: 0,032$ ) meskipun terdapat peran yang belum dilaksanakan dengan maksimal yaitu belum melakukan kunjungan rumah, dan tidak memastikan apakah ibu sudah melaksanakan pesan-pesan pada buku KIA (Widagdo & Husodo, 2009).

Pemerintah membuat kebijakan bagi tenaga kesehatan untuk menggunakan Buku KIA sebagai alat komunikasi dan media penyuluhan bagi ibu dan keluarga dan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk rujukannya dan paket (standar) pelayanan KIA, gizi, imunisasi dan tumbuh kembang balita dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 284/MENKES/SK/III/2004 (Republik Indonesia, 2004). Pada tahun 2015 cakupan buku KIA di Kota Yogyakarta mencapai 100%, namun belum ada data rinci terkait dengan pemanfaatan buku KIA. Pemanfaatan Buku KIA oleh Ibu Balita selama ini hanya terbatas sebagai alat pencatat pemantauan pertumbuhan saat posyandu dan imunisasi yang diberikan. Dinkes berupaya untuk meningkatkan pemahaman ibu tentang Buku KIA dengan mencanangkan program kelas ibu hamil dan kelas ibu balita (Dinkes, 2015).

Pemanfaatan buku KIA oleh ibu dapat dinilai dengan ibu/ pengasuh membawa buku saat melakukan kunjungan pada fasilitas kesehatan, membaca, memahami pesan,

dan menerapkan pesan- pesan yang terdapat dalam buku KIA. Di Indonesia data terkait buku KIA hanya sebatas cakupan kepemilikan buku KIA dan cakupan penggunaan buku KIA yang digunakan untuk menilai pemanfaatan buku KIA oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, Puskesmas dan penanggung jawab kesehatan lainnya dan belum terdapat evaluasi untuk menilai pemanfaatan buku KIA oleh ibu/ pengasuh (Kemenkes 2015).

Studi Pendahuluan dari 10 Ibu balita hampir semua mengatakan hanya membaca jadwal pemberian imunisasi tidak membaca pesan- pesan lain yang terdapat pada buku KIA. Sebagian besar Ibu mengetahui bahwa buku KIA harus disimpan dengan baik, wajib dibawa setiap berkunjung ke pelayanan kesehatan, namun tidak mengetahui jika ibu/ keluarga harus membaca dan menerapkan pesan- pesan dalam buku KIA. Tujuan penelitian untuk menganalisis faktor usia, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, pendapatan keluarga, tingkat pengetahuan, peran kader dan peran bidan dengan pemanfaatan buku KIA oleh Ibu di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang pemanfaatan buku KIA serta upaya untuk meningkatkan pemanfaatan buku KIA oleh ibu serta keluarga mengingat pemanfaatan buku KIA secara optimal dapat menurunkan morbiditas serta mortalitas anak.

## **METODE PELAKSANAAN**

Jenis penelitian adalah deskriptif dengan metode survey. Variabel dalam penelitian adalah pemanfaatan buku KIA. Cara Pengambilan sampel dengan cara *Cluster random sampling* sejumlah 119 ibu baduta. Pengumpulan data dilakukan di 14 posyandu di 4 kelurahan yaitu Kelurahan Kricak (5 posyandu), Karangwaru (5 Posyandu), Tegalrejo (2 Posyandu) dan Bener (4 Posyandu). Instrumen penelitian adalah kuisisioner dengan pertanyaan tertutup yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas isi dilakukan dengan meminta pendapat ahli di bidang KIA dan validitas konstruk dilakukan dengan uji butir menggunakan rumus korelasi *Product Moment*.

Analisis data univariat digunakan untuk mengetahui persentase masing- masing indikator pemanfaatan buku KIA. Etika penelitian meliputi meminta persetujuan responden serta telah mendapatkan ijin penelitian dari Komite Etik Universitas

‘Aisyiyah Yogyakarta. Kelemahan Penelitian Pada penilaian pemanfaatan buku KIA terdapat beberapa pertanyaan yang menanyakan pemanfaatan buku KIA ketika bayi baru lahir sehingga menimbulkan kemungkinan bias *recall* dan tidak dilakukan observasi untuk menilai pemanfaatan buku KIA. Pengambilan data penelitian dilakukan di posyandu sehingga sulit dalam mengkondisikan anak dan ibu untuk tetap fokus dalam menjawab pertanyaan serta keterbatasan waktu ibu saat mengikuti posyandu menyebabkan penggalan data kurang optimal.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

Tabel 1 Karakteristik Responden

Variabel Bebas	N	%
<b>Usia Ibu</b>		
Remaja	3	2.5
Dewasa	116	97.5
Jumlah	119	100
<b>Pendidikan Ibu</b>		
Pendidikan Tinggi	86	72.3
Pendidikan Dasar	33	27.7
Jumlah	119	100
<b>Pekerjaan Ibu</b>		
Tidak Bekerja	79	66.4
Bekerja	40	33.6
Jumlah	119	100
<b>Pendapatan Keluarga</b>		
Diatas UMK	77	64.7
Dibawah UMK	42	35.3
Jumlah	119	100
<b>Jumlah Anak</b>		
Primipara	51	42.9
Multipara	68	57.1
Jumlah	119	100

Sumber: Data Primer, Desember 2016

Tabel 2 Pemanfaatan Buku KIA

Variabel Terikat	N	%
Tinggi	58	48.7
Kurang	61	51.3
Jumlah	119	100

Sumber: Data Primer Desember 2016

Tabel 3 Indikator Pemanfaatan Buku KIA oleh Ibu

<b>Indikator Pemanfaatan buku KIA</b>	<b>%</b>
Membawa Buku KIA ke fasilitas kesehatan	88,2
Membawa Buku KIA ke Posyandu	90,7
Membaca Buku KIA	
1) Perawatan BBL	47,5
2) Imunisasi	84,9
3) Pemberian ASI	54,6
4) Perkembangan anak	52,1
5) Pemantauan Tumbuh kembang	49,6
6) MP-ASI	48,7
7) Tanda anak sehat	44,5
8) Kebutuhan gizi anak	42,8
9) Perawatan anak sehari- hari	39,5
10) Perawatan anak sakit	38,7
11) Tanda Bahaya pada anak	44,5
Memahami isi/ pesan yang pernah dibaca dalam Buku KIA	68
Menerapkan isi/ pesan dalam Buku KIA	
1) Pemantauan & stimulasi perkembangan	59,2
2) Pemberian makan	22,7
3) Pedoman perawatan anak sakit	34
4) Pemberian Imunisasi	82

Sumber: Data Primer, Desember 201

## PEMBAHASAN

Rata- rata ibu membaca buku KIA sebanyak 49,6%, namun banyak ibu yang menyatakan hanya membaca sekilas, bagian yang paling sering dibaca ibu adalah jadwal imunisasi. Berdasarkan pernyataan responden alasan ibu untuk tidak membaca dan menerapkan pesan buku KIA karena sebagian besar waktu ibu digunakan untuk mengasuh anak sehingga tidak memiliki waktu luang untuk membaca pesan buku KIA. Ibu yang memiliki anak lebih dari 1 (multipara) lebih sedikit memiliki waktu untuk memberikan perhatian pada anak, dibanding dengan ibu primipara (Atiyeh, G.N. & El-Mohandes 2005). Hal tersebut mempengaruhi perilaku pemanfaatan buku KIA, ibu multipara relatif menghabiskan waktu untuk mengurus anak sehingga sedikit kemungkinan untuk membaca dan memahami pesan yang ada dalam buku KIA. Disisi lain ibu multipara telah memiliki pengalaman dalam merawat anak sehingga ibu lebih banyak menggunakan pengalaman dimasa lampau untuk merawat anak (Bernice & CG. 2010).

Sebagian besar ibu 79 (66,4%) tidak bekerja, namun ibu menyatakan memiliki keterbatasan waktu untuk membaca buku KIA hal tersebut dikarenakan kesibukan dalam

mengurus anak dan rumah tangga. Ibu bekerja tidak selalu menjamin memiliki tingkat pemanfaatan buku KIA meskipun waktu luang yang dimiliki untuk mengurus anak lebih sedikit sesuai dengan pendapat Guhardja, Martorell & Habicht, dan Greg & Washbrook dalam (Risma, 2009) menjelaskan bahwa anak dengan ibu bekerja mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pengasuhan anak dan upaya pencarian informasi dalam merawat anak. Pada kegiatan posyandu ibu diharuskan membawa buku KIA untuk mencatatkan hasil pemantauan tumbuh kembang anak. Namun pada ibu bekerja keikutsertaan posyandu lebih rendah dibandingkan ibu yang tidak bekerja, sehingga akan mengurangi pemanfaatan buku KIA. Hal tersebut sesuai dengan (Sistiarani et al. 2012) catatan buku KIA lengkap lebih banyak didapatkan pada ibu tidak bekerja yang secara rutin memanfaatkan layanan posyandu.

Hanya sebagian kecil ibu yang membaca buku KIA dengan teratur. Sebagian lainnya hanya membaca bagian tertentu seperti jadwal imunisasi dan lembar KMS namun tidak membaca informasi/ pesan lain yang terdapat dalam buku KIA. Santrock (2007) menjelaskan, ibu yang bekerja memiliki pengaruh positif dan negatif pada perkembangan anaknya. Berpengaruh negatif apabila stress pekerjaan bisa meluas dan membahayakan pengasuhan, namun apabila timbul perasaan sejahtera pada saat bekerja akan menghasilkan pengasuhan yang positif.

Ibu yang membaca dan memahami buku KIA dengan baik akan dapat meningkatkan pengetahuan tentang KIA dan dapat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan yang dilakukan. Ibu yang tidak memiliki pengetahuan yang cukup dalam perawatan KIA akan kurang memperhatikan kesehatan. Sesuai dengan pendapat (Simon-Morton, B.G., Green, W.H. & Gottlieb 1995) pengetahuan kesehatan yang kurang, memungkinkan seseorang untuk tidak memperhatikan masalah– masalah penting kesehatan dan tidak mampu berperilaku sehat. Penelitian terdahulu menyebutkan bahwa pengetahuan yang baik mengenai Buku KIA akan dapat meningkatkan kepatuhan ibu dalam pemanfaatan Buku KIA, sehingga kualitas pemanfaatan Buku KIA akan meningkat. Ibu yang membaca dan memahami informasi/ pesan dalam Buku KIA merupakan determinan penting pengetahuan ibu dalam KIA (Sistiarani *et al.*, 2014) (Farida 2016).

Pengetahuan merupakan motivasi seseorang untuk mengubah perilaku (Fishbein & Azjein dalam Emilia, 2008) namun pengetahuan ibu tentang pentingnya KIA sebagai



sumber informasi kesehatan belum cukup untuk mengubah perilaku ibu agar menggunakan buku KIA sebagai pedoman dalam merawat anak. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan buku KIA antara lain promosi kesehatan yang didapatkan ibu dari tenaga kesehatan seperti bidan, dokter, perawat, ataupun tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam memberikan pelayanan KIA. Diperlukan kesadaran ibu bahwa Buku KIA sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan tentang KIA, sehingga ibu akan mempunyai kebiasaan untuk membaca, memahami isi buku dan memanfaatkannya dengan menerapkan informasi yang terdapat didalam buku KIA, tidak hanya membawa buku KIA setiap kali berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan (Kusumayati & Nakamura, 2007).

Perilaku pemanfaatan buku KIA dipengaruhi oleh sikap ibu yang merupakan hasil pertimbangan keuntungan dan kerugian dari perilaku (*outcome of behavior*) dan pentingnya konsekuensi-konsekuensi bagi individu (*evaluation regarding the outcome*) (Maulana 2009). Sikap positif ibu terhadap buku KIA merupakan salah satu predisposisi untuk dilakukannya pengasuhan anak yang baik sesuai dengan informasi yang diperolehnya dari buku KIA. Sikap ibu tentang buku KIA akan dipengaruhi langsung oleh pengetahuan tentang pentingnya memanfaatkan buku KIA. Sikap yang terbentuk tersebut bersama-sama dengan pengetahuan akan memengaruhi perilaku seseorang (Glanz et al. 2008).

Mayoritas ibu kurang memanfaatkan buku KIA sebagai sumber informasi dalam merawat anak sakit. Hanya sebagian kecil ibu 34% (41) menerapkan pesan buku KIA dalam perawatan anak sakit seperti pemberian ASI lebih banyak dari biasa ketika anak diare dan demam, memberikan kompres air biasa/ hangat ketika anak sakit. Perawatan anak ketika batuk/ pilek lebih banyak tidak diterapkan dengan alasan ibu khawatir sehingga ibu segera membawa anak periksa ke fasilitas kesehatan atau mencari alternatif pengobatan lain. Ibu remaja dengan anak pertama memiliki kepedulian yang lebih tinggi dan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mencari informasi kesehatan salah satunya dengan membaca buku KIA dari pada ibu yang lebih tua dari anak kedua/ seterusnya. Ketika anak sakit ibu lebih banyak bertanya pada keluarga tentang cara meredakan anak, atau langsung memeriksakan anak ke fasilitas kesehatan seperti Bidan Praktik Mandiri, Dokter Praktik, Klinik, Puskesmas maupun Rumah Sakit. Variabel pengaruh orang lain terutama keluarga dan kepercayaan pengobatan berpengaruh

terhadap upaya ibu dalam melakukan pencarian pengobatan saat anak sakit (Hendrawan 2005).

Ibu yang membaca buku KIA diharapkan mempunyai konsep tentang pemberian nutrisi yang tepat dan terbentuk sikap positif untuk menerapkan informasi tersebut (N. M. D. Mahayati et al. 2014) sehingga dapat menurunkan kemungkinan masalah gizi pada anak. Berdasarkan tabel 3 hanya sebagian kecil ibu (22,7%) yang menerapkan cara pemberian makan pada anak, hal tersebut menjadi salah satu penyebab tingginya angka gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta. Ibu yang memanfaatkan buku KIA dapat melakukan deteksi masalah kesehatan lebih awal (Takeuchi *et al.*, 2016) hal tersebut dapat mengurangi morbiditas anak. Ibu yang membaca dan memahami buku KIA ibu akan mengetahui ciri- ciri anak sehat, cara melakukan perawatan anak saat sakit, serta dapat mendeteksi sedini mungkin kelainan atau penyakit yang dialami anak sehingga dapat mencari pertolongan pelayanan kesehatan ke fasilitas kesehatan (Kemenkes 2015).

Penerapan pesan buku KIA paling banyak digunakan dalam pemberian imunisasi sesuai jadwal (82%). Sesuai dengan penelitian (Osaki et al. 2009) di Indonesia bahwa Ibu balita usia 9- 23 bulan yang menggunakan Buku KIA memiliki kemungkinan 2,9 kali lebih besar (OR: 2,9: CI: 95%) memberikan imunisasi dasar secara lengkap (12 dosis) dibandingkan dengan ibu balita yang tidak menggunakan buku KIA. Senada dengan penelitian Kim *et al.*, (2012) di Korea bahwa 80,8% ibu yang masih menyimpan buku KIA sampai anak usia Sekolah Dasar atau Menengah, memberikan imunisasi tambahan seperti vaksin *Japanese Encephalitis* dan untuk vaksin tetanus pada anaknya

## DAFTAR PUSTAKA

- Atiyeh, G.N. & El-Mohandes, A., 2005. Preventive Healthcare of Infants in a Region of Lebanon: Parental Beliefs, Attitudes and Behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 9 (1)(83–90).
- Bernice, A.K. & CG., M.-T., 2010. Mother's age, birth order and health status in a British national sample.
- Bhuiyan, S.U., 2003. Study on the Development and Assessment of Maternal and Child Health ( MCH ) Handbook in Bangladesh. , pp.45–60.
- Bhuiyan, S.U. & Nakamura, Y., 2008. Continuity of Maternal, Neonatal and Child Health Care through MCH Handbook for Ensuring the Quality of Life Dr. , pp.1–6.
- Dinkes, 2015. *Profil Kesehatan Tahun 2015 Kota Yogyakarta*, Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.
- Farida, N., 2016. Determinan Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA) Oleh Ibu Hamil Di Puskesmas Wanakerta Kabupaten The Determinants Of The MCH Handbook Utilization By Pregnant Women At Wanakerta Health Center Of Karawang Regency In 2015 dengan ibu hamil di puskes. *The Southeast Asian Journal of Midwifery*, 2(1), pp.33–41.
- Glanz, K., Rimer, B. & Viswanath, K., 2008. *Health behavior and health education, theory, research, and practise*, San Francisco: Jossey Bass.
- Hendrawan, H., 2005. FAKTOR- FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU IBU BALITA DALAM PENCARIAN PENGOBATAN PADA KASUS- KASUS BALITA DENGAN GEJALA PNEUMONIA DI KABUPATEN SERANG. *Media Litbang Kesehatan*, XV(3), pp.24–33.
- JICA, K.R., 2015. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI & JICA.
- Kemendes, 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemendes, R., 2015. Petunjuk Teknis Penggunaan Buku KIA. *Kemendrian Kesehatan RI*.
- Kim, H. et al., 2012. Retention of the Mother and Child Health Handbook and Additional Immunization of Japanese Encephalitis and Tetanus Vaccine. , 33(4), pp.237–242.
- Kusumayati, A. & Nakamura, Y., 2007. Increased Utilization of Maternal Health Services by Mothers Using the Maternal and Child Health Handbook in Indonesia. *Journal of international health*, 22(3), pp.143–151.
- Mahayati, D., Hernowo, B. & Jusdistiani, D., 2014. Pengetahuan, Sikap dan Praktik Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak pada ana umur 3-5 Tahun di Kota

- Denpasar. *Tesis Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran*, (38).
- Mahayati, N.M.D., Hernowo, B.S. & Judistiani, R.T.D., 2014. *PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK PENGGUNAAN BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK PADA ANAK UMUR 3–5 TAHUN DI KOTA DENPASAR*. Universitas Padjajaran.
- Maulana, H., 2009. *Promosi Kesehatan*, Jakarta: EGC.
- Osaki, K. et al., 2015. Factors affecting the utilisation of maternal , newborn , and child health services in Indonesia : the role of the Maternal and Child Health Handbook. *Public Health*, 129(5), pp.582–586. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.01.001>.
- Osaki, K. et al., 2009. Investment in home-based maternal , newborn and child health records improves immunization coverage in Indonesia. , pp.2002–2004.
- Republik Indonesia, M.K., 2004. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 284/MENKES/SK/III/2004 TENTANG BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA).
- Risma, 2009. *Hubungan Antara StatusPekerjaan Ibu dengna Status Gizi dan Perkembangnngan Anak Usia 1-3 Tahun di Kecamatan Kodia Kediri*. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Santrock, J., 2007. *Perkembangan Anak*, Jakarta: Erlangga.
- Simon-Morton, B.G., Green, W.H. & Gottlieb, N., 1995. *Introduction to health education and health promotion* Illinois, ed., USA: Waveland Press Inc.
- Sistiarani, C. et al., 2012. Fungsi Pemanfaatan Buku KIA terhadap Pengetahuan Kesehatan Ibu dan Anak pada Ibu Function of Utilization Maternal Child Health Book to Maternal Knowledge. , pp.353–358.
- Sistiarani, C., Gamelia, E. & Hariyadi, B., 2014. Analisis Kualitas Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak. , 10(1), pp.14–20.
- Takeuchi, J., Sakagami, Y. & Perez, R.C., 2016. The Mother and Child Health Handbook in Japan as a Health Promotion Tool: An Overview of Its History, Contents, Use, Benefits, and Global Influence. *Global Pediatric Health*, 3(0). Available at: <http://gph.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2333794X16649884>.
- Widagdo, L. & Husodo, B.T., 2009. Pemanfaatan Buku Kia Oleh Kader Posyandu: Studi Pada Kader Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungadem Kabupaten Bojonegoro. *Makara, Kesehatan*, 13(1), pp.39–47. Available at: <http://journal.ui.ac.id/index.php/health/article/viewArticle/348>.

# HAMBATAN PELAKSANAAN PROGRAM SKRINING KANKER SERVIKS DI DESA MARGOAGUNG SEYEGAN SLEMAN YOGYAKARTA

Agustin Endriyani, Djaswadi Dasuki, Retno Mawarti  
email : endrisantosa@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kejadian kematian akibat kanker serviks menempati urutan kedua setelah kanker payudara. Setiap hari di Indonesia 40 wanita didiagnosa dan 20 wanita meninggal akibat kanker serviks. Gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) merupakan salah satu bentuk terobosan kebijakan pembangunan kesehatan, namun cakupan program skrining di Indonesia baru 5%, sehingga hal itulah yang menyebabkan masih tingginya kasus kanker *serviks*.

**Tujuan:** Dapat diketahui hambatan pelaksanaan program skrining kanker serviks di Margoagung Seyegan Sleman Yogyakarta.

**Metode:** Merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus di wilayah kerja Puskesmas Seyegan Sleman. Partisipan yaitu perempuan yang telah melakukan hubungan seksual aktif, berusia 30-50 tahun. Pengumpulan informasi menggunakan *indepth interview*. Tahap analisis dengan penyerderhanaan atau reduksi data, penyajian data dan verifikasi.

**Hasil :** Diperoleh empat tema, yaitu: pengetahuan ibu terhadap pencegahan kanker serviks, pengetahuan ibu terhadap pelaksanaan skrining kanker serviks, pelaksanaan program skrining kanker serviks dan dukungan sosial dalam pemeriksaan skrining kanker serviks.

**Simpulan :** Pengetahuan dan pemahaman partisipan terhadap pencegahan kanker serviks sudah baik, pelaksanaan dari skrining kanker serviks sudah terjadwalkan akan tetapi adanya keterbatasannya SDM di Puskesmas, kurangnya sosialisasi dan kesadaran masyarakat, serta dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan sekitar sangat mempengaruhi partisipan melaksanakan skrining kanker serviks.

**Kata Kunci :** Hambatan, Manfaat, Skrining, Kanker Serviks

## PENDAHULUAN

Menurut WHO, kanker leher rahim (*serviks*) merupakan jenis kanker yang paling banyak pengidapnya. Tiap tahun ada 500 ribu kasus baru kanker serviks di dunia dan hampir semua (99%) kanker serviks disebabkan oleh infeksi *human papiloma virus* (HPV). Diperkirakan tiga per empat dari jumlah orang yang pernah melakukan hubungan seks, laki-laki maupun perempuan akan terkena infeksi *human papilloma* (Romauli, 2009).

Di seluruh dunia, kasus kanker serviks ini sudah dialami oleh 1,4 juta wanita. Data yang didapat dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) diketahui terdapat 493.243 jiwa per-tahun penderita kanker serviks baru dengan angka kematian sebanyak 273.505 jiwa per-tahun. (Emilia,2010). Indonesia sampai saat ini kanker serviks masih merupakan masalah kesehatan perempuan ditunjukkan dengan angka kejadian dan angka kematian

akibat kanker serviks yang tinggi. Keterlambatan diagnosis pada stadium lanjut, keadaan umum yang lemah, status sosial ekonomi yang rendah, keterbatasan sumber daya, keterbatasan sarana dan prasarana, jenis histopatologi dan derajat pendidikan ikut serta dalam menentukan prognosis dari penderita (Rasjidi, 2007).

Di Indonesia, prevalensi penyakit kanker juga cukup tinggi. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi tumor/kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk, atau sekitar 330.000 orang. Kanker tertinggi di Indonesia pada perempuan adalah kanker payudara dan kanker leher rahim. Sedangkan pada laki-laki adalah kanker paru dan kanker kolorektal (Kemenkes RI, 2014).

Berbagai upaya dalam bidang kesehatan terus menunjukkan progres positif yang diindikasikan dengan terus meningkatnya kondisi kesehatan masyarakat Sleman. Puskesmas di Kabupaten Sleman telah mampu memberikan pelayanan pemeriksaan IVA dan pelayan pemeriksaan IVA dan *Papsmear* secara gratis kepada warga Kecamatan Sleman. Pada tahun 2015 dari sebanyak 154.640 ibu PUS yang telah dilakukan pemeriksaan IVA Test sebanyak 432 ibu PUS atau 0,03 %. Jumlah yang masih kecil dari 432 yang diperiksa ada 13 PUS yang terindikasi adanya calon kanker leher rahim atau 3,01 % (Poskotanews, 2015).

Cakupan program skrining di Indonesia baru sekitar 5% wanita yang melakukan pemeriksaan skrining *pap smear*, sehingga hal itulah yang menyebabkan masih tingginya kasus kanker *serviks* (Samadi, 2010). Hampir 50% penderita kanker serviks tidak melakukan pemeriksaan *pap smear* dalam 10 tahun belakangan. Di samping itu juga alasan para wanita untuk tidak melakukan pemeriksaan *pap smear* adalah psikologis yaitu takut, gelisah, khawatir atau cemas dalam pemeriksaan *pap smear*, (Evennet, 2010). Berdasarkan studi pendahuluan dilakukan di Puskesmas Seyegan didapatkan hasil bahwa pendataan pada bulan Januari sampai Mei tahun 2016, yang melakukan pemeriksaan IVA tiga orang dan didapatkan hasil satu orang IVA positif. Dengan adanya cakupan skrining kanker serviks yang masih rendah maka tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis hambatan pelaksanaan program skrining kanker serviks di Margoagung Seyegan Sleman Yogyakarta.

## **METODE PELAKSANAAN**

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan strategi penelitian dengan suatu cara penelitian terhadap masalah empiris dengan mengikuti rangkaian prosedur yang telah dispesifikasikan sebelumnya, prosedur ini akan mendominasi bagian selanjutnya (Yin, 2015). Penelitian ini dilakukan di Desa Margoagung Seyegan Sleman Yogyakarta pada bulan Desember 2016. Partisipan dalam penelitian ini yaitu berjumlah 8 orang. Kriteria dari partisipan yaitu perempuan yang telah melakukan hubungan seksual secara aktif (sudah menikah), terutama yang berusia 30-50 tahun. Pemilihan partisipan dilakukan secara *snow ball sampling*.

Instrumen utama pengumpulan data pada penelitian kualitatif ini adalah peneliti sendiri. Penelitian yang menitikberatkan pada pendekatan kualitatif ini menggunakan metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) sehingga data yang didapat adalah data primer. *Indepth interview* merupakan suatu cara pengumpulan data atau informasi dengan cara langsung bertatapapan dengan informan dengan maksud mendapatkan gambaran lengkap tentang topik yang diteliti (Moleong, 2004).

Keabsahan data dicapai melalui derajat kepercayaan (*credibility*) dengan teknik triangulasi yaitu triangulasi sumber dan metode. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain (Moleong, 2010). Analisa data pada penelitian ini mengadopsi model Miles dan Huberman (1992) dalam Sugiyono (2014) yang terdiri dari tiga kegiatan yaitu penyederhanaan/reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi.

## **HASIL PENELITIAN**

Setelah peneliti melakukan wawancara kemudian peneliti membuat transkrip wawancara. Hasil transkrip wawancara digunakan untuk menganalisis hasil wawancara yang dilakukan. Transkrip wawancara tersebut dibaca berulang-ulang kali oleh peneliti sampai ditemukannya tema-tema sehingga bisa menjawab pertanyaan penelitian. Berikut merupakan hasil dari penelitian didapatkan 4 tema sebagai berikut :

## 1. Pengetahuan partisipan terhadap upaya pencegahan kanker serviks

Wawancara diawali dengan menggali pengetahuan partisipan terhadap kanker serviks. Dari hasil wawancara yang dilakukan kepada delapan partisipan didapatkan bahwa kanker serviks sudah sangat sering didengar oleh partisipan. Kanker serviks merupakan penyakit yang mematikan dan penjelasan secara terperinci berkaitan dengan kanker serviks partisipan tidak mengetahuinya. Seperti yang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

***“...Kanker di rahim kandungan, penyakit pembunuh nomor dua ...”(P1)***

***“...Penyakit dengan gejala keputihan diusia 50 tahun keatas, Penyakit bahaya.....”(P2)***

Partisipan yang tidak mengetahui sama sekali tentang kanker serviks ada satu orang. ketika ditanya pengertian dari kanker serviks partisipan sama sekali tidak mengetahui tentang kanker serviks. Berikut ungkapan partisipan :

***“...Belum pernah dengar, tidak tahu....”(P8)***

Pertanyaan yang berkaitan tentang gejala kanker serviks masih banyak partisipan yang tidak tepat menjawabnya, bahkan ada partisipan yang sama sekali tidak mengetahui gejala dari kanker serviks. Berikut ungkapan partisipan :

***“...mens yang tidak teratur. Terdapat cairan – cairan yang tidak biasanya, gatal – gatal, keputihan, berbau...”(P1)***

***“...Sakit, keluar darah...”(P7)***

Mayoritas partisipan bersikap pencegahan kanker serviks dengan cara menjaga kebersihan organ reproduksi, seperti yang dikatahan oleh partisipan berikut ini :

***“...Menjaga kebersihan, rajin ganti pembalut, pola makan sehat ...”(P5)***

***“...Ganti pakaian dalam sehari dua kali, menjaga kebersihan, sering ganti pembalut jika menstruasi, wajar dalam berhubungan...”(P8)***

Pencegahan agar tidak terkena kanker serviks hanya satu responden yang mengetahui bahwa salah satu faktor yang menyebabkan kanker serviks yaitu dengan bergonta ganti pasangan.

## 2. Pengetahuan partisipan terhadap pelaksanaan skrining kanker serviks



Semua partisipan mengatakan bahwa pemeriksaan IVA sangat penting karena bertujuan untuk mendeteksi awal apakah ada kemungkinan terkena kanker serviks atau tidak. Semua partisipan sudah mengerti akan manfaat jika melakukan skrining kanker serviks akan tetapi tidak ada satupun dari partisipan yang sudah melakukan pemeriksaan IVA. Alasan para partisipan belum melakukan skrining kanker serviks bermacam-macam, ada yang karena malu, tidak diizinkan suami, belum merasa ada tanda-tanda kanker serviks sehingga blm berkeinginan untuk melakukan pemeriksaan skrining kanker serviks, merasa takut karena mendapat cerita dari orang yang sudah melakukan pemeriksaan IVA bahwa rasanya sakit setelah pemeriksaan. Berikut merupakan ungkapan dari partisipan :

***“...Belum pernah, kemaluan kok dilihat – lihat dan belum ada gejala – gejala tentang Kanker Serviks..lagian suami tidak mendukung...”(P1)***

***“...belum pernah cek IVA atau Pap smear saya mba...takut....”(P5)***

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dari penelitian ini pengetahuan partisipan terhadap skrining kanker serviks sama seperti halnya dengan pengetahuan partisipan terhadap pengertian dari kanker serviks. Dua partisipan mengerti untuk skrining kanker serviks dengan cara IVA dan Pap Smear. Seperti yang dikatakan oleh partisipan berikut ini :

***“...Pemeriksaan IVA dan Papsmear...”(P1)***

***“...Cek papsmear...”(P2)***

Pemeriksaan skrining kanker serviks menurut semua partisipan merupakan hal yang penting dilakukan karena untuk mengetahui secara dini terhadap penyakit kanker serviks. Seperti yang dikatan oleh partisipan berikut ini :

***“...Penting, mencegah agar tidak terkena atau kronis, jangan terlambat...”(P3)***

***“...Penting, agar tahu kesehatannya...”(P4)***

Proses pemeriksaan IVA dan Pap Smear tidak diketahui secara terperinci oleh partisipan. Hanya dua partisipan yang mengetahui proses pelaksanaan skrining kanker serviks ini. hal ini diketahui berdasarkan dari orang lain yang sudah pernah melakukan pemeriksaan IVA. Untuk partisipan yang lain tidak mengetahui sama sekali proses penatalaksanaan skrining kanker serviks. Berikut ungkapan partisipan :

***“...Dimasukan alat untuk mengambil lendirnya...”(P1)***

***“...Tidak tahu, pernah tanya diambil lendir sedikit dan sakit...”(P8)***

Informasi yang berkaitan dengan skrining kanker serviks diperoleh dari penyuluhan puskesmas, penyuluhan dari mahasiswa PKL, internet, media masa, televisi, radio, penyuluhan yang dilakukan oleh penjual produk tertentu seperti pembalut atau obat dan cerita dari orang lain yang pernah melakukan skrining kanker serviks.

***“...Puskesmas, penyuluhan – penyuluhan dari instansi terkait. Klinik atau pengobatan herbal, melalui televisi dan radio...”(P1)***

***“...Televisi, tanya dengan yang pernah mengalami...”(P7)***

### 3. Pelaksanaan program skrining kanker serviks

Program pemerintah yang dilaksanakan untuk skrining kanker serviks ini dalam satu tahun sekitar dua kali penyelenggaraan pemeriksaan IVA secara gratis. Pemeriksaan tersebut diselenggarakan secara masal dan gratis. Mayoritas partisipan tidak berpartisipasi dalam kegiatan ini dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kegiatan tersebut. Berikut ungkapan dari partisipan :

***“...baksos dari Puskesmas dan Dinas kesehatan memberikan informasi ke pada ibu – ibu. sebagai kader juga menyampaikan informasi tersebut. kuotanya dibatasi, dibagi per dusun beberapa orang...”(P1)***

Pendapat dari partisipan mengatakan bahwa kegiatan pemeriksaan IVA gratis kurang tersosialisasikan dengan baik, karena setiap ada pemeriksaan gratis dari pihak puskesmas hanya menyampaikan ke kader saja. Sehingga ada beberapa partisipan yang tidak mengetahui tentang adanya program tersebut. Berikut ungkapan dari partisipan :

***“...Selama ini hanya pemeriksaan kesehatan biasa, pemeriksaan IVA gratis belum ada...”(P4)***

***“...Dari kader dan Puskesmas belum ada...”(P7)***

Dukungan yang dirasakan oleh partisipan terhadap pemeriksaan skrining kanker serviks dari segi lingkungan yaitu pelayanan Puskesmas Seyegan. Partisipan merasa kurangnya sosialisasi tenaga kesehatan seperti penyuluhan maupun skrining kanker serviks. Partisipan berharap adanya penyuluhan tentang kesehatan salah satunya yaitu tentang kanker serviks. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

*“...Ada petugas yang memeriksa, memberikan penyuluhan, penanganan, selama ini sosialisasi kurang, masyarakat sungkan dan canggung, bisa kumpul bareng...”(P3)*

*“...Sesekali dikasih penyuluhan lewat pertemuan, khususnya untuk yang muda – muda, tidak ada penyuluhan takut dan malu...”(P6)*

Proses penatalaksanaan dalam sosialisasi pelayanan dan kegiatan apapun yang ada di Puskesmas Seyegan partisipan merasa kurang mendapatkan informasi tersebut. Contohnya, ketika partisipan di wawancara berkaitan dengan pemegang kartu BPJS apabila melakukan pemeriksaan IVA biaya akan dibebankan kepada BPJS kemudian jawaban dari semua responden tidak mengetahui apabila kartu BPJS dapat digunakan untuk pemeriksaan IVA dan partisipan juga mengatakan tidak mengetahui jika Puskesmas Seyegan bisa memberikan pelayanan IVA. Berikut pernyataan dari partisipan :

*“...Belum tahu kalau di puskesmas bisa periksa IVA...”(P8)*

#### 4. Dukungan keluarga, budaya dan agama terhadap skrining kanker serviks

Faktor dari budaya dan agama sendiri semua partisipan mengatakan bahwa tidak mempengaruhi terhadap seseorang ingin melakukan pemeriksaan skrining kanker serviks. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan yang bertujuan baik dan demi kesehatan sehingga tidak ada aturan yang melarang terhadap pemeriksaan skrining kanker serviks, sehingga apabila seseorang belum melakukan pemeriksaan skrining kanker serviks bukan dari faktor budaya setempat. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan tersebut :

*“...Tidak apa – apa, tidak masalah kalau dibuka – buka...”(P3)*

*“...Tidak ada pengaruhnya, demi kesehatan...”(P4)*

*“...Tidak ada pengaruh, demi kesehatan tidak apa – apa, tidak ada masalah, tidak bertentangan dengan agama, tapi kadang malu...”(P5)*

Hampir semua partisipan mengatakan bahwa suaminya sangat mendukung apabila istrinya ingin melakukan pemeriksaan skrining kanker serviks, sehingga selama ini belum melakukan skrining kanker serviks karena kurangnya pemahaman partisipan terhadap skrining kanker serviks dikarenakan partisipan merasa

kurangnya sosialisasi kanker serviks dari tenaga kesehatan. Berikut ungkapan dari partisipan :

*“...Boleh, mengizinkan asal positif, demi kesehatan...”(P5)*

*“...Suami tergantung kita, dia manut (ikut) demi kebaikan, biaya tidak masalah...”(P6)*

Suami partisipan yang tidak mendukung untuk istrinya melakukan skrining kanker serviks hanya ada satu partisipan yaitu P1, berikut ungkapan partisipan :

*“...Belum mendukung, kemaluan kok dilihat – lihat dan belum ada gejala – gejala tentang Kanker Serviks...”(P1)*

## **PEMBAHASAN**

Berdasarkan tujuan penelitian didapatkan 4 tema sebagai berikut :

### **1. Pengetahuan partisipan terhadap upaya pencegahan kanker serviks**

Pembentukan upaya partisipan dalam pencegahan kanker serviks diawali dari proses penerimaan informasi tentang kanker serviks yang mereka peroleh dari lingkungan. Informasi tersebut kemudian menjadikan pengetahuan partisipan terhadap kanker serviks. Kedelapan partisipan secara umum telah memperoleh informasi tentang kanker serviks dari berbagai macam media seperti televisi, radio, koran. Selain itu ada beberapa informan yang memperoleh informasi tentang kanker serviks dari teman atau tetangga, dan penyuluhan yang pernah diikuti oleh partisipan.

Secara keseluruhan bahwa partisipan mengetahui penyakit kanker serviks merupakan penyakit yang sangat berbahaya dan mematikan. Kanker serviks wajib diketahui oleh setiap perempuan karena setiap perempuan dapat terkena penyakit kanker serviks. Hal ini dapat disebabkan karena partisipan dalam penelitian ini sebagian besar memiliki pendidikan dasar 9 tahun sehingga partisipan dengan sangat mudah mengakses informasi dari berbagai macam sumber, misalnya dengan media masa atau media elektronik, dari penyuluhan dan teman atau tetangga.

Pengetahuan akan akses informasi bisa memberikan preferensi atau pengetahuan yang jauh lebih banyak kepada perempuan dalam proses memahami dirinya. Pengetahuan mereka akan bahaya kanker serviks akan membuat mereka mengakses berbagai cara agar mereka tidak terkena kanker serviks. Segala bentuk

sumber informasi yang diterima oleh partisipan memberikan rangsangan, penilaian dan pemahaman tersendiri tentang kanker serviks. Robbins (2008), mengemukakan bahwa ketika seorang individu melihat sebuah target dan berusaha untuk menginterpretasikan apa yang ia lihat, interpretasi itu sangat dipengaruhi oleh berbagai karakteristik pribadi dari pembuat persepsi tersebut, seperti sikap, kepribadian, motif, minat, pengalaman-pengalaman masa lalu dan harapan-harapan seseorang.

Berdasarkan dari pengetahuan dan informasi yang didapat dapat disimpulkan bahwa dua partisipan tidak mengetahui cara pencegahan terhadap penyakit kanker serviks sehingga sikap partisipan terhadap pencegahan kanker serviks tidak ada upaya untuk pencegahan kanker serviks. Sedangkan enam partisipan mengetahui cara pencegahan kanker serviks sehingga sikap partisipan terhadap pencegahan kanker serviks menerima secara positif sampai melakukan tindakan pencegahan kanker serviks.

## **2. Pengetahuan partisipan terhadap pelaksanaan skrining kanker serviks**

Partisipan memiliki cara pandang masing-masing terhadap skrining kanker serviks dengan cara IVA atau pap smear. Sumber informasi yang diperoleh partisipan berkaitan dengan skrining kanker serviks kurang sehingga membuat partisipan tidak mengetahui fakta yang sebenarnya tentang skrining kanker serviks. Mayoritas partisipan hanya mengetahui bahwa skrining kanker serviks dengan cara IVA penting dilakukan untuk mencegah terjadinya kanker serviks.

Penelitian yang dilakukan oleh Adamu, et. al., (2011) tentang *the effect of health education on the knowledge, attitude, and uptake of free pap smear among female teachers in Birnin-Kebbi, North-Western Nigeria*. Penelitian ini dilakukan pada guru, menunjukkan bahwa seseorang untuk enggan melakukan pap smear secara rutin dikarenakan setelah pemeriksaan pap smear mereka merasa tidak nyaman dibagian perut, sakit, dan terjadi perdarahan ringan pasca dilakukannya pap smear. Sehingga pentingnya pendidikan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada masyarakat agar tidak terjadi pemahaman yang salah di masyarakat sehingga menimbulkan dampak yang negatif.

Contohnya adalah jika seseorang melakukan pemeriksaan pap smear dan mengalami hal yang dirasakan setelah pasca pap smear, yang ditakutkan adalah apabila mereka bercerita ke orang yang belum pernah melakukan pap smear bahwa pasca pemeriksaan pap smear sangat mengerikan maka orang yang belum pernah melakukan pemeriksaan pap smear tidak mau untuk melakukan pemeriksaan pap smear. Oleh karena itu pentingnya pendidikan kesehatan secara komprehensif dilakukan oleh tenaga kesehatan agar informasi yang diterima oleh pasien jelas dan tidak menimbulkan kerugian dari berbagai pihak.

Dalam penelitian Wong, et. all., (2009) tentang *Knowledge and Awareness of Cervical Cancer and Screening Among Malaysian Women Who Have Never Had A Pap Smear : A Qualitative Study*, mengungkapkan keterbatasannya pengetahuan tentang kerentanan kanker serviks dan kebutuhan untuk skrining kanker serviks dalam suatu masyarakat. Hasil penelitian ditemukan bahwa miskinnya pengetahuan, informasi dan komunikasi dengan penyedia pelayanan kesehatan merupakan faktor yang mungkin telah berkontribusi ketidak hadiran perempuan untuk melakukan skrining kanker serviks.

Keengganan perempuan untuk menjalani skrining kanker serviks didasari pada kurangnya pengetahuan tentang kanker serviks, efektifitas skrining dan faktor-faktor risiko kanker serviks. Upaya untuk mengurangi kejadian kanker serviks harus focus pada kelompok wanita yang ditargetkan. Oleh karena itu pentingnya pendekatan kepada masyarakat serta memberikan pendidikan kesehatan secara komprehensif.

Penelitian yang dilakukan oleh Buraerah et. all., (2015) tentang *Cervical Cancer and Its Impact on Patients Quality of Life in Fatimah and Labuang Haji Hospital Makasar*. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa faktor yang paling dominan resiko terjadinya kanker serviks yaitu pada usia lebih dari 35 tahun dan menikah pada usia dibawah 20 tahun. Dalam penelitian ini terdapat dua partisipan yang menikah dibawah usia 20 tahun. Hal ini perlu menjadi perhatian bahwa partisipan tersebut beresiko terjadinya kanker serviks.

### **3. Pelaksanaan program skrining kanker serviks**

Berdasarkan Kebijakan Pemerintah Permenkes RI nomor 34 tahun 2015 tentang penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim menjelaskan

bahwa penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim bentuk pelayanan berupa kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Kegiatan promotif yang dimaksud berupa penyuluhan yang dilakukan kepada anggota masyarakat dan lembaga di fasilitas umum berupa media masa, elektronik, media sosial, perkumpulan sosial budaya, keagamaan dan kegiatan public lainnya. Untuk kegiatan yang bersifat preventif yaitu perlindungan khusus massal, penapisan/skrining masala, penemuan dini massal serta tindak lanjut dini.

Semua kegiatan yang diatur oleh pemerintah yang berkaitan dengan kegiatan promotif dan preventif dalam rangka penurunan angka kejadian kanker serviks sudah dilakukan oleh puskesmas Seyegan. Penyuluhan langsung terjun ke masyarakat sudah dijadwalkan oleh tim dari kesehatan reproduksi dan promkes puskesmas seyegan. Kegiatan preventif program pemeriksaan skrining kanker serviks dengan IVA dilaksanakan secara masal maupun perorangan. Pemeriksaan IVA sangat efektif untuk mendeteksi pra kanker. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sankaranarayanan, et. all., (2001) dengan judul penelitian *Effective Screening Programmes For Cervical Cancer In Low-and Middle-Income Developing Countries* . hasil penelitian ini menunjukkan bahwa skrining kanker serviks dengan menggunakan IVA dapat dianggap sebagai tes deteksi dini yang cocok dalam konteks diagnosis klinis awal untuk negara-negara berpenghasilan rendah, terutama di daerah-daerah yang tidak ada laboratorium sitologi.

Penelitian yang dilakukan oleh Khodakarami, et. all, (2010) dengan judul *Comparison of Pap smear, visual inspection with acetic acid, and digital cervicography as cervical screening strategies* menunjukkan bahwa dkrining dengan IVA mendeteksi neoplasma serviks dengan akurat baik atau bahkan lebih baik daripada pap smear atau DC (Digital Cervicography). Metode skrining ini lebih diterima didaerah yang kejadian kanker serviks tinggi dan skrining ini tidak berlaku di daerah lain. IVA menawarkan metode skrining yang murah dan memiliki keuntungan hasilnya cepat diketahui. Teknik skrining sederhana ini dapat dilakukan di daerah yang sosialekonominya rendah, terpencil, dimana penyedia layanan kesehatan dapat merujuk pasien yang dicurigai ke pasilitas kesehatan tingkat dua atau ketiga bahkan mengerim ke spesialis untuk konsultasi.

Berdasarkan dari hasil wawancara kedelapan partisipan mengatakan bahwa peran tenaga kesehatan yang berkaitan dengan kanker serviks sangat kurang. Selama ini yang dirasakan oleh partisipan bahwa informasi yang didapat tentang kanker serviks bukan berasal dari tenaga kesehatan akan tetapi berasal dari orang yang menawarkan produk-produk untuk mencegah terjadinya kanker serviks seperti pembalut bahkan obat.

Evaluasi disetiap kegiatan atau program yang akan dilaksanakan sangat diperlukan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Abdullah, et. all., (2013) dengan judul *Cervical Screening Initiative to Increase Pap Smear Uptake in Malaysia : A Cluster Randomized Controlled Trial*. Dalam penelitian ini membandingkan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dalam penyelenggaraan pemeriksaan skrining kanker serviks. Dalam kelompok intervensi setiap responden diberi undangan dan di ingatkan dengan di telfon setiap responden. Hasilnya sangat signifikan bahwa kelompok intervensi lebih banyak yang berpartisipasi daripada kelompok control. Sistem seperti penelitian ini perlu dijadikan panduan dalam setiap pelaksanaan kegiatan agar banyak yang berpartisipasi disetiap pelaksanaan kegiatan yang diselenggarakan.

#### **4. Dukungan keluarga, budaya dan agama terhadap skrining kanker serviks**

Menurut teori Rosenberg & Hovland (2015) bahwa seseorang bersikap dipengaruhi oleh faktor pendorong salah satunya adalah dukungan dari keluarga. Dalam skrining kanker serviks ini salah satu pendorong partisipan untuk ingin melakukan skrining kanker serviks adalah suami dari partisipan. Berdasarkan hasil wawancara dengan P1 bahwa P1 belum melakukan pemeriksaan IVA dikarenakan tidak diperbolehkan oleh suaminya. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan suami dalam partisipan melakukan pemeriksaan IVA sangat mempengaruhi.

Dukungan suami tampak dari hasil wawancara P2, P3, P4, P5, P6 dan P7. Adapun bentuk dukungan dari suami bahwa partisipan diperbolehkan oleh suaminya untuk melakukan pemeriksaan IVA meskipun harus membayar. Alasan partisipan sampai saat ini belum melakukan pemeriksaan IVA karena malu, takut dengan hasilnya setelah melakukan pemeriksaan, merasa tidak mengalami gejala



kanker serviks dan merasa belum membutuhkan untuk dilakukannya pemeriksaan IVA.

Lovell S et al., 2008 melakukan penelitian dengan judul *Sociocultural Barriers to Cervical Screening in South Auckland, New Zealand*. Dalam penelitian ini menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi perempuan untuk melakukan skrining kanker serviks salah satunya adalah faktor budaya. Pengamatan ini menunjukkan bahwa pentingnya sosialisasi keterlibatan perempuan terhadap skrining kanker serviks, sistem atau proses pelaksanaan skrining kanker serviks, dan terus dipaparkan apa yang terbaik bagi mereka. Dalam hal ini mempersepsikan serviks sebagai organ kesehatan bukan sebagai nilai-nilai seksual, sehingga pentingnya pendekatan kepada masyarakat untuk menjelaskan pentingnya skrining kanker serviks dengan mengaitkan nilai budaya setempat.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengetahuan partisipan terhadap pencegahan terjadinya kanker serviks sudah baik. Meskipun jawaban partisipan beraneka ragam akan tetapi partisipan sudah paham bagaimana caranya agar tidak terkena penyakit kanker serviks. Cara untuk mencegah terjadinya terkena penyakit kanker serviks yaitu dengan cara menjaga kebersihan diri, mengganti pembalut sesering mungkin, dan tidak berganti-ganti pasangan.
2. Skrining kanker serviks sudah dipahami oleh para partisipan bahwa skrining tersebut sangat penting dilakukan untuk mengetahui secara dini sel kanker yang ada di mulut rahim. Akan tetapi partisipan tidak mengetahui proses penatalaksanaan pemeriksaan skrining kanker serviks sehingga masih banyak partisipan yang menganggap bahwa skrining kanker serviks terasa sakit dan menakutkan.
3. Pelaksanaan pelayanan skrining kanker sudah terjadwalkan akan tetapi adanya keterbatasannya SDM di Puskesmas, kurangnya sosialisasi yang intensif kepada masyarakat dan kurangnya kesadaran masyarakat.
4. Dukungan lingkungan, budaya dan keluarga sangat mempengaruhi terhadap kesadaran partisipan atau masyarakat dalam melakukan skrining kanker serviks.

## **SARAN**

1. Diharapkan kepada partisipan untuk selalu mencari informasi untuk masalah kesehatan dan konsultasi permasalahan kesehatan kepada tenaga kesehatan.
2. Bagi petugas kesehatan khususnya bidan diharapkan untuk memberikan pengetahuan berupa penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi khususnya kanker serviks. Selain itu bidan juga dapat membantu program pemerintah dalam upaya mensejahterakan kesehatan reproduksi perempuan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agurto., Bishop., Sanchez G., Betancourt., Robles. S. 2008. Perceived Barriers and Benefits to Cervical Cancer Sreening in Latin America. *E. Preventive Medicine* 39 (2004) 91-98.
- Abdullah F., Rorke M.O., Murray L., Su T.T. 2013. Evaluation of a Worksite Cervical Screening Initiative to Increase Pap Smear Uptake in Malaysia : A Cluster Randomized Controlled Trial. *BioMed Research Internasional*. Vol 13 ID 572126.
- Buraerah., Hakim A., Salmah A.U., Wahyu A., Ikhsan M., Abdullah T. 2015. Cervical Cancer and Its Impact on Patients Quality of Life in Fatimah and Labuang Haji Hospital Makasar. *Internasional Journal of Sciences : Basic and Applied Research (IJSBAR)* vol 24 No 3. pp.187-202.
- Evennett. 2010. *Pap's Smear Apa yang Anda Ketahui?* Arcan. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2014. *Hilangkan Mitos Tentang Kanker*.<http://www.depkes.go.id>.
- . 2016. *Menkes : Mari Bersama Sukseskan GERMAS dan Keluarga Sehat*.<http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilismedia/20160331/1514617/menkes-mari-bersama-sukseskan-germas-dan-keluarga-sehat>.
- menkes-mari-bersama-sukseskan-germas-dan-keluarga-sehat.
- Khodakarami N., Farzaneh F., Aslani F., Alizadeh K. 2010. Comparison of Pap smear, visual inspection with acetic acid, and digital cervicography as cervical screening strategies. Received: 3 September 2010 / Accepted: 25 November 2010 / Published online.
- Lovell S., Kearns R.A., Friesen W. 2008. Sociocultural Barriers to Cervical Screening in South Auckland, New Zealand. *Social Science & Medicine* 65 (2007) 138-150.
- Poskotanews. 2015. *Pemerintah Canangkan Gerakan Deteksi Dini Kanker Serviks*. <http://poskotanews.com/2015/04/22/pemerintah-canangkan-gerakan-deteksi-dini-kanker-serviks>, diakses pada 22 April 2015.
- Rasjidi I. 2007. *Panduan Penatalaksanaan Kanker Ginekologi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Robbins. 2008. *Perilaku Organisasi Edisi Dua Belas*. Jakarta : Salemba Empat.
- Romauli. 2009. *Pelaksanaan Lomba Kader Aktif Sebagai Upaya Meningkatkan Cakupan Pemeriksaan Iva Pada Ibu Di Desa Kaibahan Kecamatan Kesesi Kabupaten Pekalongan*. [Http. Digilib.Unimus.Ac.Id](http://Digilib.Unimus.Ac.Id) diakses tanggal 4 April 2016.

- Sankaranarayanan R., Budukh A., Rajkumar R. 2001. Effective Screening Programmes For Cervical Cancer In Low-and Middle-Income Developing Countries. *Bulletin of The World Organization*.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan (kuantitatif, kualitatif dan R&D)*. ALFABETA: Bandung.
- Wong L.P., Wong Y.L., Low W.Y., Khoo E.M., Shuib R. 2009. Knowledge and Awareness of Cervical Cancer and Screening Among Malaysian Women Who Have Never Had A Pap Smear : A Qualitative Study. *Singapore Med j* 2009 ; 50 (1) : 49.
- Yin, Robert K. 2015. *Studi Kasus : Desain dan Metode*. Jakarta : PT Rajagrafindo Persada.

# STUDI FENOMENOLOGI : DAMPAK KEKERASAN SEKSUAL PADA ANAK PEREMPUAN DI KABUPATEN WONOSOBO

Fibrinika Tuta Setiani, Sri Handayani, Warsiti  
email: tuta\_cepotez11@rocketmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Kasus kekerasan seksual setiap tahun mengalami peningkatan, korbannya bukan hanya dari kalangan dewasa namun sekarang sudah merambah ke remaja, anak-anak bahkan balita. Tindakan kekerasan seksual pada anak membawa dampak emosional dan fisik kepada korbannya.

**Tujuan :** Untuk memperoleh gambaran tentang dampak kekerasan seksual pada anak perempuan di Kabupaten Wonosobo.

**Metode :** Pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif. Informan utama adalah anak yang mengalami kekerasan seksual dan informan pendukung orang tua atau wali, orang terdekat yang dipercaya responden dan petugas unit pelayanan informasi perempuan dan anak. Pengambilan data melalui *purposive sampling* dan dilakukan *indepth interview* pada lima informan.

**Hasil :** Hasil penelitian mengungkapkan dampak kekerasan seksual pada anak perempuan bahwa yang muncul adalah rasa sakit pada tubuh, rasa takut melihat barang- barang yang berhubungan dengan pelaku, putus asa dan malu dengan lingkungan.

**Simpulan :** Dampak kekerasan seksual yang muncul adalah rasa sakit pada tubuh, rasa takut melihat barang- barang yang berhubungan dengan pelaku, putus asa dan malu dengan lingkungan.

**Kata Kunci** : Anak, Kekerasan Seksual, Dampak

## PENDAHULUAN

Dalam *era globalisasi* diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas harus dimulai sejak dini. Tidak hanya dalam pertumbuhan fisik saja, namun dalam perkembangan mental, sosial dan emosional sehingga kelak menjadi manusia yang mempunyai kecerdasan intelektual (IQ), kecerdasan emosional (EQ) kecerdasan sosial (SQ) dan kecerdasan spiritual yang tinggi. Untuk mendapatkan anak yang seperti diharapkan tentunya diperlukan berbagai upaya baik dari keluarga, masyarakat, maupun pemerintah (Wuryani, 2008).

Di Indonesia sendiri kasus kekerasan seksual pada anak yang tercatat di komisi perlindungan anak (KPA) dari tahun 2011 sampai tahun 2016 terdapat 1180 kasus anak sebagai korban kekerasan fisik, 442 kasus anak sebagai korban kekerasan psikis, 1877 anak sebagai korban kekerasan seksual dan 347 kasus anak sebagai korban pembunuhan. Berdasarkan data angka kejadian di Jawa Tengah terdapat 33 kasus anak

sebagai korban kekerasan fisik, 12 kasus anak sebagai korban kekerasan psikis, 94 anak sebagai korban kekerasan seksual dan 14 kasus anak sebagai korban pembunuhan (KPAI, 2016).

Dalam masa perkembangannya anak dijamin dan dilindungi hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Kekerasan yang dimaksud adalah setiap perbuatan terhadap anak yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, *psikis*, seksual, dan atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan (UU RI, 2014).

Kasus kekerasan seksual setiap tahun mengalami peningkatan, korbannya bukan hanya dari kalangan dewasa namun sekarang sudah merambah ke remaja, anak-anak bahkan balita. Fenomena kekerasan seksual terhadap anak semakin sering terjadi dan menjadi global hampir di berbagai negara. Kasus kekerasan seksual terhadap anak terus meningkat dari waktu ke waktu. Peningkatan tersebut tidak hanya dari segi kuantitas atau jumlah kasus yang terjadi, bahkan juga dari kualitas. Dan yang lebih tragis pelakunya adalah kebanyakan dari lingkungan keluarga atau lingkungan sekitar anak itu berada, antara lain di dalam rumahnya sendiri, sekolah, lembaga pendidikan, dan lingkungan sosial anak (Noviana,2015).

Kewenangan bidan berdasarkan peraturan menteri kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan, kewenangan yang dimiliki bidan yaitu pelayanan kesehatan reproduksi. Merupakan salah satu tugas seorang bidan dalam menjalankan profesinya untuk menjaga kesehatan reproduksi secara utuh yang selama ini belum dijalankan secara optimal (Permenkes,2010).

Tindakan kekerasan seksual pada anak membawa dampak emosional dan fisik kepada korbannya. Secara emosional, anak sebagai korban kekerasan seksual mengalami *stress*, depresi, goncangan jiwa, adanya perasaan bersalah dan menyalahkan diri sendiri, rasa takut berhubungan dengan orang lain, bayangan kejadian ketika anak menerima kekerasan seksual, mimpi buruk, *insomnia*, ketakutan dengan hal yang berhubungan dengan penyalahgunaan termasuk benda, bau, tempat, kunjungan dokter, masalah harga diri, *disfungsi* seksual, sakit kronis, kecanduan, keinginan bunuh diri, keluhan *somatik*, dan kehamilan yang tidak diinginkan. Selain itu muncul gangguan-

gangguan psikologis seperti *pasca-trauma stress disorder*, kecemasan, penyakit jiwa lain termasuk gangguan kepribadian dan gangguan identitas disosiatif, kecenderungan untuk *reviktimisasi* di masa dewasa, *bulimia nervosa*, bahkan adanya cedera fisik kepada anak (Levitan et al, 2003).

Kekerasan seksual yang terjadi dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan. Dampak yang dapat timbul dengan adanya kehamilan tersebut menyebabkan resiko gangguan psikologis seperti *stress*, depresi, berhenti meneruskan pendidikannya dan penganiayaan pada bayi (Mukhodim, Sri. 2015).

## **METODE PELAKSANAAN**

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *dekriptif* fenomenologi, yaitu suatu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang dinamika pengalaman terjadinya kekerasan seksual dan dampaknya pada anak perempuan dengan cara mendeskripsikan dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2010).

Informan inti, yaitu anak perempuan yang mengalami kekerasan seksual. Informan pendukung, yaitu orang tua atau wali, orang terdekat yang dipercaya responden dan petugas unit pelayanan informasi perempuan dan anak (UPIPA). Pengambilan responden sebagai informan penelitian dipilih berdasarkan tujuan atau kriteria tertentu yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga penelitian ini menggunakan teknik sampling bertujuan atau *purposive sampling* (Sugiyono, 2014). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dinamika pengalaman terjadinya kekerasan seksual dan dampaknya pada anak perempuan, sehingga sampel yang dibutuhkan dianggap terpenuhi bila tujuan penelitian dianggap telah tercapai oleh peneliti.

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal, yaitu dampak kekerasan seksual pada anak perempuan di Kabupaten Wonosobo. Variabel dalam penelitian ini diukur dengan wawancara mendalam dan *observasi*. Alat ukur yang digunakan adalah panduan wawancara dan panduan *observasi*. Dalam penelitian ini pengujian validitas internal menggunakan pendapat para ahli (*judgement experts*).

Dalam penelitian ini *triangulasi* yang digunakan adalah *triangulasi* sumber yaitu *triangulasi* dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara informan inti dengan

orang tua atau wali, orang terdekat yang dipercaya responden dan petugas unit pelayanan informasi perempuan dan anak (UIPA). Selain itu peneliti juga menggunakan *triangulasi* teknik pengumpulan data yaitu dengan menggunakan wawancara mendalam kepada setiap informan dan menggunakan studi dokumentasi berupa berita acara pemeriksaan dari kepolisian.

## **HASIL**

Hasil penelitian menunjukkan dampak yang muncul dari beberapa informan yaitu merasakan sakit pada tubuhnya, rasa takut melihat barang – barang yang berhubungan dengan pelaku, merasa putus asa, dan malu dengan lingkungan.

Rasa takut menembus kehidupan korban. Mimpi buruk, fobia, dan kecemasan dialami oleh korban disertai dengan rasa sakit. Perasaan tidak berdaya mengakibatkan individu merasa lemah. Korban merasa dirinya tidak mampu dan kurang efektif dalam bekerja. Beberapa korban juga merasa sakit pada tubuhnya. Sebaliknya, pada korban lain memiliki intensitas dan dorongan yang berlebihan dalam dirinya (Finkelhor dan Browne, Briere dalam Tower, 2002).

Korban kekerasan seksual merasa bersalah, malu, memiliki gambaran diri yang buruk. Rasa bersalah dan malu terbentuk akibat ketidakberdayaan dan merasa bahwa mereka tidak memiliki kekuatan untuk mengontrol dirinya. Anak sebagai korban sering merasa berbeda dengan orang lain, dan beberapa korban marah pada tubuhnya akibat penganiayaan yang dialami (Tower, 2002).

## **PEMBAHASAN**

Penelitian Fuadi, M. Anwar, 2011 menyebutkan bahwa kekerasan seksual yang terjadi tidak sederhana dampak psikologisnya. Korban akan diliputi perasaan dendam, marah, penuh kebencian yang tadinya ditujukan kepada orang yang melecehkannya dan kemudian menyebar kepada obyek-obyek atau orang-orang lain. Setelah mengalami kekerasan seksual berbagai macam penilaian terhadap masalah yang dialami subyek bermacam-macam muncul perasaan sedih, tidak nyaman, lelah, kesal dan bingung hingga rasa tidak berdaya muncul. Subyek berusaha mengevaluasi sumber stress yang muncul (primary apparsial) dengan menilai apakah suatu situasi menimbulkan stress pada dirinya (Folkman, 1986).



Hasil penelitian menunjukkan dampak yang muncul dari beberapa informan yaitu merasakan sakit pada tubuhnya, rasa takut melihat barang – barang yang berhubungan dengan pelaku, merasa putus asa, dan malu dengan lingkungan.

Rasa takut menembus kehidupan korban. Mimpi buruk, fobia, dan kecemasan dialami oleh korban disertai dengan rasa sakit. Perasaan tidak berdaya mengakibatkan individu merasa lemah. Korban merasa dirinya tidak mampu dan kurang efektif dalam bekerja. Beberapa korban juga merasa sakit pada tubuhnya. Sebaliknya, pada korban lain memiliki intensitas dan dorongan yang berlebihan dalam dirinya (Finkelhor dan Browne, Briere dalam Tower, 2002).

Korban kekerasan seksual merasa bersalah, malu, memiliki gambaran diri yang buruk. Rasa bersalah dan malu terbentuk akibat ketidakberdayaan dan merasa bahwa mereka tidak memiliki kekuatan untuk mengontrol dirinya. Anak sebagai korban sering merasa berbeda dengan orang lain, dan beberapa korban marah pada tubuhnya akibat penganiayaan yang dialami (Tower, 2002).

Secara fisik memang mungkin tidak ada hal yang harus dipermasalahkan pada anak yang menjadi korban kekerasan seksual, tapi secara psikis bisa menimbulkan ketagihan, trauma, pelampiasan dendam dan lain-lain. Apa yang menimpa mereka akan mempengaruhi kematangan dan kemandirian hidup anak di masa depan, caranya melihat dunia serta masa depannya secara umum.

Russel (Tower, 2002) menemukan bahwa perempuan yang mengalami kekerasan seksual cenderung menolak hubungan seksual, dan sebagai konsekuensinya menjadi korban kekerasan seksual dalam rumah tangga. Finkelhor (Tower, 2002). Dalam penelitian ini dua informan mengalami trauma terhadap lawan jenis, namun tiga diantaranya mengatakan biasa dalam memandang lawan jenis.

## KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan dampak yang muncul dari beberapa informan yaitu merasakan sakit pada tubuhnya, rasa takut melihat barang – barang yang berhubungan dengan pelaku, merasa putus asa, dan malu dengan lingkungan.

Rasa takut menembus kehidupan korban. Mimpi buruk, *fobia*, dan kecemasan dialami oleh korban disertai dengan rasa sakit. Perasaan tidak berdaya mengakibatkan individu merasa lemah. Korban merasa dirinya tidak mampu dan kurang efektif dalam bekerja. Beberapa korban juga merasa sakit pada tubuhnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiati, Harissta. 2016. *85% korban kekerasan seksual di wonosobo masih di bawah umur*. www.wonosobozone.com ( diakses 13 januari 2016)
- Akbar, Cholis. 2014. *Presiden SBY keluarkan Inpres Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual terhadap Anak*. www.hidayatulloh.com
- Arikunto, Suharsimi. 2013. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta : Jakarta
- Cresswell, John W. 2016. *Research Design*. Pustaka Pelajar : Yogyakarta
- Depkes, RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1646/Menkes/PerIX/2010*
- Erlinda.2014. *Upaya Peningkatan Anak dari Bahaya Kekerasan, Pelecehan dan Eksploitasi*. KPAI: Jakarta
- Fauzia, Yurika W. 2006. *Gangguan Stres Pasca Trauma pada Korban Pelecehan Seksual dan Perkosaan*. Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Surabaya
- Handayani, Sri. 2015. *Studi Kualitatif Longitudinal : Dinamika Resiliensi dalam Proses Pengambilan Keputusan dan Dampaknyad di Kalangan Remaja yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan Di Daerah Istimewa Yogyakarta*. Yogyakarta
- Huraerah, Abu. 2006. *Kekerasan Pada Anak*. Bandung: Penerbit Nuansa
- KPAI. 2016. *Data Kasus Perlindungan Anak Berdasarkan Lokasi Pengaduan dan Pemantauan Media Se-Indonesia Tahun 2011-2016*. www.kpai.go.id. diakses 17 juli 2016
- Kurniawati, M. 2013. *Studi Kualitatif Kekerasan Seksual pada Anak di Kabupaten Pidie Tahun 2013*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

- Kusnandi, Rusmil.2004. *Penganiayaan dan Kekerasan terhadap Anak, Dalam Makalah "Penanganan Kekerasan Pada Wanita dan Anak"*. Bandung
- Levitan, R. D., N. A. Rector, Sheldon, T., & Goering, P. 2003. *Childhood Adversities Associated with Major Depression and/or Anxiety Disorders Incommunity Sample of Ontario Issues of Co-Morbidity and Specifity*. Depression & Anxiety (online); 17, 34-42.
- Macdonald G, Higgins JPT, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, O'Daniel R, Pickering M, Rademaker B, Richardson G, TaylorM. 2012. *Cognitive-Behavioural Interventions For Children Who Have Been Sexually Abused*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD001930.
- Maslihah, Sri. (2006). *"Kekerasan Terhadap Anak: Model Transisional dan Dampak Jangka Panjang"*. Edukid: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini.I (1).25-33.
- Moleong, Lexy.2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya: Bandung
- Mukhodim, Sri Farihah H. 2015. *Dampak Psikologis Pada Kehamilan Remaja*. Midwiferia/Vol 1 No 2/ Oktober 2015.
- Notoatmojo Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta
- Noviana, Ivo.2015. *Kekerasan Seksual Terhadap Anak: Dampak Dan Penanganannya*. Jurnal Sosio Informa Vol. 01, No. 1, Januari - April, Tahun 2015
- Patton, Michael Quinn. 2009. *Metode Evaliasi Kualitatif*. Pustaka Pelajar Offset:Yogyakarta
- Polit, D. F., & Beck, C. T. 2012. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Ninth Edition.
- Portal PPID Prov Jateng. 2016. *Kabupaten Wonosobo*. www.jatengprov.go.id.(diakses 12 januari 2016)
- Retnowati, S. 2008. *Case/ Remaja dan Permasalahannya*. [http://sofiapsy.staff.ugm.ac.id/files/remaja dan permasalahannya.doc](http://sofiapsy.staff.ugm.ac.id/files/remaja%20dan%20permasalahannya.doc) (diakses 20 Mei 2008).
- Romans,Sarah E., M.D., F.R.A.N.Z.C.P., Judy L. Martin, M.A., Eleanor Morris, B.A., and G. Peter Herbison, M.Sc. 1999. *Psychological Defense Styles in Women Who Report Childhood Sexual Abuse: A Controlled Community Study*. Am J Psychiatry 1999; 156:1080–1085).
- Sisca, H.,Moningka, C. 2009. *Resiliensi perempuan dewasa muda yang pernah mengalami kekerasan seksual di masa kanak-kanak*. Jurnal Proceeding PESAT (Psikologi, Ekonomi, Sastra, Arsitektur & Sipil) Vol : 3 Oktober 2009.
- Solihin, Lianny. 2004. *Tindakan kekerasan pada anak dalam keluarga*. Jurnal Pendidikan Penabur - No.03 / Th.III / Desember 2004.

- Sugioyono, 2005. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suyanto,Siswanto Susilo.2013. *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Bursa ilmu: Yogyakarta
- Tafirham, A.2016. *Profil UPIPA GOW Wonosobo*. UPIPA: Wonosobo
- Tower, Cynthia Crosson. (2002). *Child Abuse and neglect*. USA: Mc Graw Hill.
- UNICEF. (2012). *Perlindungan Anak*. Ringkasan Kajian – UNICEF, Oktober 2012.
- UU RI. 1949. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak*
- UU RI. 2009. *Undang- Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*
- UU RI. 2014.*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak*.
- Wuryani, S,E. 2008.*Pendidikan Sex Untuk Keluarga*: Jakarta: PT.Indekx

# PENGARUH FREKUENSI YOGA TERHADAP KECEMASAN IBU HAMIL TRIMESTER III DI PUSKESMAS WILAYAH KOTA YOGYAKARTA

Nurfaizah Alza, Detty Siti Nurdiati, Ismarwati  
email: [iza.midwifery@gmail.com](mailto:iza.midwifery@gmail.com)

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kecemasan berdampak pada keadaan ibu dan janin, dapat terjadi depresi postpartum dan persalinan prematur. Yoga berpotensi utama untuk menciptakan keseimbangan dimensi emosional, mental, fisik dan spiritual. Kecemasan pada kehamilan dapat dikurangi melalui yoga.

**Tujuan:** Dapat diketahui pengaruh frekuensi yoga terhadap kecemasan ibu hamil trimester III di Puskesmas Wilayah Kota Yogyakarta.

**Metode:** *One group pre test dan post test.* Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 30 responden. Analisis yang digunakan adalah *paired t test.*

**Hasil:** Terdapat penurunan bermakna rata-rata skor kecemasan antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok yang mengikuti yoga sebanyak 7 dan 8 kali dengan *p value* < 0,05 sedangkan penurunan kecemasan pada kelompok yang mengikuti yoga sebanyak 4, 5 dan 6 kali tidak bermakna dengan *p value* > 0,05.

**Simpulan:** Pelaksanaan yoga dengan frekuensi 7 dan 8 kali berpengaruh terhadap kecemasan ibu hamil trimester III.

**Kata Kunci:** Frekuensi, Yoga, Kecemasan, Ibu Hamil, Trimester III

## PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan proses fisiologis dalam fase kehidupan seorang wanita. Selama kehamilan akan terjadi peningkatan hormon yang mempengaruhi keadaan fisik dan psikologis ibu. Perubahan hormon ini akan mengakibatkan ibu mengalami perubahan emosional seperti mudah marah, malas, cemburu, kurang percaya diri dan menimbulkan kecemasan bahkan sampai depresi (Pieter dan Lubis, 2011).

Kecemasan berdampak pada keadaan ibu dan janin bahkan hingga dewasa, diantaranya adalah berdasarkan penelitian Sadock *et al* (2010) menyatakan kecemasan akibat ketakutan terhadap proses persalinan menimbulkan emosi atau kecemasan menjadi intens sampai persalinan dan dapat menyebabkan terjadinya depresi postpartum. Kecemasan dapat berisiko menyebabkan kelahiran *premature* (Dole *et al.*, 2003). Staneva *et al* (2015) yang menyatakan bahwa kecemasan, stres dan depresi kehamilan meningkatkan risiko kelahiran prematur.

Prevalensi kecemasan selama kehamilan di beberapa negara yaitu diantaranya di Bangladesh sebesar 18% (Nasreen *et al.*, 2011), Cina 20,6% (Kang *et al.*, 2016) dan

Pakistan 18% (Karmaliani *et al.*, 2013). Penelitian Astria (2009) terhadap 100 ibu hamil di Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati menunjukkan ibu yang mengalami kecemasan sebesar 52,5%.

Latihan fisik seperti yoga terbukti efektif dapat menurunkan kecemasan pada kehamilan (Davis *et al.*, 2015). Yoga berpotensi utama untuk menciptakan keseimbangan dimensi emosional, mental, fisik dan spiritual. Yoga mampu mengubah regulasi sistem fisiologis dan meningkatkan psikologis serta kebugaran fisik (Field *et al.*, 2011; Wren *et al.*, 2012). Secara fisiologis, yoga menekan sekresi *Corticotrophin Releasing Hormone* (CRH) dan mengeluarkan hormon endorpin (Streeter, 2012).

Bidan memiliki peran yang penting dalam upaya membantu ibu beradaptasi terhadap permasalahan yang dihadapi selama kehamilan untuk meningkatkan kesiapan ibu secara fisik dan psikologis agar berada dalam status kesehatan yang optimal. Salah satunya adalah dengan mempromosikan, membimbing atau mengajarkan latihan (senam) sebagai bentuk metode *nonfarmakologi*. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. 369 tentang pengetahuan dasar terkait perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga, bidan harus memiliki keterampilan dasar untuk mampu memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok (Kepmenkes RI, 2007).

Latihan fisik termasuk yoga bila dilakukan dengan intensitas tinggi dan tidak sesuai aturan dapat menjadi stressor bagi tubuh. Oleh karena itu, untuk dapat berfungsi sebagai stimulator yang dapat menurunkan kecemasan, depresi dan meningkatkan mood adalah yoga yang dilakukan dengan teratur, terukur dan berkesinambungan (Sugiharto, 2012).

Hasil wawancara pada sepuluh ibu hamil menunjukkan umumnya ibu merasakan perubahan emosional pada dirinya selama hamil. Ibu merasa cemas dengan kehamilannya dan kecemasan ibu semakin meningkat seiring dengan waktu persalinan semakin dekat terutama bagi ibu yang primigravida diantaranya ibu merasa takut jika tidak bisa melahirkan normal dan ibu merasa khawatir jika terjadi masalah pada diri atau bayinya. Sebagian besar ibu tidak pernah mengikuti latihan fisik seperti senam hamil dan yoga. Adapun yang pernah mengikuti hanya sekali sesuai dengan jadwal yang ada di puskesmas. Hal ini yang mendasari penulis melakukan penelitian tentang pengaruh frekuensi yoga terhadap kecemasan ibu hamil trimester III.

## METODE

*One group pre test dan post test.* Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil trimester III di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan dan Mantriheron dengan jumlah populasi sebanyak 143 orang. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah kehamilan tunggal dengan umur kehamilan 28-33 minggu, ibu hamil sudah melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 2 kali di fasilitas kesehatan, tidak mengalami cacat fisik dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang mengalami komplikasi dalam kehamilan seperti perdarahan, hipertensi dan preklampsia dan tidak mengalami cacat fisik.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner karakteristik responden, kuesioner *Zung-Self Rating Scale (ZSAS)* dan lembar obeservasi pelaksanaan yoga. Pelaksanaan penelitian dilakukan setelah mendapatkan izin dari komisi etik Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, seluruh ibu responden diberikan informasi mengenai jalannya penelitian serta persetujuan menjadi partisipan.

## HASIL PENELITIAN

### A. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik	N	%
Usia ibu		
Tidak berisiko	24	80
Berisiko	6	20
Tingkat Pendidikan		
Tinggi	27	90
Rendah	3	10
Pekerjaan		
Tidak bekerja	16	53,3
Bekerja	14	46,7
Graviditas		
Multigravida	20	66,7
Primigravida	10	33,3
Dukungan suami		
Dukungan baik	15	50
Dukungan kurang	15	50
Latihan fisik		
Mengikuti	8	26,7
Tidak mengikuti	22	73,3

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden pada usia tidak berisiko yaitu 24 (80%) dan mayoritas berpendidikan tinggi 27 (90%). Untuk pekerjaan sebagian besar tidak bekerja 16 (53,3%), untuk graviditas terbanyak pada multigravida 20 (66,7%), untuk dukungan suami antara yang mendapatkan dukungan baik dan kurang sama 15 (50%) dan untuk latihan fisik paling banyak tidak mengikuti yaitu 22 (73,3%).

## B. Distribusi Frekwensi Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Pre Test dan Post Test

Tabel 2. Kecemasan Ibu Hamil Trimester III *Pretest* dan *Posttest*

Kelompok	Perubahan Kecemasan		Uji t tidak berpasangan		p
	Mean ± SD	Δ mean	95% CI		
Pretest	36,80 ± 6,54	5,13	3,590-6,677		0,000
Posttest	31,67 ± 5,05				

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa terdapat penurunan rata-rata skor kecemasan antara *pretest* dan *posttest* sebesar 5,13 yaitu dari rata-rata 36,80 menurun menjadi 31,67 dengan *p value* sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ). Hal tersebut secara statistik menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna antara rata-rata skor kecemasan *pretest* dan *posttest* setelah pemberian intervensi yoga.

## C. Distribusi Frekwensi Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Pretest dan Posttest

Tabel 3. Kecemasan Ibu Hamil Trimester III *Pretest* dan *Posttest* Berdasarkan Frekuensi Yoga

Frekuensi Yoga	N	Pretest		Posttest		Uji t berpasangan		p
		Mean ± SD	Mean ± SD	Δ mean	95% CI			
4 kali	4	35,75 ± 10,37	30,00 ± 6,78	5,75	-1,048-12,548		0,074	
5 kali	2	43,00 ± 11,31	33,50 ± 4,95	9,50	-47,678-66,678		0,282	
6 kali	3	37,00 ± 1,73	36,00 ± 2,64	1,00	-1,484-3,484		0,225	
7 kali	8	34,38 ± 4,63	30,00 ± 5,29	4,38	2,591-6,159		0,001	
8 kali	13	37,62 ± 6,44	31,92 ± 4,75	5,69	2,843-4,353		0,001	

Tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang bermakna antara skor rata-rata kecemasan *pretest* dan *posttest* pada kelompok responden yang melakukan yoga sebanyak 7 dan 8 kali dengan masing-masing *p value* sebesar 0,001 ( $p < 0,05$ ).



## PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan penurunan skor rata-rata kecemasan setelah pemberian intervensi yoga sebesar 5,13 dan penurunan tersebut bermakna secara statistik dengan *p value* 0,000 ( $p < 0,05$ ). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Gong *et al* (2015) yang menunjukkan bahwa terdapat penurunan pada tingkat depresi ibu pada kelompok yoga dibandingkan kelompok kontrol dengan *p value* 0,0007 ( $p < 0,05$ ). Hal ini disebabkan karena dengan melakukan yoga, responden akan merasakan rileks. Tubuh memberikan respon untuk menekan sekresi *Corticotrophin Relasing Hormone* (CRH) dan menghasilkan hormon endorpin (Streeter, 2012).

Berdasarkan frekuensi yoga, penurunan skor rata-rata kecemasan bermakna pada kelompok yang mengikuti yoga 7 dan 8 kali sedangkan penurunan pada kelompok yang mengikuti yoga dengan frekuensi 4, 5 dan 6 tidak bermakna. Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa *cut of poin* untuk frekuensi yoga berdasarkan hasil temuan dalam penelitian ini adalah yoga dengan frekuensi  $> 6$  kali lebih baik dibanding dengan  $\leq 6$  kali.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang direkomendasikan bahwa yoga lebih memberikan efek atau pengaruh jika lebih sering dan teratur. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Maryam (2016) yang mana kelompok intervensi diberikan yoga sebanyak dua kali selama dua minggu atau hanya empat kali pertemuan namun dengan sejumlah pertemuan tersebut tetap terdapat penurunan rerata skor kecemasan sebelum dan setelah pemberian yoga hamil yaitu rerata skor sebelum adalah 78,15 menjadi 54,20 setelah diberikan yoga hamil serta terdapat perbedaan rerata bahwa kelompok yoga dapat menurunkan kecemasan menghadapi persalinan dibandingkan dengan kelompok kontrol dan secara statistik bermakna dengan *p value* 0,001 ( $p < 0,05$ ). Hasil penelitian ini berbeda pula dengan penelitian Mediarti *et al* (2014) tentang pengaruh yoga antenatal terhadap pengurangan keluhan ibu hamil trimester III, intervensi yoga diberikan sebanyak empat kali yaitu satu kali pertemuan setiap minggu dan dilakukan selama empat minggu dimana minggu pertama dilakukan pagi hari dan minggu kedua sampai keempat pada sore hari dan hasilnya secara statistik bermakna.

*The American College of Obstetricians and Gynecologists* (2015) merekomendasikan bahwa ibu hamil tanpa komplikasi harus didorong untuk terlibat atau mengikuti latihan fisik karena latihan fisik yang dilakukan secara teratur dapat

meningkatkan atau mempertahankan kebugaran fisik dan kesejahteraan psikologis. Yoga merupakan salah satu latihan fisik (*physical excersice*) yang direkomendasikan karena sangat bermanfaat baik pada pada masa kehamilan, persalinan, *postpartum* hingga akan berdampak pada keadaan bayi (Shiraishi *et al*, 2016; Riley & Drake, 2013).

Ibu hamil yang melakukan kegiatan latihan fisik cukup sering dan teratur akan memberikan efek yang lebih baik. Dalam *Physical Activity Guidelines for Americans* (2008) direkomendasikan bahwa yoga untuk ibu hamil sebaiknya dilakukan minimal dilakukan dua kali seminggu dan maksimal tiga kali seminggu dengan intensitas sedang. Berdasar pada hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa yoga dengan frekuensi yang sedikit telah dapat memberikan efek atau pengaruh terhadap penurunan skor rata-rata kecemasan. Namun, dengan dilakukan lebih sering dan teratur akan memberikan efek yang lebih baik lagi.

## **KESIMPULAN**

Pelaksanaan yoga dengan frekuensi 7 dan 8 kali berpengaruh terhadap kecemasan ibu hamil trimester III di Puskesmas Wilayah Kota Yogyakarta.

## **SARAN**

Bagi Puskesmas Wilayah Kota Yogyakarta untuk melakukan *screening* terhadap keadaan psikologi ibu dengan instrumen yang sudah valid dan mensosialisasikan kepada ibu hamil bahwa yoga merupakan salah satu bentuk latihan fisik yang baik untuk dilakukan dan sebaiknya dilakukan dengan frekuensi secara sering dan teratur yaitu minimal dua kali dan maksimal tiga kali seminggu bahkan kegiatan tersebut diaplikasikan atau dijadikan kegiatan rutin demi memberikan asuhan kebidanan yang *holistic*.

Bagi ibu hamil hendaknya mengikuti latihan fisik terutama yoga dengan frekuensi secara sering dan teratur.

Bagi peneliti selanjutnya hendaknya melakukan penelitian serupa dengan mengobservasi kecemasan sampai proses persalinan berlangsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astria, Y. (2009) Hubungan karakteristik ibu hamil trimester III dengan kecemasan dalam menghadapi persalinan di Poliklinik kebidanan dan kandungan RSUP Fatmawati. Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Jakarta.
- Davis, K., Goodman, S. H., Leiferman, J., Taylor, M. & Dimidjian, S. (2015) Complementary therapies in clinical practice a randomized controlled trial of yoga for pregnant women with symptoms of depression and anxiety. *Complement Ther Clin Pract*, 21 (3): 166–72.
- Departement of Health and Human Services. (2008) Physical activity guidelines for Americans. [www.health.gov/paguidelines](http://www.health.gov/paguidelines).
- Field, T., Diego, M., Reif, M. H., Medina, L., Delgado, J. & Hernandez, A. (2012) Yoga and massase therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther*, 16 (2): 204-9.
- Gong, H., Ni, C., Wu, T. & Jiang, C. (2015) Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15: 14.
- Kang, Y., Yao, Y., Dou, J., Guo, X., Li, S. & Zhao, C. (2016) Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in china. *Int J Environ Res Public Health*, 13 (5): 468.
- Karmaliani, R., Asad, N., Bann, C., Moss, N., McClure, E., Pasha, O., Wright, L. & Goldenberg, R. (2013) Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *Int J Soc Psychiatry*, 55 (5).
- Maryam, S. (2016) Perbedaan efektifitas senam hamil dan yoga hamil terhadap kecemasan menghadapi persalinan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Sebelas Maret Surakarta.
- Mediarti, Devi., Sulaiman., Rosnani., Jawiah. (2014) Pengaruh yoga antenatal terhadap pengurangan keluhan ibu hamil trimester III. Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Palembang Jurusan Keperawatan.
- Nasreen, H., Kabir, Z., Forsell, Y. & Edhborg, M. (2011) Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in Rural Bangladesh. *BMC Womens Health*, 11: 22.
- Pieter, H. Z. & Lubis, N. L. (2011) *Pengantar psikologi untuk kebidanan*. Jakarta: Kencana.
- Riley, K. & Drake, E. (2013) The effects of prenatal yoga on birth outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of Perinatal Psychology and Health*, 28 (1): 3–20.
- Sadock, B., Sadock, V. & Kaplan H. (2010) *Synopsis of psychiatry behavioral sciences, 10th ed.* Tehran: Arjmand Publication.

- Shiraishi, J. C., Mara, L. & Bezerra, A. (2016) Complementary therapies in clinical practice effects of yoga practice on muscular endurance in young women. *Complement Ther Clin Pract*, 22: 69–73.
- Sugiharto. (2012) Fisioneurohormonal pada stresor olahraga. *Jurnal Sains dan Psikologi*, jilid 2.
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M. & Wittkowski, A. (2015) The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women Birth*, 28 (3): 179-93.
- Streeter, C. C., Gerbarg, P. L., Saper, R. B., Ciraulo, D. A. & Brown, R. P. (2012) Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Med Hypotheses*, 78 (5): 571-9.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015) Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period.
- Wren, A., Wright, Melissa, A., Carson, J. & Keefe, F. (2012) Yoga for persistent pain: new findings and directions for an ancient practice. *Pain*, 152 (3): 477-80.

# **PENGALAMAN IBU DALAM PELAKSANAAN KANGAROO MOTHER CARE PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI RSU SAWERIGADING KOTA PALOPO SULAWESI SELATAN**

**Andi Kasrida Dahlan, Wiwik Kusumawati, Retno Mawarti**  
email: [idthamatahari09@gmail.com](mailto:idthamatahari09@gmail.com)

## **ABSTRAK**

*Kangaroo Mother Care* (KMC) merupakan perawatan untuk bayi berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu atau *skin-to-skin contact*, dimana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayi sebagai satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah, sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR. Tujuan dari penelitian ini untuk mengidentifikasi pengalaman ibu mengenai pelaksanaan KMC pada bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan Kualitatif fenomenologi dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* yang melibatkan 4 orang informan kunci dengan kriteria memiliki BBLR dan pernah melakukan KMC. Pengambilan data melalui wawancara mendalam yang direkam kemudian di buat transkrip dan dianalisis dengan model Miles dan Huberman. Hasil Penelitian didapatkan tema yang diperoleh yaitu alasan melaksanakan KMC, pelayanan kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan, motivasi ibu, pelaksanaan KMC, dukungan keluarga dan tenaga kesehatan, hambatan dalam pelaksanaan, perasaan setelah melaksanakan KMC. Kesimpulan dari penelitian Pengetahuan, motivasi, dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat mendukung ibu dalam melaksanakan KMC. Sedangkan waktu, alat dan cara menggunakan baju merupakan hambatan dalam pelaksanaan.

**Kata Kunci :** Pengalaman, *Kangaroo Mother Care*, Ibu, BBLR, Kualitatif, Wawancara.

## **PENDAHULUAN**

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang berat badannya kurang dari 2500 gram atau sama dengan 2500 gram disebut *Low Birth Weight (LBW)* tanpa memandang usia gestasi. (Wong, 2007; WHO, 2009; Hockenberry *et al.*, 2009) penyebab terbanyak terjadi pada kelahiran prematur, semakin muda usia kehamilan semakin besar resiko jangka pendek dan jangka panjang dapat terjadi (Atikah, 2010) dan bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang atau mengalami gangguan pertumbuhan selama masih dalam kandungan disebut *intra uterin growth restriction /IUGR* (WHO, 2009).

BBLR menjadi salah satu penyebab utama kematian neonatal pada usia 0-28 hari pertama kehidupan (WHO, 2009). Di Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki persentase BBLR yang cukup tinggi yaitu 10,2 % dengan angka kejadian

BBLR tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah yaitu 16,8%, disusul oleh provinsi Papua 15,6% dan Sulawesi Selatan berkisar 12,6% (Kemenkes RI, 2014).

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2014 Persentase BBLR yaitu 4.376 kasus (3,02%) terdiri dari Makassar, Gowa dan Kabupaten Luwu merupakan urutan ketiga tertinggi dengan jumlah 288 kasus. Di RSUD Sawerigading Kota Palopo angka kejadian BBLR masih cukup tinggi pada tahun 2015 berjumlah 209 kasus dan adanya kematian pada bayi berjumlah 29 kasus yang penyebab kematiannya antara lain asfiksia, kelainan konginital, *respiratory distress syndrome* (RDS) dan kematian terbanyak adalah BBLR sejumlah 10 kasus.

Salah satu cara untuk mengurangi angka kematian pada BBLR adalah dengan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC) yang pertama kali diperkenalkan oleh Ray dan Martinez pada tahun 1979 di Bogota Columbia sebagai cara alternatif yang dapat membantu perawatan BBLR ditengah tingginya angka kematian dan terbatasnya fasilitas kesehatan yang ada. (Conde *et al.*, 2014; Suradi *et al.*, 2013).

BBLR mengalami berbagai masalah selain kematian pada bayi resiko lain yang dapat terjadi pada BBLR adalah resiko infeksi karena cadangan *imunoglobulin maternal* menurun disebabkan oleh jaringan kulit yang masih tipis dan mudah sekali terjadi *hipotermi*, BBLR mengalami *imaturitas* organ-organ tubuh seperti organ paru-paru sehingga mudah mengalami kesulitan bernafas dan resiko gangguan nutrisi dimana fungsi ginjal yang belum matur, fungsi hati dan pencernaan serta reflek menelan dan mengisap bayi yang masih lemah, kapasitas perutnya pun kecil sehingga cadangan nutrisi terbatas (Bobak, 2004; Depkes, 2009; Elizabeth, *et al.*, 2013; Suradi *et al.*, 2013). Selain itu resiko *asfiksia* berat penanganannya dengan melakukan perawatan *inkubator* selama di rumah sakit. Namun bila bayi telah diperbolehkan pulang kerumah masih tetap membutuhkan perawatan yang efektif oleh ibunya selain menggunakan inkubator cara lain adalah dengan perawatan metode kanguru atau KMC (Suradi *et al.*, 2013).

*Kangaroo Mother Care* (KMC) merupakan perawatan untuk bayi berat lahir rendah dengan melakukan kontak langsung antara kulit bayi dengan kulit ibu atau *skin-to-skin contact*, dimana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayi (Atikah, 2010; Bobak, 2004) yang merupakan satu teknologi tepat guna yang sederhana, murah, sangat dianjurkan untuk perawatan BBLR (HTA, 2008).

Beberapa penelitian yang di dapatkan bahwa KMC sudah terbukti berpengaruh terhadap keadaan fisik BBLR meliputi stabilnya *Heart rate* BBLR, frekuensi nafas dan sangat efektif menjaga suhu BBLR tetap hangat (El-Nagger *et al.*, 2013). Menurut penelitian Gregson *et al.*, (2011) dari 74 partisipan (ibu dengan BBLR), 72 partisipan atau 97% partisipan merasa senang merawat bayinya dengan metode kanguru. Respon yang diberikan partisipan menyatakan bahwa perawatan metode kanguru (*Kangaroo Care*) membantu mereka lebih dekat dengan bayinya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nirmala (2006) yang menyatakan persepsi positif ibu dan tenaga kesehatan terhadap KMC berpengaruh pada perkembangan fisiologi yang baik pada BBLR.

Wawancara yang dilakukan pada dua orang ibu yang bayinya dirawat di ruang Perinatologi didapatkan hasil bahwa ibu-ibu tersebut tidak mengetahui tentang KMC. Hasil wawancara dengan ibu pertama didapatkan bahwa ibu merasa takut dan khawatir terhadap kondisi bayinya yang sangat kecil. Ibu tidak tahu bagaimana cara merawat bayinya dan bertanya apakah anaknya dapat tumbuh seperti bayi normal lainnya serta bayinya tidak dilakukan perawatan KMC karena ibunya melahirkan dirumah sakit yang berbeda dan bayinya dirujuk ke rumah sakit Sawerigading disebabkan warna kulit bayi biru pada seluruh tubuh. Rujuk. Sedangkan Ibu yang kedua menyatakan melakukan KMC segera setelah bayinya lahir dan setelah pulang ke rumah ibu tidak melakukan secara rutin karena tidak memiliki baju kanguru dan ibunya berkerja..

Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang bagaimana pengalaman ibu dalam pelaksanaan *kangaroo mother care* pada bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Umum Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan”.

## **METODE PENELITIAN**

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Fenomenologi adalah pengalaman subyektif atau pengalaman fenomenologikal atau suatu studi tentang kesadaran dari perspektif pokok dari seseorang.(Prastowo, 2011; Moleong, 2010). Fokus penelitian ini adalah pengalaman atau apa yang dirasakan dan dialami oleh ibu yang memiliki BBLR pada saat melakukan KMC yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Sawerigading Kota Palopo Provinsi Sulawesi Selatan yang dilaksanakan pada November – Desember 2016.

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang pernah memiliki BBLR dan melaksanakan KMC di RSUD Sawerigading kota palopo. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang terdapat pada populasi (Sugiyono, 2014). Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel dengan maksud dan tujuan tertentu (Putra, 2012) dengan jumlah sampel adalah empat informan yang memenuhi kriteria inklusi adalah ibu yang memiliki BBLR kurang dari 1500 – 2499 gram karena umumnya bayi dengan berat badan tersebut memiliki kondisi lebih stabil dan sedikit mengalami masalah pemantauan, ibu yang pernah melakukan KMC secara langsung dan bersedia menjadi informan dalam penelitian ini. Kriteria eksklusi adalah bayi yang kelainan bawaan mayor (*labioskisis, palatoskisis, amfalokel*) dan ibu yang sedang sakit sehingga tidak dapat melaksanakan KMC dan tidak keluarga yang dapat menggantikan dalam perawatan.

Instrumen penelitian menggunakan alat untuk merekam berupa *recorder*, format pengumpulan data demografi, daftar pertanyaan wawancara semiterstruktur (*semistructure interview*), alat tulis dan buku catatan. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*) dalam waktu kurang lebih satu jam pada setiap pertemuan. Uji Validitas menggunakan validitas *konstruk* menggunakan pendapat ahli (*experts judgement*) dengan jumlah ahli yaitu satu orang yang sesuai dengan lingkup penelitian adalah dokter anak.

Keabsahan data dicapai melalui derajat kepercayaan (*credibility*) dengan teknik triangulasi yaitu triangulasi sumber dan metode. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain (Moleong, 2010). Analisa data pada penelitian ini mengadopsi model Miles dan Huberman (1992) dalam Sugiyono (2014) yang terdiri dari tiga kegiatan yaitu penyederhanaan/reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi. Pelaksanaan penelitian dilakukan setelah mendapatkan izin dari komisi etik Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.



## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan terdapat 7 tema yang akan di bahas sebagai berikut :

NO	TEMA	KATEGORI
1.	Alasan melaksanakan KMC	1. Keharusan RS 2. Meningkatkan BB 3. Menghangatkan bayi
2.	Pelayanan kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan	Bidan, perawat
3.	Motivasi ibu dalam pelaksanaan KMC	1. Kesehatan bayi 2. Dorongan dari diri sendiri
4.	Pelaksanaan KMC	1. Dilakukan setiap hari 2. Durasi pelaksanaan berbeda-beda 3. Bayi didekap didada 4. Posisi kodok
5.	Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan	1. Fisik 2. Emosional 3. Edukasi
6.	Hambatan dalam pelaksanaan	1. Waktu 2. Baju
7.	Respon emosi setelah melaksanakan KMC	1. Nyaman 2. Percaya Diri 3. Mandiri

Tujuh tema mengenai pengalaman yang ditemukan tersebut menjadi dasar ketika melakukan KMC pada BBLR antara lain :

### 1. Alasan melaksanakan KMC

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan diperoleh beberapa alasan informan melakukan KMC karena merupakan syarat dari rumah sakit agar bayi dapat diijinkan pulang, mendapatkan informasi bahwa dengan melakukan KMC dapat meningkatkan berat badan dan dapat menghangatkan tubuh bayi.

Satu informan melakukan PMK karena merupakan syarat agar dapat cepat pulang dari rumah sakit dan dilanjutkan perawatan di rumah. Sejalan dengan apa yang dikemukakan Ragdhild *et al.*, (2010) menyatakan perawatan di rumah yang baik sangat diperlukan oleh BBLR setelah diijinkan pulang dari rumah sakit. Bayi dapat dirawat di rumah dengan pertimbangan bahwa bayi sudah stabil, mampu mempertahankan suhu tubuh dalam KMC dan sudah bisa menyusu dengan baik. Sejalan dengan beberapa penelitian (Bobak, 2004; Elizabeth, *et al*, 2013; Suradi, *et*

*al.*, 2013) yang menyatakan pada awal kehidupannya BBLR belum dapat menyusu sendiri karena keadaannya yang belum matur.

Alasan yang lain adalah sebahagian ibu disarankan oleh petugas kesehatan untuk melakukan KMC. Saat akan melakukan PMK Ibu memerlukan pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan, yang merupakan peran dari peran petugas kesehatan (Depkes, 2009). Melalui saran dari petugas kesehatan Ibu jadi lebih mantap melakukan KMC. Salah satu fungsi petugas kesehatan adalah mempromosikan tentang kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, meningkatkan pengetahuan, mempengaruhi sikap, mempengaruhi persepsi seseorang untuk melakukan suatu perilaku dan memotivasi untuk bertindak. (Machfoedz, 2009).

Semua informan mengatakan bahwa KMC di lakukan agar dapat menghangatkan bayi dan meningkatkan berat badan pada bayi. Berbagai permasalahan BBLR meliputi masih belum maturnya pusat pengaturan panas bayi sehingga akan memudahkan bayi mengalami perubahan suhu yang cepat, ditambah lagi dengan lemak kulitnya yang tipis sehingga tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. (Bobak, 2004; Suradi, *et al.*, 2013) Melalui kontak langsung antara kulit bayi dan kulit ibu dapat mengontrol suhu tubuh bayi dan menurunkan resiko hipotermi sedangkan untuk kenaikan berat badan didukung oleh penelitian Rao *et al.*, (2008) yang menyatakan ibu yang mampu menerapkan KMC rata-rata kenaikan berat badan 13,5 jam/hari.

## **2. Pelayanan kesehatan yang terlibat**

Pelayanan kesehatan yang paling utama di masyarakat adalah Bidan selanjutnya ke jenjang yang paling tinggi seperti di rumah sakit yaitu perawat dan sejawatnya. Petugas kesehatan sangat berperan penting dalam pelaksanaan kesehatan. Penelitian ini sejalan dengan *HTA* Indonesia (2008) dimana sumber informasi yang paling utama tentang pelayanan kesehatan adalah petugas kesehatan dan institusi kesehatan.

## **3. Motivasi ibu dalam pelaksanaan KMC**

Motivasi merupakan suatu usaha yang dapat mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu sesuai dengan kehendaknya. Motivasi atau dorongan ibu melaksanakan

KMC di peroleh hal yang sama bahwa dari empat informan menyatakan semua ibu menginginkan bayinya sehat dan kembali normal yang merupakan naluri seorang ibu. Hal ini disebabkan BBLR merupakan bayi resiko tinggi dengan masalah-masalah kesehatan setelah kelahirannya. Masalah yang biasanya dialami BBLR adalah *hipotermi*, resiko infeksi, kesulitan bernafas (*asfiksia*), reflek menyusu yang kurang, dan berbagai masalah yang lain. Hal ini disebabkan karena bayi yang dilahirkan belum siap (*prematuur*) dan sulit beradaptasi dengan lingkungan *ekstrauterin*, sehingga sering kali bayi-bayi ini tidak dapat melalui fase selanjutnya atau meninggal (Bobak, 2004; Depkes, 2009; Elizabeth, *et al*, 2013; Suradi *et al.*,2013) selain itu bayi merupakan makhluk yang pemenuhan kebutuhannya sepenuhnya dibantu oleh orang lain sehingga dalam hal ini ibu yang mengupayakan bagaimana bayi tersebut bisa sehat.

#### **4. Pelaksanaan KMC**

Pada dasarnya semua informan telah mengetahui prinsip dasar dari proses pelaksanaan KMC yaitu durasi, frekuensi, waktu dan cara melakukan. Informan mengatakan bahwa durasi dalam melaksanakan KMC dari Informan pertama sampai ketiga yaitu 2 jam dan informan empat 30 menit atau sesuai kemampuan ibu Sedangkan frekuensi dan waktu melakukannya dua informan mengatakan bahwa mereka melakukan PMK setiap hari pada pagi hari setelah mandi selama satu sampai dua kali sedangkan informan yang lain hanya melakukan KMC selama dilakukan perawatan dirumah sakit. Hal ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Suradi *et al.*, (2013) yang menyatakan KMC dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dengan *kontiyu* atau secara terus menerus dalam 24 jam dan secara *intermiten* dengan cara selang-seling minimal 60 menit atau 2 jam. Semakin lama melakukan KMC, semakin kuat kemungkinan sebab akibat antara KMC dengan hasil yang diperoleh.

Semua Informan mengatakan bahwa melakukan PMK adalah dengan cara didekap didada ibunya dan ditempelkan didada ibunya tanpa memakai baju dengan posisi bayi seperti kodok. KMC merupakan metode yang digunakan untuk merawat BBLR dengan cara kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi dengan cara ibu membuka bajunya dan bayi hanya memakai popok sehingga kulit ibu dan bayi bersentuhan secara langsung. Kemudian letakan bayi tepat di dada ibu dengan posisi tegak seperti katak kemudian ikat dengan selendang untuk mencegah bayi jatuh dari

dekapan. (Thukral, *et.al*, 2013; Nyqvist, *et.al*, 2010; El-Nagger, *et.al*, 2013) Hal ini didukung oleh Suradi *et al.*, (2013) yang menyatakan posisi bayi merupakan aspek terpenting yang harus diperhatikan dalam perawatan KMC untuk menjaga saluran nafas tetap terbuka dan memberikan peluang agar terjadi kontak mata ibu dan bayi.

## **5. Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan**

Pelaksanaan KMC bagi ibu bukan hal yang ringan, sehingga sangat membutuhkan dukungan baik dari petugas kesehatan maupun keluarga yang ada. Dukungan dapat berupa dukungan fisik, dukungan emosional dan dukungan edukasi. Ketiga dukungan ini sangat perlu diberikan sehingga ibu bersedia untuk melakukan KMC baik dirumah sakit dan dirumah (Depkes,2009)

Dari hasil wawancara di peroleh bahwa semua informan mengatakan mendapatkan dukungan fisik dari keluarga berupa bantuan dalam menyelesaikan pekerjaan rumah, namun untuk membantu melakukan KMC dan menggantikan dalam proses pelaksanaan KMC dirumah belum dilakukan karena mereka tidak pernah mendapatkan informasi tentang bagaimana proses pelaksanaan KMC, selain itu keterbatasan waktu kunjungan bagi keluarga terbatas selama dirumah sakit.

Dukungan fisik berupa bantuan dapat menjadi salah satu faktor penting terlaksananya PMK di rumah, ibu akan mempunyai banyak waktu untuk KMC karena pekerjaan atau kewajibannya sebagai ibu rumah tangga sudah terwakili. Selain itu dukungan secara emosional pada ibu sangat dibutuhkan baik berupa ungkapan persetujuan pelaksanaan maupun semangat yang diberikan petugas kesehatan maupun keluarga. Hasil wawancara ditemukan bahwa dua informan mengatakan mendapatkan dukungan berupa semangat dari keluarga dan petugas kesehatan mengatakan selalu memberikan motivasi. Dukungan emosional dibutuhkan ibu untuk dapat yakin merawat anaknya. (Depkes, 2009) Banyak ibu dengan BBLR merasa takut untuk merawat bayinya sendiri karena ukuran bayi yang kecil.

Petugas kesehatan merupakan sebagai sumber utama pengetahuan ibu mengenai KMC yang berperan penting dalam pelaksanaan KMC karena ibu telah mendapat bekal pengetahuan mengenai PMK yang cukup dari petugas kesehatan (Depkes, 2009). Hasil wawancara yang dilakukan terhadap pelaksanaan dukungan dari petugas kesehatan diperoleh bahwa tenaga kesehatan sudah memberikan

dukungan berupa dukungan edukasi yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang KMC kepada ibu. Namun belum maksimal karena di dapatkan dari empat informan ibu ada satu informan yang belum pernah mendapatkan informasi tentang KMC selama dirumah sakit.

Pendidikan kesehatan dapat memberikan informasi penting yang dibutuhkan ibu agar ia dapat memahami semua proses PMK dan mengerti bahwa PMK sangat penting bagi bayi mereka. Hal ini sejalan dengan HTA Indonesia (2008) yang menyatakan sumber informasi yang paling utama tentang pelayanan kesehatan adalah petugas kesehatan dan institusi kesehatan. Sesuai dengan hasil penelitian Pratomo (2012) yang menyatakan faktor yang mendukung KMC adalah dukungan positif dari penyedia layanan kesehatan, pasien, keluarga dan masyarakat.

## **6. Hambatan dalam pelaksanaan**

Hasil temuan penelitian mengenai hambatan yang dirasakan selama pelaksanaan didapatkan pada sebahagian informan mengatakan karena waktu kunjungan terbatas untuk keluarga pada saat dirumah sakit dan pada saat pulang kerumah waktu ibu terbagi dengan pekerjaan rumah. Hambatan lain adalah alat yang di gunakan dalam pelaksanaannya khususnya cara memasang baju/gendongan KMC pada saat akan melakukan dinilai sulit oleh semua informan. Melihat struktur dari gendongan atau alat yang digunakan untuk melakukan KMC memang akan sulit apabila dipasang seorang diri. Dimana baju didesain untuk meletakkan bayi didepan dan penguatnya atau talinya harus dipasang dibagian belakang yang apabila akan dipasang maka membutuhkan bantuan orang lain.

Menurut Depkes (2009) beberapa fasilitas dan peralatan yang diperlukan untuk melakukan perawatan KMC. *Support binder* (ikatan/pembalut penahan bayi agar dapat terus berada di posisi PMK) adalah satu-satunya alat yang digunakan untuk KMC yang membantu para ibu untuk menahan bayinya agar dengan aman terus berada dekat dengan dada mereka. Untuk memulainya, gunakan secarik kain halus, kira-kira panjangnya satu meter, lipatlah secara diagonal lalu buatlah simpul pengaman atau dapat dikaitkan di ketiak ibu. (Suriadi *et al.*, 2009). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Pratomo (2012) yang menyatakan bahwa faktor yang mendukung pelaksanaan KMC adalah dukungan dari manajemen RS, sikap positif

dari penyedia layanan kesehatan, pasien, keluarga dan masyarakat serta ketersediaan sumber daya dan infrastruktur.

## **7. Perasaan setelah melaksanakan KMC**

Berbagai macam perasaan yang dirasakan oleh ibu yang melaksanakan KMC juga menjadi penemuan dalam penelitian ini. Perasaan yang muncul dari semua informan adalah merasa nyaman, senang, percaya diri dan mandiri dalam melakukan perawatan pada bayinya. Perasaan nyaman, dan senang yang dirasakan oleh ibu dapat timbul karena dengan melakukan KMC akan memberikan stimulasi ke hipotalamus yang dapat mengeluarkan yang dapat mengeluarkan hormon endorphen yang dapat menurunkan tingkat stres pada Ibu sehingga dapat menimbulkan efek menyenangkan dan nyaman. Hal ini sejalan dengan Gregson *et al.*, (2011) yang menyatakan bahwa para ibu yang telah melakukan KMC merasa senang melakukannya.

Perasaan percaya diri yang dirasakan oleh ibu setelah melakukan KMC sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Fritzpatrick *et al.* (2006) mengatakan rasa percaya diri pada ibu yang merawat bayinya dengan metode kanguru akan lebih tinggi terutama pelaksanaannya segera setelah lahir 1-2 hari, ibu menjadi lebih nyaman jika bayinya menjalani proses pelaksanaan KMC. Hal lain yang dirasakan oleh ibu adalah mandiri dalam melakukan perawatan pada bayinya. Dimana tahap ini disebut *bargaining* yaitu mencoba berunding atau tawar menawar dengan diri sendiri untuk mencegah kehilangan bayinya dan mengurangi perasaan bersalah yaitu dengan menjalankan perawatan KMC dan perawatan alami yang dihindarkan oleh bidan (Potter *et al.*,2005).

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil temuan peneliti menyimpulkan tujuh tema dan delapan belas kategori. Tema yang diperoleh yaitu tema yang pertama alasan melaksanakan KMC merupakan syarat dari rumah sakit agar bayi dapat diijinkan pulang, mendapatkan informasi bahwa dengan melakukan KMC dapat meningkatkan berat badan dan dapat menghangatkan tubuh bayi. Tema kedua pelayanan kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan adalah bidan dan perawat, tema ketiga mengenai motivasi ibu dalam melaksanakan KMC adalah ibu mempunyai harapan agar bayinya sehat dan normal seperti bayi yang lain dan karena KMC mempunyai banyak manfaat. Tema keempat pelaksanaan KMC yang meliputi durasi dilakukan lebih dari atau sama dengan 30 menit dan semampu ibu, frekuensi dilakukan satu sampai dua kali dan waktu pelaksanaannya dapat dilakukan kapan saja, cara melakukannya dengan cara bayi didekap, tidak memakai baju, kontak langsung, gendong depan dengan posisi pabi seperti kodok. Tema kelima dukungan keluarga dan tenaga kesehatan. Tema keenam hambatan dalam pelaksanaan yaitu mengenai waktu dan alat yang digunakan. Tema ketujuh tentang perasaan-perasaan yang dapat teridentifikasi adalah nyaman, senang, percaya diri dan mandiri dalam melakukan perawatan pada bayinya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atikah P., Cahyo I.S., (2010). *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. (2005) *Keperawatan Maternitas. Edisi 4*; Jakarta. Buku Kedokteran; EGC.
- Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J. (2014). *KMC to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. Cochrane Database Systematic Review.
- Depertemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah dengan Perawatan Metode Kanguru Di Rumah Sakit Dan Jejaringnya*. Jakarta.
- Deswita. (2010). Pengaruh perawatan metode kanguru terhadap respon fisiologis bayi prematur dan kepercayaan ibu dalam merawat bayi di dua RS di Jakarta. Tesis.
- El- Nagger NSM. El-Azim HA. Hassan SMZ. (2013). *Effect of KMC on Premature Infants' Physiological, Behavioral & Psychosocial Outcomes in Ain Shams Maternity & Gynecological Hospital, Cairo, Life Science Journal*
- Elizabeth NL, Christopher OG, Patrick K. (2013). Determining an anthropometric surrogate measure for identifying low birth weight babies in Uganda: a hospital-based cross sectional study. *BMC Pediatric*. 13-54.
- Fitzpatrick, J and Wallance, M. 2006. *Encyclopedia of nursing research : second edition*. New York : Springer Publishing Company. Inc
- Gregson S & Blacker J. (2011). Kangaroo care in pre-term or low birth weight babies in a postnatal ward. *British Journal Midwifery*;
- Health technology Assesment (HTA). (2008). *Perawatan BBLR dengan Metode Kanguru*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat.
- Hockenberry, J., Wilson, D., 2009. *Essentials of Pediatric Nursing*. St.Louis: Mosby Elseiver.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta. Depkes.go.id.
- Kusuma (2010). *Evaluasi Kepatuhan ibu menerapkan KMC pada BBLR di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Thesis. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.



- Putra, S.R. (2012). *Panduan Riset Keperawatan dan Penulisan Ilmiah*. Yogyakarta: DMedika; hal. 155, 160.
- Potter. P. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses dan praktik vol. 1*. Jakarta: EGC.
- Pratomo, H. (2012). *Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia*. *Pediatri Indonesia*, Vol 52 no 1: 1-8.
- Prastowo A. (2011). *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Perspektif Rancangan Penelitian*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media; hal. 264
- Nirmala, (2006). *Kangaroo Mother Care effect and perception of mother and health personnel*. *J. Neonatal Nurs*, 12.
- Nyqvist KH, Anderson, GC, Bergman, N, Cattaneo, A, Charpak, N, Davanzo, R, Ewald, U, Ibe, O, Ludington-Hoe, S, Mendoza, S, Pallás-Allonso, C, Ruiz Peláez, (2010). *Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European*.
- Machfoedz. (2009). *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*. Yogyakarta. Fitramaya.
- Moleong, Lexy J. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya.
- Ragnhild M & Greisen G. (2010). *Extremely preterm infants tolerate skin-to-skin contact during the first weeks of life*. *Acta Pædiatrica*.
- Rao, S. P. N., Udani, R. & Nanavati, R. (2008) *Kangaroo Mother Care for Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Trial*. *Departement of Neonatology, Seth GS Medical collage and KEM Hospital, Mumbai, India. Indian Pediatrics*.
- Sugiyono., (2014). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantatif, Kualitatif, dan R&D)*. Alfabeta Cetakan ke-20. Bandung.
- Suradi, R., Pratomo H., Marnoto, W.B., Sidi, S.P.I., (2013). *Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah dengan Perawatan Metode Kanguru Cetakan Ke 4*. Jakarta: PERINASIA.
- Solfiani, E.T. Monalisa, S. Evelyn, H.T. (2016). *Pengalaman ibu dalam pelaksanaan perawatan metode kanguru dirumah terhadap bayi berat badan lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Parongpong Kabupaten Bandung Barat*. *Jurnal Skolastik Keperawatan Vol.2. No. 1*.

Thukral A. Chawla D. Agarwal R. Deorari AK. Paul VK. (2008). *Kangaroo Mother Care an alternative to conventional care. Division of Neonatology, Department of Pediatrics All India Institute of Medical Sciences Ansari Nagar: New Delhi.*

WHO. (2009). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak Di RS. Pedoman Bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama Di Kabupaten/Kota.* Jakarta.

Wong DL. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Vol 1.* Jakarta: EGC.

# TINGKAT PENDIDIKAN IBU BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI POST PARTUM

Khulul Azmi, Ova Emilia, Herlin Fitriani

## ABSTRAK

Masa postpartum merupakan masa ketika terjadi perubahan pada wanita baik perubahan kondisi biologis, perubahan psikologis dan adaptasi dari seorang wanita. Depresi postpartum terjadi pada 13-15% pada ibu yang baru melahirkan. Lebih dari 50% depresi *postpartum* tidak terdiagnosis karena stigma dari masyarakat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi postpartum di Puskesmas Kampung Dalam dan Aliyang Pontianak, Kalimantan Barat. Metode penelitian ini *observational desain cross sectional*. Sampel diambil secara *counsecutive sampling* sebesar 55 sampel. Data dianalisis menggunakan *Chi square* pada tingkat kepercayaan 95%. Hasil uji statistik *Chi square* diperoleh nilai probabilitas signifikansi ( $p= 0,005$ ) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan depresi post partum.

**Kata Kunci** : pendidikan, depresi post partum

## PENDAHULUAN

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai derajat kesehatan ibu dan bayi yang optimum seperti yang dicanangkan dalam paradigma sehat 2013 yaitu mengutamakan kegiatan promotif dan preventif yang mendukung upaya kuratif dan rehabilitatif (Depkes, 2010). Masa postpartum merupakan masa ketika terjadi perubahan pada wanita baik perubahan kondisi biologis, perubahan psikologis dan adaptasi dari seorang wanita. Perubahan fisik dan emosional yang kompleks tersebut memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses saat terjadi kehamilan (Bahiyatun, 2009).

Perubahan psikologis pada fase adaptasi ibu terhadap peran *parenting* dimana terjadi perubahan pola dari diasuh menjadi mengasuh. Proses adaptasi ini menurut Rubin terdiri dari tiga fase yakni *fase taking in, taking hold dan letting go* (Pillitteri 2003). Masing-masing fase tersebut memiliki karakteristik yang berbeda, yang memungkinkan ibu mengalami postpartum blues bahkan berlanjut sampai depresi misalnya ibu menampilkan sesuatu perilaku yang seharusnya berbahagia setelah kelahiran bayi, justru kehilangan perasaan tersebut secara tiba-tiba.

Kondisi ini merupakan salah satu komplikasi post partum yang biasanya tidak terdeteksi dan tidak diobati, karena beberapa gejala depresi dan postpartum blues mempunyai kesamaan dengan gejala yang dialami ibu selama kehamilan normal pada saat bersamaan, sehingga dianggap suatu kelaziman. Penyesuaian tersebut dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu-minggu atau bulan-bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun segi psikologis (Shinta 2014).

Menurut Milap Kumar et al. (2012) depresi post partum adalah depresi *pasca* melahirkan yang mulai terjadi pada hari ketiga setelah melahirkan dan berlangsung sampai berminggu-minggu atau bulan yang dikategorikan sebagai sindrom gangguan mental ringan dengan menunjukkan perasaan kelelahan, perasaan sedih, mudah marah, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, dan kehilangan libido.

Depresi post partum terjadi pada 13-15% pada ibu yang baru melahirkan. Menurut WHO (2012) sekitar 25%-85% ibu postpartum akan mengalami *blues*. Antara 7% dan 17% mengalami depresi postpartum, 0,2% menjadi psikosis postpartum. Kejadian depresi post partum di negara berkembang terjadi dengan prevalensi kejadian 10-15 % (Bureau et al. 2009). Lebih dari 50% depresi *postpartum* tidak terdiagnosis karena stigma dari masyarakat dengan gangguan mental (Beck 2002). Soep (2009) melaporkan hasil penelitian dari O'Hara dan Swain bahwa kasus depresi post partum masih banyak terjadi di beberapa negara maju seperti di Belanda (2%-10%), Amerika Serikat (8%-26%), dan Kanada (50%-70%).

Di Indonesia telah dilakukan beberapa penelitian tentang depresi postpartum. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rismintari (2012) mencatat 33 % ibu mengalami depresi postpartum. Di RS Hasan Sadikin Bandung memperoleh 11.3 postpartum blues, 1.9% depresi postpartum dan 0.5% untuk psikosis postpartum. Penelitian Sylvia (2002) Di RSUD Serang mencatat 30% ibu setelah melahirkan mengalami depresi. Depresi postpartum yang terjadi dapat mempengaruhi status kesehatan ibu tersebut (Uguz et al. 2009).

Menurut Rosenthal, Learned, Liu, & Weitzman, (2013) gejala yang akan timbul pada ibu yang mengalami depresi adalah timbulnya rasa khawatir, kurang percaya diri, menangis tanpa sebab, kurang merasa menerima bayi yang baru dilahirkan, sangat

kelelahan, harga diri rendah, tidak sabaran, terlalu sensitif, sangat mudah marah, dan gelisah.

Ibu yang mengalami depresi post partum, minat dan ketertarikan terhadap bayi berkurang. Ibu juga tidak mampu merawat bayinya secara optimal dan tidak bersemangat menyusui, sehingga kebersihan, kesehatan serta tumbuh kembang bayi juga tidak optimal. Bayi yang tidak mendapat ASI dan ditolak oleh orangtuanya serta adanya masalah dalam proses *bounding attachment* biasanya dialami pada bayi dengan ibu depresi (Fiona, 2004). Oleh karena itu, beberapa peneliti telah mengajukan beberapa intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi kejadian depresi post partum ini, diantaranya farmakologis dan non farmakologis. Intervensi tersebut terbukti mampu untuk mengurangi kejadian depresi postpartum pada ibu. EPDS adalah suatu alat untuk mendeteksi depresi pasca persalinan. EPDS adalah alat yang berbentuk skala yang berfungsi untuk mengidentifikasi risiko timbulnya depresi postpartum selama tujuh hari pasca salin dengan 10 pertanyaan. EPDS juga sudah teruji memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang memadai untuk mengidentifikasi gejala depresi pada periode antenatal dan berguna dalam mengidentifikasi gejala kecemasan (LCSW, 2008). Berdasarkan penyebab dan dampak dari depresi postpartum serta faktor yang mempengaruhinya, maka perlu dilakukan upaya yang serius terhadap ibu guna mencegah dan mengatasi kejadian depresi postpartum.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan ibu terhadap depresi pada ibu postpartum.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian ini adalah analitik observasional, karena penelitian ini bertujuan menguji hipotesis, mengenai hubungan antar variabel. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* (Ketut 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas yang berkunjung di Puskesmas Kampung Dalam dan Aliyang Pontianak. Berdasarkan rumus *sample size* maka besar sampel yang dibutuhkan adalah 56 responden dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah ibu dengan metode persalinan pervaginam, hamil dengan gestasi 38-42 minggu, berat lahir anak 2500-4000 gram, mampu membaca dan menulis, bersedia ikut dalam penelitian.

Kriteria eksklusi yaitu memiliki riwayat depresi dan gangguan jiwa, ibu dalam pengobatan terkait depresi dan gangguan mental, ibu tidak kooperatif, bayi kembar.

Pengambilan sampel dengan teknik *counsecutive sampling*. Variabel *independen* penelitian adalah tingkat pendidikan ibu. Variabel *dependen* depresi pada postpartum serviks. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, untuk data variabel *independen* menggunakan kuisisioner berisi identitas ibu sedangkan untuk data variabel *dependen* menggunakan kuesione EPDS (ACOG 2008). Penggunaan instrumen EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) hanya untuk menskrining adanya depresi postpartum atau postpartum blues. Untuk score 0-10 tidak depresi dan >10 kemungkinan mengalami depresi postpartum. Tanda-tanda yang muncul pada responden jika tidak ditangani dengan baik, dapat berkembang menjadi depresi post partum.

Analisis univariat dan bivariat dilakukan untuk mengetahui frekuensi distribusi dan pengaruh kedua variabel. Analisis bivariat ini dilakukan uji statistik pada variabel yang saling berhubungan, statistik korelasi yang digunakan adalah dengan menggunakan *uji chisquare*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Variabel Luar	Frekuensi	
	N	%
Usia Ibu		
<20 dan >35	6	10,9
20-35	49	89,1
Pendidikan Ibu		
Rendah	17	30,9
Tinggi	38	69,1
Paritas Ibu		
Primipara	14	25,5
Multipara	41	74,5
Ekonomi		
Ekonomi bawah	12	21,8
Ekonomi atas	43	78,2
Dukungan Sosial		
Kurang	28	50,9
Baik	27	49,1

Proporsi usia responden pada kedua kelompok mayoritas berusia 20-35 tahun (bukan iesiko tinggi). Tingkat pendidikan mayoritas berpendidikan tinggi (SMA dan PT). Responden mayoritas termasuk multipara (paritas >1). Ekonomi keluarga mayoritas memiliki ekonomi atas.

Tabel 2 *Uji Chi Square* Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Depresi pada Ibu Postpartum

Variabel	Kejadian Depresi		Jumlah Depresi	$\chi^2$	P	RR	95% CI		
	Tidak Depresi	Depresi							
	n	%	n	%					
Pendidikan Rendah	0	0	17	100	17(100)	27,3	0,00	-	2,38-
Pendidikan Tinggi	29	76,3	9	23,7	38(100)				7,747

Tabel 2 menunjukkan hasil perhitungan antara variabel bebas terhadap variabel terikat diperoleh nilai *p value* sebesar 0,00. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan terhadap depresi pada ibu postpartum Hasil analisis tersebut juga menunjukkan nilai RR sebesar 4,22 pada tingkat kepercayaan 95% CI: 2,38-7,747.

Berdasarkan hasil analisis bivariat secara statistik variabel pendidikan berhubungan dengan depresi pada ibu postpartum dengan nilai *p value* 0,000 ( $p < 0,05$ ). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Soep menunjukkan bahwa pendidikan berpengaruh secara significant terhadap depresi postpartum. Ibu yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima pembelajaran, terbuka dalam menerima informasi tentang manfaat perawatan psikologis dan lebih realistis dalam memecahkan masalah sehingga ibu cenderung mampu mengatasi jika terjadi depresi.

Ibu dengan pendidikan tinggi memiliki pengetahuan lebih baik dan pemeliharaan kesehatan dengan baik sehingga mampu mengatasi depresi. Hal ini didukung dengan literatur yang menyatakan bahwa pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan psikis. Tingkat pendidikan tinggi ditemukan lebih banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Perempuan yang berpendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai perempuan yang memiliki dorongan untuk bekerja atau melakukan aktivitasnya diluar rumah, dengan peran mereka sebagai ibu rumah tangga

dan orang tua dari anak-anak mereka (Rahmandani 2007). Selain itu juga bisa disebabkan karena faktor lain yang tidak diteliti oleh peneliti. Seperti pada penelitian Suryani (2008) hasil observasi penelitian ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kejadian depresi atau *post partum blues* yakni kondisi ekonomi dan kebijakan rumah sakit yang kurang mendukung.

Perempuan yang berpendidikan tinggi menghadapi tekanan sosial dan konflik peran, antara tuntutan sebagai perempuan yang memiliki dorongan untuk bekerja atau melakukan aktivitasnya diluar rumah, dengan peran mereka sebagai ibu rumah tangga dan orang tua dari anak-anak mereka (Kartono, 2002).

Individu yang memiliki jenjang yang lebih tinggi biasanya memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi, karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan lebih banyak menerima pendidikan formal, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan lebih banyak mendapatkan kesempatan untuk belajar dalam mengatasi persoalan-persoalan dalam hidupnya (Hutagaol 2010) Tingkat pendidikan, Pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandangnya terhadap diri dan lingkungan, pada klien yang berpendidikan tinggi dengan yang pendidikan rendah. Pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandangnya terhadap diri dan lingkungan, sehingga akan berbeda cara menyikapi sesuatu hal.

## **KESIMPULAN**

Terdapat hubungan yang bermakna signifikan tingkat pendidikan dengan kejadian depresi pada ibu postpartum.



## DAFTAR PUSTAKA

- ACOG, 2008. Perinatal Depression Screening: Tools for Obstetrician-Gynecologists.
- Bahiyatun, 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*, Jakarta: EGC.
- Beck, C.T., 2002. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(4), pp.394–402.
- Bureau, J.-F., Easterbrooks, M.A. & Lyons-Ruth, K., 2009. Maternal depressive symptoms in infancy: unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and psychopathology*, 21(2), pp.519–537.
- Depkes, RI., 2010. Departemen Kesehatan Republik IndonesiaHutagaol, E.T., 2010. *Efektivitas Intervensi Edukasi pada Depresi Postpartu*
- Ketut, I.S., 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan B. Monica*, ed., Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- LCSW, S.D.S.M. & PhD, A.E.M., 2008. *Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*, New York: Springer Publishing Company.
- Milap Kumar, P. et al., 2012. Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23, pp.534–542. Available at: <http://search.proquest.com/healthcomplete/docview/1013613528/fulltext/D873B76510F34263PQ/14?accountid=14495>.
- Pillitteri, A., 2003. *Maternal And Child Health Nursing*, Philadelphia: Lippincott Williams And Wikins.
- Rahmandani, A., 2007. *Strategi Penanggulangan Depresi*
- Rosenthal, D.G. et al., 2013. Characteristics of mothers with depressive symptoms outside the postpartum period. *Maternal and Child Health Journal*, 17(6), pp.1030–1037.
- Shinta, Risanti D., 2014. *Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Postpartum Blues Di Wilayah Kerja Puskesmas Ungaran, Kecamatan Unagran Barat Kabupaten Semarang*
- Soep, 2009. *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi Dalam Mengatasi Depresi Postpartum Di RSUD dr. Pirngadi Meda*. Universitas Sumatera Utara.

Uguz, F. et al., 2009. One year follow-up of post-partum-onset depression: the role of depressive symptom severity and personality disorders. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 30(2), pp.141–145.

# HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN DENGAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE DI PUSKESMAS PUNDONG BANTUL

Elika Puspitasari, Mochammad Hakimi, Evi Nurhidayati

## ABSTRAK

*Antenatal care* (ANC) bertujuan untuk menyiapkan sebaik-baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Pemanfaatan pelayanan ANC oleh ibu hamil merupakan manifestasi dalam upaya mencegah dan menanggulangi adanya penyakit atau gangguan yang dapat membahayakan kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan dengan kunjungan *antenatal care*. Jenis penelitian ini *survei analitik* dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan *sampling kuota* diperoleh 100 ibu hamil trimester 3. Analisis bivariat menggunakan uji *Mann-Whitney*. Hasil penelitian menunjukkan kualitas pelayanan ( $p=0,54$ ;  $RP=1,38$ ;  $IK95\% 0,70-4,11$ ) berarti kualitas pelayanan tidak ada hubungan dengan kunjungan ANC. Nilai rasio prevalens-nya 1,38 yang berarti ibu hamil yang memperoleh kualitas pelayanan kurang 1,38 kali berisiko melakukan kunjungan ANC tidak sesuai standar dibandingkan ibu hamil yang memperoleh kualitas pelayanan yang baik. Kualitas pelayanan tidak ada hubungan dengan kunjungan ANC. Para bidan diharapkan agar meningkatkan pelayanan dengan melaksanakan standar pelayanan minimal.

**Kata kunci** : Kualitas Pelayanan, Kunjungan *Antenatal Care*

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) merupakan indikator penting dalam menentukan status derajat kesehatan masyarakat. Target *Millenium Development Goals* (MDGs) untuk menurunkan AKI dan AKB yang belum tercapai di tahun 2015 dilanjutkan dalam kesepakatan *Sustainable Development Goals* (SDGs). Target SDGs ketiga yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia.

Program kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertujuan meningkatkan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan dan neonatal. Salah satu tujuan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah menurunkan kematian dan kejadian sakit dikalangan ibu dan anak. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan melaksanakan pelayanan *antenatal care* bagi ibu hamil, baik ibu hamil normal, memiliki faktor risiko hingga yang berisiko tinggi. Tujuan dari dilaksanakannya *antenatal care* ialah menyiapkan sebaik-baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga ibu postpartum

dalam kondisi sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental. Pemanfaatan pelayanan *antenatal care* merupakan manifestasi dari salah satu bentuk perilaku di bidang kesehatan dalam upaya mencegah dan menanggulangi adanya penyakit atau gangguan yang dapat membahayakan kesehatan (Murniati, 2007).

Data WHO tentang pemeriksaan kehamilan menunjukkan bahwa negara-negara berpenghasilan rendah hanya 36% dari wanita hamil yang menghadiri empat kali atau lebih pemeriksaan selama kehamilan. Survei kesehatan di Indonesia bervariasi besarnya dalam tingkat penggunaan pelayanan asuhan antenatal. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan asuhan *antenatal care* (ANC) sebagaimana yang direkomendasikan oleh Departemen Kesehatan untuk perawatan ANC yang adekuat yakni setidaknya empat kali selama masa kehamilan. Di beberapa daerah masih belum memuaskan yakni kurang dari 53% walaupun di provinsi tertentu sudah mencapai 70% (Kemenkes, 2011).

Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan asuhan *antenatal care* (ANC) sebagaimana yang direkomendasikan oleh Departemen Kesehatan untuk perawatan ANC yang adekuat yakni setidaknya empat kali selama masa kehamilan. Di beberapa daerah masih belum memuaskan yakni kurang dari 53% walaupun di provinsi tertentu sudah mencapai 70% (Kemenkes, 2011). Cakupan pelayanan ibu hamil di Puskesmas Pundong tahun 2014 untuk K1 (96,1%) dan K4 (91,2%). Di tahun berikutnya pada tahun 2015 untuk K1 mengalami kenaikan menjadi (100%) namun K4-nya mengalami penurunan menjadi (77,7%).

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *survei analitik* (Sulistyaningsih, 2012) . Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* (potong lintang) dengan melakukan observasi variabel bebas dan terikat diukur pada suatu periode tertentu (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *sampling kuota*. Perhitungan sampel minimum menggunakan rumus beda 2 proporsi untuk komparatif kategorik tidak berpasangan satu kali pengukuran tabel 2x2 (Sastroasmoro, 2011):

$$n1 = n2 = \left( \frac{Z \alpha \sqrt{2PQ} + Z\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

Hasil perhitungan dengan rumus tersebut diperoleh  $n_1 = n_2$  sebanyak 49 orang. Sehingga jumlah sampel minimal yang dibutuhkan sebesar 98 orang.

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner berbentuk tertutup, dimana responden menjawab sesuai jawaban yang telah tersedia (*closed ended item*). Kuesioner kualitas pelayanan diterjemahkan dari penelitian Heaman *et al.* (2014) yang berjudul *Quality of prenatal care questionnaire : instrument development and testing*. Uji validitas dan reliabilitas sebelumnya juga diujikan pada kuisisioner ini mengingat belum ada penelitian yang sebelumnya yang berbentuk terjemahan dalam bahasa Indonesia. Item *sufficient time* dan *approachability* direduksi karena semua responden menunjukkan bahwa hasilnya sudah baik. Sehingga yang ditanyakan kepada responden penelitian terdiri dari item *information sharing, anticipatory guidance, availability, support and respect*.

Analisa bivariat menggunakan uji komparatif *Mann-Whitney*. Uji normalitas menggunakan *One-Sample Kolmogorov – Smirnov Test*. Uji statistik untuk analisa multivariat menggunakan regresi logistik dengan tingkat kepercayaan 95% serta tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ .

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Karakteristik Responden**

Responden yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 100 ibu hamil trimester tiga. Pengambilan data dilakukan ketika pelayanan pemeriksaan ibu hamil rutin yang dilakukan setiap dua kali seminggu yaitu hari Senin dan Kamis, selanjutnya pada kegiatan senam hamil bersama yang diadakan satu kali setiap bulan pada minggu ketiga. Peneliti memperoleh 70 responden ketika kegiatan senam hamil bersama yang diadakan pada tanggal 17 Desember 2016 pukul 08.00 s.d 10.00 Wib dan 30 responden ketika pelayanan pemeriksaan kehamilan rutin dari pertengahan Desember 2016 sampai awal Januari 2017.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Variabel	n	%
Usia		
20-35 tahun	79	79
>35 tahun	21	21
Pekerjaan		
Tidak bekerja	60	60
Bekerja	40	40
Pendidikan		
SD dan SLTP	23	23
SLTA dan PT	77	77
Pendapatan		
Rendah	86	86
Tinggi	14	14
Jarak Kehamilan		
<2 tahun	46	46
>2 tahun	54	54

Mayoritas usia responden 20-35 tahun sebesar 75% dan yang tidak bekerja sebanyak 60%. Pendidikan responden penelitian ini tinggi dengan pendidikan terakhir SLTA dan PT sebanyak 77%. Mayoritas responden memiliki pendapatan rendah sekitar 86%. Sebanyak 54% ibu hamil memiliki jarak kehamilannya lebih dari 2 tahun.

## 2. Hasil Penelitian

Tabel 2. Hasil analisis bivariat antara Kualitas pelayanan dengan Kunjungan *Antenatal Care*

Variabel	Kunjungan ANC		RP	CI 95%	p
	Tidak sesuai standar	Sesuai standar			
Kualitas pelayanan					
Kurang	13	16	1,38	0,70 - 4,11	0,54
Baik	23	48			

Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa kualitas pelayanan nilai *p value*-nya 0,54 yang berarti tidak ada perbedaan kualitas pelayanan antara kelompok yang kunjungan ANC-nya tidak sesuai standar dengan kelompok yang kunjungan ANC-nya sesuai standar. Nilai rasio prevalens kualitas pelayanan 1,38 yang berarti kualitas pelayanan merupakan risiko untuk kunjungan ANC yang tidak sesuai standar pada ibu hamil atau ibu hamil yang memperoleh kualitas pelayanan kurang 1,38 kali berisiko melakukan kunjungan ANC tidak sesuai standar dibandingkan ibu hamil yang memperoleh kualitas pelayanan yang baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan sebagian besar responden menyatakan baik sebanyak 71%. Namun demikian untuk beberapa item seperti *information sharing* ada nilai yang kurang dibagian bidan belum sepenuhnya

memberikan informasi seputar kehamilan secara lengkap sehingga berpengaruh pada ibu hamil secara tidak langsung menjadi kesulitan untuk mengambil keputusan untuk dirinya sendiri.

Pendekatan untuk penilaian kualitas perawatan prenatal telah banyak diteliti. Di antara beberapa studi langkah-langkah pada teori dari dua kerangka kerja yang paling umum digunakan adalah model Donabedian dan kerangka teori Andersen untuk studi akses ke perawatan medis. Model Donabedian difokuskan pada isu-isu pemanfaatan pelayanan kesehatan, kebutuhan untuk mengembangkan secara teoritis dikarenakan ukuran kualitas perawatan prenatal yang berbeda dari kepuasan langkah-langkah dalam rangka untuk lebih mengevaluasi hubungan antara kualitas pelayanan prenatal dan kepuasan ibu hamil. Kerangka konseptual Donabedian mencakup tiga bagian pendekatan untuk penilaian kualitas, di mana "*struktur yang baik meningkatkan kemungkinan proses yang baik, dan proses yang baik meningkatkan kemungkinan hasil yang baik*". Struktur termasuk atribut pengaturan dimana perawatan adalah tersedianya bahan, sumber daya manusia dan struktur organisasi (Heaman, 2014).

Komponen proses mencerminkan perawatan yang sebenarnya diberikan. Ada dua proses: klinis atau teknis dan interpersonal. Menurut Donabedian, kebaikan kinerja teknis harus dinilai dibandingkan dengan praktek terbaik, sementara proses interpersonal yang merupakan kendaraan dimana teknis perawatan diimplementasikan dan termasuk pertukaran informasi, privasi, informasi pilihan, dan sensitivitas (Heaman, 2014).

Kualitas pelayanan ANC yang baik dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Kualitas ANC dinilai dari 3 dimensi diantaranya jumlah kunjungan, kontak pertama dengan petugas kesehatan (umur kehamilan K1), dan pelayanan yang dilakukan sesuai dengan standar pelayanan minimal. ANC yang dilakukan dengan benar dapat membantu deteksi dini (Joshi et al. 2014).

Hal tersebut berbeda dengan hasil penelitian Nurlaelah (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan ANC dengan kelengkapan kunjungan ibu hamil. Sebanyak 72,5% responden yang memenuhi kunjungan ANC menyatakan mendapat pelayanan yang baik dari petugas, sedangkan 43,5% responden yang kurang memenuhi kunjungan ANC mendapat pelayanan yang kurang baik dari petugas.

Sejalan dengan penelitian Mathole *et al.* (2004) dalam Simkhada *et. al* (2007) menyatakan bahwa kualitas pelayanan yang rendah dan perilaku yang kurang dari provider menjadi penyebab terhambatnya pemanfaatan kunjungan ANC. Hubungan

antara pasien dan penyedia layanan kesehatan menjadi tidak bagus, apalagi ditambah perlakuan tenaga kesehatan yang tidak bersahabat, menjadi alasan terbesar ibu hamil memilih untuk tidak melakukan pemeriksaan di rumah sakit.

## **KESIMPULAN**

Karakteristik responden dalam penelitian, mayoritas berusia 20-35 tahun dan tidak bekerja. Sebagian besar pendidikan responden SLTA dan PT. Mayoritas responden memiliki pendapatan rendah, jarak kehamilannya lebih dari 24 bulan. Tidak ada hubungan antara kualitas pelayanan dengan kunjungan *antenatal care*. Kualitas pelayanan yang rendah merupakan faktor risiko kunjungan *antenatal care* yang tidak sesuai standar.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Heaman, M.I. et al., 2014. Quality of prenatal care questionnaire : instrument development and testing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, pp.1–16. Available at: [bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-188](http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-188)
- Joshi, C. et al., 2014. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, pp.1–11. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/94>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia., 2011. Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. Jakarta: [diakses 14 September 2016] <http://www.depkes.go.id>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2011. *Lima Strategi Operasional Turunkan Angka Kematian Ibu*. [diakses 14 September 2016] <http://www.depkes.go.id>
- Murniati., 2007. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Antenatal Care oleh Ibu Hamil di Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2007. Tesis Bagian AKK FKM USU.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurlaela, I.R., 2005. Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care Di Puskesmas Minahasa Upa Kota Makassar. [Artikel penelitian] Makassar Universitas Hasanudin.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinik Edisi Ke-5*. Jakarta : Sagung Seto
- Simkhada, B. et al., 2007. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *JAN Review paper*.
- Sulistyaningsih., 2012. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta : Graha Ilmu.



# HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN *PARENTING SELF-EFFICACY* PADA PERIODE AWAL MASA NIFAS IBU PASCA *SECTIO CAESAREA*

Domas Nurchandra Pramudianti, Abkar Raden, Endang Koni Suryaningsih

email: raisyanaila110214@gmail.com

## ABSTRAK

*Parenting self-efficacy* (PSE) merupakan keyakinan orang tua terhadap kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tugas yang berhubungan dengan perawatan bayi baru lahir. Rasa nyeri setelah persalinan SC mengurangi kemampuan dan menurunkan keyakinan ibu dalam merawat bayinya. Dukungan sosial yang adekuat merupakan upaya untuk meningkatkan *parenting self-efficacy* ibu pada periode awal masa nifas. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dalam meningkatkan *parenting self-efficacy* pada periode awal masa nifas pada ibu post SC. Metode penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah seluruh ibu post SC di RSIA 'Aisyiyah Klaten dan RS PKU Muhammadiyah Delanggu, sampel sebanyak 66 orang dengan teknik *purposive sampling*. Analisis data menggunakan *Spearman Rank*. Hasil penelitian adalah hubungan dukungan sosial dengan peningkatan *parenting self-efficacy* pada periode awal masa nifas dengan nilai  $p=0.003$  ( $p<0.05$ ), koefisien korelasi sebesar 0,357.

Simpulan : terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy* pada periode awal masa nifas pada ibu post SC.

**Kata Kunci:** dukungan sosial, *parenting self-efficacy*

## PENDAHULUAN

Periode *postpartum* merupakan situasi krisis bagi ibu, pasangan, dan keluarga akibat berbagai perubahan yang terjadi baik secara fisik, psikologis, maupun struktur keluarga yang memerlukan proses penyesuaian. Adaptasi secara fisik dimulai sejak bayi dilahirkan sampai kembalinya kondisi tubuh ibu pada kondisi seperti sebelum hamil, yaitu dalam kurun waktu enam sampai delapan minggu (Pilliteri, 2007; Murray & Mc Kinney, 2007). Persalinan melalui pembedahan atau *seksio sesaria* dapat menimbulkan masalah yang berbeda dengan ibu yang melahirkan normal. Selain mengalami perubahan secara fisiologis pada masa nifas, pada ibu dengan tindakan seksio sesarea (SC) ketika efek anestesi hilang maka akan timbul rasa nyeri di sekitar luka sayatan operasi (Danuatmaja & Meiliasari, 2007). Nyeri yang timbul dapat menyebabkan berbagai masalah misalnya ibu menjadi malas untuk mobilisasi dini, apabila nyeri muncul maka ibu akan fokus pada dirinya sendiri tanpa memperdulikan bayinya dan juga akan menimbulkan kecemasan dan kepercayaan diri dalam merawat bayi menjadi rendah.

Menurut data WHO pada tahun 2011 di Amerika Serikat angka kejadian persalinan SC sebesar 43%, di Asia sebesar 30%, di Inggris pada tahun 2008-2009 angka persalinan SC meningkat menjadi 24% dari sebelumnya hanya 9% dan di Australia pada tahun 2007 angka persalinan SC juga meningkat menjadi 31% dari sebelumnya 21% dan persalinan SC di Indonesia sebesar 9,8% (Riskesdas, 2013). Angka persalinan SC di kabupaten klaten khususnya di rumah sakit swasta cenderung meningkat. Di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) ‘Aisyiyah Klaten persalinan SC pada tahun 2014 tercatat sebesar 60% dan pada tahun 2015 meningkat menjadi 64%. Sedangkan persalinan SC di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Delangu pada tahun 2014 sebesar 62% dan pada tahun 2015 meningkat menjadi 67%.

*Parenting self-efficacy* merupakan keyakinan orang tua terhadap kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tugas yang berhubungan dengan mengasuh bayi dalam kondisi tertentu. Keyakinan ibu terhadap kemampuannya melakukan peran sebagai seorang ibu akan mempengaruhi praktek pengasuhan bayi, dan menjadi salah satu kunci dasar pertumbuhan dan perkembangan anak selanjutnya (Bandura, 1997; de Montigny & Lacharite, 2005). Penelitian Porter & Hui-Chin (2003) menemukan bahwa ibu yang memiliki *parenting self-efficacy* tinggi memiliki kemampuan yang lebih baik dalam melakukan tugas sebagai orang tua, lebih tanggap dalam merespon setiap isyarat dan kebutuhan bayi, serta memiliki hubungan interaksi yang lebih baik dengan anak. Hal ini akan meningkatkan tanggung jawab ibu dalam merawat bayi dan menurunkan kejadian kekerasan pada bayi/ anak.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy* pada periode awal masa nifas pada ibu post SC.

## **METODE PELAKSANAAN**

Penelitian dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian meliputi seluruh ibu post SC yang dirawat di RSIA ‘Aisyiyah Klaten dan RS PKU Muhammadiyah Delanggu, subyek penelitian melibatkan 66 orang. Sampel dipilih secara *purposive* berdasarkan kriteria inklusi eksklusi. Analisis data menggunakan *Spearman Rank* pada tingkat kepercayaan 95%. Pengukuran variabel bebas menggunakan kuesioner dukungan sosial dan variabel terikat diukur menggunakan kuesioner *parenting self-*

*efficacy scale* (PSES). Analisis data menggunakan Uji *Spearman Rank* untuk menilai hubungan antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik subyek penelitian

Variabel	n (%)
<b>Usia</b>	
20-25	26 (39,4%)
26-30	33 (50,0%)
31-35	7 (10,6%)
<b>Paritas</b>	
Primipara	41 (62,1%)
Multipara	25 (37,9%)
<b>Pendidikan</b>	
Rendah	19 (28,2%)
Tinggi	47 (71,8%)

Sumber: Data primer bulan november 2016

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas usia responden adalah 26-30 tahun yaitu sebanyak 33 responden (50%), dan minoritas pada usia 31-35 tahun sebanyak 7 responden (10,6%). Tingkat pendidikan bahwa mayoritas pendidikan responden adalah lulusan pendidikan tinggi (SMA, dan perguruan tinggi) sebanyak 47 responden (71,8%), dan pendidikan rendah (SD, SMP) sebanyak 19 responden (28,2%). Rata-rata responden mayoritas ibu primipara yaitu sebanyak 41 responden (62,1%), dan ibu multipara sebanyak 25 responden (37,9%).

Beberapa penelitian menemukan bahwa *parenting self-efficacy* dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya umur ibu, paritas dan tingkat pendidikan. Meskipun hubungan antara umur dan *parenting self-efficacy* belum terlihat jelas pada penelitian sebelumnya dan saat ini, namun diyakini bahwa umur yang tinggi umumnya memiliki *parenting self-efficacy* yang tinggi sehingga akan mempengaruhi usaha seseorang dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Umur seseorang dihubungkan dengan kemampuannya dalam membimbing dan menilai diri sendiri (Potter & Perry, 2009). Berdasarkan temuan Salonen et al (2009) bahwa ibu yang berusia lebih tinggi memiliki skor *parenting self-efficacy* yang lebih tinggi.

Paritas akan turut mempengaruhi *parenting self-efficacy* ibu. Hudson et al (2011) dan Salonen et al (2009) membuktikan bahwa skor *parenting self-efficacy* ibu yang baru

pertama kali melahirkan lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak dua atau lebih.

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menerima dan mengolah informasi. Pengetahuan akan membantu ibu dalam merubah perilaku dan menjadi modal dasar melakukan pengasuhan bayi yang baru dilahirkannya. Sesuai dengan temuan Leahy-Warren & Mc Charty (2011) bahwa tingkat pendidikan ibu secara signifikan berhubungan dengan *parenting self-efficacy*. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula *parenting self-efficacy* yang dimilikinya.

Tabel 2. Distribusi Dukungan Sosial Responden

Dukungan sosial	Frekuensi	Prosentase
<b>Kurang</b>	24	36,4%
<b>Baik</b>	42	63,6%
<b>Jumlah</b>	66	100%

Sumber: Data primer bulan november 2016

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden mendapat dukungan sosial baik sebanyak 42 responden (63,6%), dan yang mendapat dukungan sosial kurang sebanyak 24 responden (36,4%). Kondisi psikologis dan emosional memegang peranan penting dalam proses adaptasi dan pelaksanaan tugas baru karena menyangkut kognitif dan membentuk pemikiran dan perilaku dalam mencapai tujuan. Kepercayaan diri ibu dalam melaksanakan tugas baru sebagai orang tua akan meningkat apabila ibu mendapatkan dukungan sosial yang baik dari orang terdekat yaitu suami, keluarga dan tenaga kesehatan (Leahy-Warren, 2005). Ibu yang didampingi pasangannya selama persalinan dan perawatan *postpartum* memiliki *parenting self-efficacy* yang lebih tinggi (Salonen et al, 2009).

Tabel 3. Distribusi *Parenting Self-efficacy*

<i>Parenting self-efficacy</i> (PSE)	Frekuensi	Prosentase
<b>Rendah</b>	26	39,4%
<b>Tinggi</b>	40	60,6%
<b>Jumlah</b>	66	100%

Sumber: Data primer bulan november 2016

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki skala *parenting self-efficacy* tinggi sebanyak 40 responden (60,6%) dan yang memiliki skala *parenting self-efficacy* rendah sebanyak 26 responden (39,4%). Hal ini membuktikan

bahwa dengan memberikan dukungan sosial yang adekuat akan turut meningkatkan *parenting self-efficacy* ibu. Mayoritas ibu mendapat dukungan sosial yang baik dan memiliki skor PSE yang tinggi. Kepercayaan diri ibu dalam melaksanakan tugas baru sebagai orang tua akan meningkat apabila ibu mendapatkan dukungan sosial yang baik dari orang terdekat yaitu suami, keluarga dan tenaga kesehatan (Leahy-Warren, 2005).

Tabel 4. Hubungan dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy*

Variabel	<i>Parenting self-efficacy</i>				Jumlah
	Rendah		Tinggi		
	n	%	n	%	
Dukungan sosial					
Kurang	15	62,5	9	37,5	24(100)
Baik	11	26,2	31	73,8	42(100)

Sumber: Data primer bulan november 2016

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa responden yang mendapatkan dukungan sosial baik sebagian besar memiliki skala *parenting self-efficacy* yang tinggi yaitu sebanyak 31 responden (73,8%) sedangkan yang memiliki skala PSE rendah sebanyak 11 responden (26,2%). Untuk melihat kemaknaan hubungan pada kedua variabel maka dilakukan uji *spearman rank* dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5. Koefisien korelasi *Spearman rank*

Hubungan antar variabel	Koefisien Korelasi	p
Hubungan antara dukungan sosial dengan <i>parenting self-efficacy</i> pada periode awal masa nifas	0.357	0.003

Dari tabel 5 diatas dapat diperoleh koefisien korelasi *spearman rank* antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy* sebesar 0.357 dan nilai signifikan (p) adalah 0,003. Artinya besarnya hubungan antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy* sebesar 0,357. Karena signifikan perhitungan yang diperoleh lebih kecil dari 0,05 ( $0,003 < 0,05$ ), maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy* pada periode awal masa nifas pada ibu pasca *sectio caesarea*.

Proses menjadi orang tua memerlukan keterlibatan fisik, psikologis, dan sosial ibu. Selama periode ini, ibu mengintegrasikan bayi kedalam struktur keluarga yang sudah ada, belajar merawat bayi dengan penuh cinta dan kasih sayang, dan berupaya meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan melakukan perannya dengan baik.

Dalam proses adaptasi ini, seorang ibu postpartum khususnya ibu post SC memerlukan dukungan sosial yang baik dari bidan selama dirawat di rumah sakit, dukungan dari suami, dan keluarga dekat. Dukungan sosial sangat diperlukan bagi ibu post SC karena nyeri yang timbul dapat menyebabkan berbagai masalah misalnya ibu menjadi malas untuk mobilisasi dini, apabila nyeri muncul maka ibu akan fokus pada dirinya sendiri tanpa memperdulikan bayinya dan juga akan menimbulkan kecemasan dan kepercayaan diri dalam merawat bayi menjadi rendah.

Bidan memegang peranan penting untuk membantu ibu beradaptasi menjadi orang tua di periode awal kelahiran bayinya. Hal ini sesuai dengan temuan Mercer (2006) dan Leahy-Warren (2005) yang menyatakan bahwa bidan memiliki kesempatan besar untuk membantu ibu belajar, menumbuhkan kepercayaan diri dan pengalaman sebagai seorang ibu. Asuhan pada periode ini ditekankan pada pengkajian dan modifikasi faktor-faktor mempengaruhi pemulihan ibu, kemampuan mengemban peran perawatan bayi baru lahir, dan transisi peran dan kemampuan fungsional ibu dan keluarga. Orientasi asuhan menempatkan ibu dan keluarga dalam kondisi sehat sehingga bidan perlu memfasilitasi dukungan dan informasi yang sesuai sehingga ibu dan keluarga memiliki kemampuan dan pengalaman adaptasi yang positif (Reeder et al, 2011).

Lingkup perawatan postpartum didasarkan pada masalah yang ditemukan pada tahap pengkajian yang dimulai segera setelah ibu melahirkan. Selama satu jam pertama setelah persalinan, pemeriksaan tekanan darah dan nadi, pemantauan jumlah perdarahan vagina dan palpasi *fundus uteri* harus dilakukan setiap 15 menit atau lebih sering jika ada indikasi. Perawatan selanjutnya ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan istirahat dan pemulihan ibu. Dalam hal ini, bidan perlu membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar (eliminasi, nutrisi, ambulasi, dan perawatan bayi baru lahir) (Reeder et al, 2011).

Kebutuhan lain yang penting untuk mendapat perhatian bidan adalah kebutuhan psikologis, emosi dan sosial. Kondisi psikologis yang tidak stabil akan menghambat kemampuan ibu dalam menjalankan peran perawatan dan pengasuhan bayi. Penelitian Salonen et al (2009) menunjukkan bahwa konsep diri, gejala depresi, dan kondisi pikiran secara signifikan berhubungan dengan keyakinan ibu terhadap kemampuannya melakukan tugas pengasuhan bayi baru lahir (*parenting self-efficacy*) pada periode awal *postpartum*. Hasil ini memberikan gambaran bahwa bidan perlu mengkaji kesiapan fisik

dan psikologis ibu sebelum pasien pulang termasuk *parenting self-efficacy*. Selama perawatan *postpartum* di rumah sakit, bidan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam merawat dan mengasuh bayi melalui pemberian edukasi (Potter & Perry, 2009). Melalui edukasi *postpartum* yang diberikan oleh bidan selama dirawat di rumah sakit akan meningkatkan kepercayaan diri ibu untuk melakukan perawatan diri dan bayinya ketika sudah berada di rumah (Buchko et al, 2012).

Berdasarkan teori belajar yang diusulkan Bandura (1997), selain melatih keterampilan, bidan dapat membentuk kelompok diskusi dengan beberapa orang ibu untuk berbagi pengalaman tentang sikap dan perilaku mereka melewati proses adaptasi. Harapannya, ibu dapat meniru sikap dan perilaku positif yang ditunjukkan oleh model tersebut. *Persuasi* verbal yang bersifat positif juga sangat membantu ibu meningkatkan *parenting self-efficacy*. Semua kegiatan tersebut merupakan bentuk dukungan dari tenaga kesehatan yang terbukti dapat membantu meningkatkan kepercayaan diri ibu (Leahy-Warren & McCarthy, 2011).

Secara umum, hasil akhir perawatan *postpartum* yang diharapkan adalah peningkatan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial. Indikasi keberhasilan perawatan *postpartum* ditunjukkan dengan ibu bebas dari infeksi, *involusio* dan *lochea* normal, kenyamanan dan bebas cedera, pola defekasi dan berkemih normal, memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang adekuat dalam perawatan diri dan bayi, serta dapat mengintegrasikan bayi baru lahir kedalam struktur keluarga (Reeder et al, 2011).

Dukungan yang diberikan pasangan atau orang terdekat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *self-efficacy*. Dukungan sosial yang adekuat memberikan keyakinan kepada ibu untuk melakukan tugas perawatan bayi dengan benar (Leahy-Warren, 2005). Menurut penelitian yang dilakukan Salonen et al (2009) menunjukkan bahwa ibu yang mendapatkan perawatan *rooming-in* dan didampingi oleh pasangan selama persalinan dan perawatan *postpartum* memiliki *parenting self-efficacy* yang lebih tinggi.

## **KESIMPULAN**

Terdapat hubungan yang bermakna signifikan antara dukungan sosial dengan *parenting self-efficacy* pada periode awal masa nifas pada ibu pasca *sectio caesarea* di rumah sakit wilayah klaten.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. New Jersey. Prentice Hall, Englewood.
- \_\_\_\_\_. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- \_\_\_\_\_. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means*. Health Education and Behavior.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bloomfield, L., & Kendall, S. (2007). *Testing a parenting programme evaluation tool as a pre and post course measure of parenting self-efficacy*. Journal of advance nursing
- Buchko, B., Gutshall, C., Jordan, E. (2012). *Improving Quality and Efficiency of Postpartum Hospital Education*. The Journal of Perinatal Education.
- Danuatmaja, B., Meiliasari, (2007). *40 Hari Persalinan*. Cetakan Pertama. Jakarta. Puspa Swara
- De Montigny F. & Lacharite C. (2005). *Perceived Parental Self-efficacy: concept analysis*. Journal of Advance Nursing 49: 387-396
- Dias, M.S., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). *Preventing Abusive Head Trauma among Infants and Young Children: A Hospital based, Parent education program*. Pediatrics, 115(4): e470-e477. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-1896>
- Elek, S. M., Hudson, D. B., & Fleck, M. (2002). *Couple's experiences with fatigue during the transition to parenthood*. Journal of family nursing
- Elek, S. M., Hudson, D.B., & Boufard, C. (2003). *Marital and Parenting Satisfaction and infant Care Self-Efficacy During the Transition to Parenthood: The Effect of Infant Sex*. Issue in Comprehensive Pediatric Nursing
- Emmanuel, E., Creedy, D., St.John, W., Brown, C. (2008). *Maternal Role Development Following Childbirth Among Australian Women*. Journal of Advance Nursing
- Hudson, D.B., Campbell-grossman, C., Fleck, M., Shipman, A. (2003). *Effect of The New Fathers Network on First Time Fathers Parenting Self Efficacy and Parenting Satisfaction during the Transition to Parenthood*. Issue in Comprehensive Pediatric Nursing.
- Hurlock, E.B. (1994). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga
- Jones, T., & Prinz, R., (2005). *Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review*. Clinical Psychology review



- Kemenkes RI. (2013). Hasil Riskesdas 2013.pdf. Retrieved June 5, 2016, from [http://www.depkes.go.id/resources/download/general/HasilRiskesdas 2013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/HasilRiskesdas%202013.pdf)
- Leahy-Warren, P., (2005). *First time mothers: Social Support and Confidence in Infant Care*. Journal of Advance Nursing
- Leahy-Warren, P. & McCarthy, G. (2011). *Maternal Parental Self-efficacy in The Postpartum Period*. Midwifery, 27 (6):802-10.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2012). *First Time Mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression*. J Clin Nurs, 21 (3-4): 388-97
- Mantha, S., Davies, B., Moyer, A., & Crowe, K. (2008). *Providing Responsive Nursing Care to New Mothers with High and Low Confidence*. MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing, 33(5): 307-314. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NMC.0000334899.14592.32>
- McKellar, L., Pincombe, J., & Henderson, A. (2002). *Congratulations You're a Mother: A Strategy for Enhancing Postnatal Education for First-Time Mothers Investigated Through an Action Research Cycle*. Australian Journal of Midwifery, 15(3): 24-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X\(02\)80005-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X(02)80005-8)
- \_\_\_\_\_. (2009). *"Coming ready or not!" Preparing Parents for Parenthood*. British Journal of Midwifery, 17(3): 160-167.
- McQueen, K.A., Dennis, C.L., Stremler, R, & Norman, C.D. (2011). *A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention with Primiparous Mothers*. JOGNN, 40: 35-46
- Mercer, R, T. (2006). *Nursing Support of The process of Becoming a Mother*. JOGNN
- Murray, S.S & Mc Kinney, E.S. (2007). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. Vol 1 (4). Philipines: Elsevier
- Mutmainah, M. Rustinah, Y. & Besral. (2006). *Efektivitas Pendidikan Kesehatan pada Periode Awal Postpartum dengan metode CPDL terhadap Kemampuan Ibu Primipara Merawat Bayi di Provinsi Jambi*. Program Pascasarjana UI. Tesis
- Porter, C.H., & Hui-Chin. (2003). *First-time Mothers Perceptions of Efficacy During the Transition to Motherhood: links to infant temperament*. Journal of Family Psychology
- Potter, P.A., & Perry, A.G., (2009). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal and Child Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

- Reeder, S.J. Martin, L, L. & Koniak-Griffin, D. (2011). *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga* (terjemahan) edisi 18. Jakarta: EGC
- Salonen, A., Kaunonen, M., Astedt-kurki, P., Jarvenpaa, A-L., Isoaho, H., & Tarkka, M. (2008). *Development of an Internet-based Intervention For Parents Infants*. *Journal Of Advance Nursing*, 64, 1: 60-72
- \_\_\_\_\_. (2009). *Parenting Self-efficacy After Childbirth*. *Journal of Advance Nursing*, 65: 2324-2336
- \_\_\_\_\_. (2011). *Effectiveness of an Internet Base Intervention Enhancing Finnish Parents Parenting Satisfaction and Parenting Self-efficacy During the Postpartum Period*. *Midwifery*, 27: 832-842

# GAMBARAN KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN KEBIDANAN DI ERA BPJS KESEHATAN

Yosi Arum Ariningtyas, Purnomo Suryantoro, Mufdlilah  
email: yosiarumariningtyas@yahoo.co.id

## ABSTRAK

Pasien selalu mengharapkan pelayanan yang berkualitas sehingga tercapai suatu kepuasan. Setiap unit pelayanan kesehatan harus memberikan pelayanan yang sama kepada setiap pasien baik sebagai pasien BPJS maupun non BPJS. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan kebidanan pada era BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Kediri. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif yang dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian semua ibu post partum di Rumah Sakit Umum Kediri tahun 2016 yaitu 140 orang per bulan dengan sampel 70 responden yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis uji *Chi square*. Hasil penelitian ini responden BPJS yang puas terhadap pelayanan kebidanan 24 responden (77,4%), dan responden Non BPJS yang puas terhadap pelayanan kebidanan 37 responden (94,9%) dari total 39. Simpulan adalah jenis pembiayaan kesehatan (BPJS dan Non BPJS) tidak menjadi faktor yang berpengaruh dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan kebidanan di RSUD Kediri.

**Kata kunci** : pasien BPJS, kepuasan pelayanan kebidanan

## PENDAHULUAN

Permasalahan yang kompleks dan terus ada dalam bidang kesehatan khususnya kebidanan adalah kematian ibu dan bayi. Menurut Rachmaningtyas tahun 2014 (Nasional.sindonews.com diakses 15 Juni 2016) tingginya angka kematian ibu pada tahun 2013 mencapai 5.019 jiwa atau 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut terus meningkat setiap tahun jika dilihat dari tahun 2012 yaitu 4.985 jiwa dan pada 2011 adalah 5.118 jiwa. Pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dapat mencegah tingginya angka kematian. Angka kematian bayi baru lahir di Indonesia yang ibunya mendapatkan pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga profesional adalah seperlima dari angka kematian pada bayi yang ibunya tidak mendapat pelayanan (UNICEF, 2012).

Kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai dari beberapa aspek yaitu *reliability*, tanggap, kompetensi, *accessibility*, etika, kredibilitas dan kelengkapan fasilitas. *Reliability* adalah penampilan fisik yang meyakinkan dan dapat dipercaya, tanggap meliputi ketanggapan, kemauan, kesiapan dan kecepatan petugas dalam pelayanan serta ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan, kompetensi yaitu kompetensi tenaga

kesehatan yang dibuktikan dengan latar belakang pendidikan baik formal maupun informal, *accessibility* yaitu kemudahan pasien dalam memperoleh pelayanan, etika petugas yaitu komunikasi yang baik, kredibilitas yaitu tingkat kepercayaan, keamanan dan yang terakhir adalah kelengkapan fasilitas. Jika semua dimensi tercapai dengan baik maka loyalitas pasien sebagai pelanggan akan terbentuk sebagai wujud kepuasannya (Satrianegara, 2014).

Kepuasan pasien menurut Rahmayanty 2013 adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam. Pelayanan yang dievaluasi dapat berupa sebagian kecil dari pelayanan dan semua jenis pelayanan kesehatan. Seperti salah satu jenis pelayanan dari serangkaian pelayanan rawat jalan atau rawat inap, semua jenis pelayanan yang diberikan untuk menyembuhkan seorang pasien sampai dengan sistem pelayanan secara menyeluruh di dalam rumah sakit.

Asuransi kesehatan dimaksudkan untuk mencegah ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan dari segi keuangan. Salah satu asuransi kesehatan yang ada saat ini adalah BPJS. Dalam pelaksanaannya yang tergolong baru, banyak permasalahan yang dialami pesertanya. BPJS terdiri dari BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan dan mulai beroperasi pada 1 Januari 2014 (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Pandangan pasien terhadap BPJS masih kurang baik. Keluhan yang dirasa pasien kaitannya dengan pelayanan administrasi, perawat/bidan, dokter, fasilitas dan infrastruktur, obat dan administrasi keuangan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan dalam metode pembiayaan, yang dapat diwakilkan perbedaannya antara pasien pengguna BPJS dan umum (Sreenivas dan Babu, 2012).

Hasil penelitian Primatika Ambar Sari tahun 2015 kepuasan secara umum antara pasien BPJS dan pasien umum didapatkan rerata tingkat kepuasan pasien umum sebesar 106,14 sedangkan pada pasien BPJS sebesar 66,62, sehingga dalam penelitian ini didapatkan perbedaan yang bermakna. Nilai p (sig) sebesar 0,001 telah memenuhi kriteria normal yaitu  $p < 0,05$ .

Hasil studi pendahuluan di RSUD Gambiran Kota Kediri didapatkan rata-rata kunjungan perbulan pada Januari-Juni 2016, di ruang bersalin dan nifas rata-rata per bulan 140 pasien partus, serta didapatkan data dari bulan Januari-Agustus 2016 proporsi pasien Non BPJS adalah 30,8% dan pasien BPJS 69,2%. Berdasarkan wawancara dengan kepala ruang nifas bahwa tidak ada perbedaan pelayanan kebidanan terhadap

peserta BPJS maupun Non BPJS. Hasil wawancara kepada dua ibu post partum yang keduanya berstatus peserta BPJS dan Non BPJS didapatkan bahwa keduanya merasakan mendapatkan pelayan kebidanan yang sama.

Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien menurut Wijono (Nugroho, 2009) dipengaruhi oleh banyak hal, antara lain pendekatan dan perilaku petugas, mutu informasi, prosedur, waktu tunggu, fasilitas, pengaturan kunjungan dan terapi yang diterima. Wahyu (Rorie, 2015) menyatakan jenis kelamin mempengaruhi persepsi kepuasan terhadap pelayanan kesehatan. Laki-laki lebih mudah memberikan nilai kepuasan tinggi dan perempuan cenderung memerlukan banyak pertimbangan dalam memberikan penilaian. Menurut Anoraga (Rorie, 2015) usia mempengaruhi penilaian terhadap kepuasan. Konsumen yang lebih tua lebih mudah meliai kepuasan di bandingkan yang berusia lebih muda. Lestari tahun 2008 menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang makin tinggi pula daya kritisnya terhadap kepuasan. Komunikasi terapeutik, sikap dan pendekatan staf mempengaruhi kepuasan pasien dan hubungan interpersonal pasien dengan petugas kesehatan (Husna, 2009). Kemudian kualitas pelayanan yang sesuai dengan keinginan pasien juga merupakan faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien (Liestriana, 2011).

Pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kebidanan harus diberikan secara seksama agar perempuan dapat mencapai derajat kesehatan yang baik, karena bidan sebagai petugas kesehatan yang paling dekat dengan perempuan dalam masalah reproduksinya memiliki fungsi independen berupa pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman, cinta dan mencintai, harga diri, sampai aktualisasi diri (Mubarak, 2011). Pendekatan dan perilaku bidan yaitu berupa komunikasi terapeutik merupakan hal yang sangat penting bagi bidan untuk mendukung proses keperawatan meliputi pengkajian diagnosa, perencanaan dan penilaian. Peran komunikasi adalah sebagai sarana untuk menggali kebutuhan dan keinginan pasien sehingga bidan dapat memberikan pelayanan dengan maksimal (Nugroho, 2009). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan kebidanan pada pasien BPJS dan Non BPJS di Rumah Sakit Umum Kediri.

## METODE PELAKSANAAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *kuantitatif* dengan desain penelitian deskriptif, serta menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Variabel independen pada penelitian ini adalah jenis kepemilikan asuransi dan variabel dependennya adalah kepuasan pasien pada pelayanan kebidanan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu post partum di Rumah Sakit Umum Kediri tahun 2016 dengan jumlah populasi 140 orang per bulan. Teknik sampling yang dipakai adalah *Purposive Sampling*, dengan subjek penelitian 70 responden. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner kepuasan pelayanan kebidanan.. Analisis data menggunakan uji *Chi square*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Tingkat Kepuasan Pasien BPJS terhadap Pelayanan Kebidanan

No.	Kepuasan BPJS	Frekuensi	%
1	Sangat Tidak Puas	0	0,0
2	Tidak Puas	0	0,0
3	Cukup Puas	5	16,1
4	Puas	24	77,4
5	Sangat Puas	2	6,5
Total		31	100

Dari Tabel 1 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden 77,4% (24 responden) menyatakan puas, dan 2 responden menyatakan sangat puas (6,5%) dari total 31 responden Kepuasan menurut Oliver dalam (Sari, 2008) merupakan tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan (pelayanan yang diterima dan dirasakan) dengan yang diharapkan.

Tabel 2 Tingkat Kepuasan Pasien Non BPJS terhadap Pelayanan Kebidanan

No.	Kepuasan Non BPJS	Frekuensi	%
1	Sangat Tidak Puas	0	0,0
2	Tidak Puas	0	0,0
3	Cukup Puas	2	5,1
4	Puas	37	94,9
5	Sangat Puas	0	0,0
	Total	39	100

Dari Tabel 2 dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden 94,9% (37 responden) menyatakan puas dari total 39 responden. Dari tabel 1 dan 2 terlihat bahwa tidak ada perbedaan tingkat kepuasan pasien BPJS dan Non BPJS. Dikutip dari Wijono Nugroho (2009) mengungkapkan kepuasan pelanggan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan lain atau kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor antara lain pendekatan dan perilaku petugas, mutu informasi, prosedur perjanjian, waktu tunggu, fasilitas umum yang tersedia, fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, pengaturan kunjungan dan "privasi" *outcome* terapi dan perawatan yang diterima.

Tabel 3 Tabulasi Silang Usia dengan Kepuasan Pelayanan Kebidanan di Ruang Nifas RSUD Gambiran Kediri Tanggal 3 November-20 Desember Tahun 2016

No.	Umur Ibu	Kepuasan						Total	
		Cukup Puas		Puas		Sangat Puas		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1	< 20 th	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
2	20-35 th	6	11.5	44	84.6	2	3.8	52	100
3	> 35 th	1	5.9	16	94.1	0	0.0	17	100
	Total	7	10.0	61	87.1	2	2.9	70	100

Dari tabel 3 pada usia paling tua yaitu >35 tahun hampir seluruh responden 94,1% (16 responden) menyatakan puas dari total 17 responden. Menurut Anoraga (dalam Rorie, 2015) ada kecenderungan konsumen yang lebih tua lebih merasa puas dari konsumen yang berumur relatif lebih muda.

Tabel 4 Tabulasi Silang Pendidikan dengan Kepuasan Pelayanan Kebidanan di Ruang Nifas RSUD Gambiran Kediri Tanggal 3 November-20 Desember Tahun 2016

No.	Pendidikan	Kepuasan						Total	
		Cukup Puas		Puas		Sangat Puas		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1	SMP	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
2	SMA	4	11.8	30	88.2	0	0.0	34	100
3	PT	3	8.6	30	85.7	2	5.7	35	100
	Total	7	10.0	61	87.1	2	2.9	70	100

Dari tabel 4 pada tingkat pendidikan PT didapatkan hasil yang bervariasi, sebagian besar 85,7% (30 responden) menyatakan puas dari total 35 responden. Peningkatan ketidakpuasan pasien terhadap layanan dokter atau rumah sakit atau tenaga

kesehatan lainnya dapat terjadi sebagai akibat dari semakin tinggi pendidikan rata-rata masyarakat sehingga membuat mereka lebih tahu tentang haknya dan lebih asertif (Lestari, dkk, dalam Rorie, 2015).

Tabel 5 Tabulasi Silang Pekerjaan dengan Kepuasan terhadap Pelayanan Kebidanan di Ruang Nifas RSUD Gambiran Kediri 3 November-20 Desember Tahun 2016

No.	Pekerjaan	Kepuasan						Total	
		Cukup Puas		Puas		Sangat Puas		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1	IRT	6	14.3	36	85.7	0	0.0	42	100
2	Petani	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100
3	Swasta	1	5.3	18	94.7	0	0.0	19	100
4	PNS	0	0.0	6	75.0	2	25.0	8	100
	Total	7	10.0	61	87.1	2	2.9	70	100

Tadi tabel 5 didapatkan mayoritas adalah IRT dimana sebagian besar 85,7% (36 responden dari total 42 responden menyatakan puas. Semua responden adalah perempuan, hasil tingkat kepuasan sesuai dengan teori bahwa perempuan cenderung lebih hati-hati dan teliti dalam melakukan penilaian terhadap sesuatu yang dianggap baik dan kurang baik dengan menggunakan perasaan (Potter & Perry dalam Ningsih, 2015).

Tabel 6 Tabulasi Silang Penghasilan dengan Kepuasan Pelayanan Kebidanan di Ruang Nifas RSUD Gambiran Kediri Tanggal 3 November-20 Desember Tahun 2016

No.	Penghasilan	Kepuasan						Total	
		Cukup Puas		Puas		Sangat Puas		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1	2-2,5 jt	5	11.4	39	88.6	0	0.0	44	100
2	> 2,5 jt	2	7.7	22	84.6	2	7.7	26	100
	Total	7	10.0	61	87.1	2	2.9	70	100

Berdasarkan tabel 6 pada tingkat penghasilan > 2,5 juta di dapatkan sebagian besar 84,6% (22 responden) menyatakan puas. Hal ini sesuai dengan kenyataan bahwa semakin tinggi penghasilan seseorang semakin tinggi pula tuntutan kepuasan terhadap pelayanan. Rahmayanty (2013) mendefinisikan kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam yang diberikan pemberi jasa pelayanan.



Tabel 7 Tabulasi Silang Jenis Persalinan dengan Kepuasan terhadap Pelayanan Kebidanan di Ruang Nifas RSUD Gambiran Kediri Tanggal 3 November-20 Desember Tahun 2016

No.	Keperluan	Kepuasan						Total	
		Cukup Puas		Puas		Sangat Puas		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1	SC	7	13.0	46	85.2	1	1.9	54	100
2	Postpartum Normal	0	0.0	15	93.3	1	6.7	16	100
	Total	7	10.0	61	87.1	2	2.9	70	100

Pada tabel 7 sebagian mayoritas jenis persalinan adalah SC. Diketahui sebagian besar 85,2% (46 responden) menyatakan puas terhadap pelayanan kebidanan. Dalam pandangan medis kedua jenis pasien ini adalah sama sehingga harus mendapatkan pelayanan yang sama. Oleh karenanya petugas kesehatan harus tetap bekerja secara profesional. Dalam penelitian Burhan (2014), sebagai panduan dalam menilai profesionalisme, Arnold dan Stern (2006) dalam Burhan (2014) memberikan definisi bahwa profesionalisme ditunjukkan melalui sebuah dasar kompetensi klinis, kemampuan berkomunikasi, pemahaman etika dan hukum yang dibangun oleh harapan untuk melaksanakan prinsip profesionalisme.

Berdasarkan tabel 1 sebagian besar responden dengan asuransi BPJS puas terhadap pelayanan kebidanan yaitu sebanyak 24 responden (77,4%) dari total 31 responden, sedangkan tabel 2 diketahui hampir seluruh responden dengan asuransi Non BPJS puas terhadap pelayanan kebidanan yaitu sebanyak 37 responden (94,9%) dari total 39 responden. Berdasarkan tabel 3 pada usia 20-35 tahun hampir seluruhnya pada kategori puas yaitu 44 responden (84,6%) dan 2 responden pada kategori sangat puas (3,8%) dari total 52 responden. Berdasarkan tabel 4 diketahui pada responden dengan pendidikan paling tinggi (PT) hampir seluruhnya puas yaitu sebanyak 30 responden (85,7%). Berdasarkan tabel 5 pada responden tidak bekerja (ibu rumah tangga) hampir seluruhnya puas yaitu 36 responden (85,7%) dan pada PNS sebagian besar puas yaitu sebanyak 6 responden (75%) dan 2 responden menyatakan sangat puas (25%). Berdasarkan tabel 6 Pada responden dengan penghasilan tertinggi (>2,5 juta) hampir seluruhnya puas yaitu sebanyak 22 responden (84,6%) dan 2 responden (7,7%) ada pada kategori sangat puas dari total 26 responden. Berdasarkan tabel 7 diketahui pada kategori

responden postpartum normal didapatkan hampir seluruhnya puas yaitu sebanyak 15 responden (93,3%) dan 1 (6,7%) responden sangat puas dari total 16 responden.

Kepuasan menurut Oliver dalam (Sari, 2008) merupakan tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan (pelayanan yang diterima dan dirasakan) dengan yang diharapkan. Selanjutnya Rahmayanty (2013) mendefinisikan kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam yang diberikan pemberi jasa pelayanan. Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang (pelanggan/pasien) setelah membandingkan antara kinerja (pelayanan yang diterima dan dirasakan) dengan yang diharapkan (Sari, 2008). Wijono dikutip Nugroho (2009) mengungkapkan kepuasan pelanggan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan lain atau kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor antara lain pendekatan dan perilaku petugas, mutu informasi, prosedur perjanjian, waktu tunggu, fasilitas umum yang tersedia, fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, pengaturan kunjungan dan "privasi" *outcome* terapi dan perawatan yang diterima. Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, usia pasien, pendidikan, komunikasi terapeutik, sikap dan pendekatan staf, serta kualitas pelayanan (Budiastuti dalam Liestriana, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden dengan asuransi BPJS puas terhadap pelayanan kebidanan. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Mengacu kepada teori yang ada, kepuasan akan terwujud jika pelanggan atau pasien mendapatkan pelayanan sesuai atau melebihi dari keinginan atau harapannya. Umumnya pasien datang mengharapkan cepat mendapatkan pelayanan, petugas konsisten dalam memberikan pelayanan, penampilan secara fisik terlihat meyakinkan dan dapat dipercaya, memiliki keahlian dan pengetahuan yang sesuai dengan kebutuhannya, mudah dalam mendapatkan pelayanan, secara etika petugas terlihat sopan, hormat kepada pasien, terlihat adanya kesungguhan dalam melayani pasien, juga keramahan dari setiap petugas kesehatan yang melayaninya. Kesan seperti ini adalah hal pertama yang terekam pasien untuk mendapatkan kepuasan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Sesuai Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial

Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. Pasien BPJS berarti pasien yang sudah terdaftar program jaminan sosial di Indonesia. Dalam konteks ini pasien BPJS berbeda dengan non BPJS dilihat dari aspek pembiayaan kesehatan. Dalam pandangan medis kedua jenis pasien ini adalah sama sehingga harus mendapatkan pelayanan yang sama. Oleh karenanya petugas kesehatan harus tetap bekerja secara profesional. Dalam penelitian Burhan (2014), sebagai panduan dalam menilai profesionalisme, Arnold dan Stern (2006) dalam Burhan (2014) memberikan definisi bahwa profesionalisme ditunjukkan melalui sebuah dasar kompetensi klinis, kemampuan berkomunikasi, pemahaman etika dan hukum yang dibangun oleh harapan untuk melaksanakan prinsip profesionalisme.

Tidak adanya perbedaan tingkat kepuasan antara pasien peserta BPJS dan Non BPJS terhadap pelayanan kebidanan disebabkan petugas kesehatan sudah tidak membedakan pasien dalam memberikan pelayanan. Apapun jenis pasien (BPJS ataupun Non BPJS) semua akan diperlakukan sama, dilayani dengan sama, yakni sama-sama cepat, sama-sama mendapatkan fasilitas fisik atau sarana dan prasarana yang sama baiknya sesuai dengan kelasnya, sama jenis obat yang diberikan uang sesuai standar yang telah ditetapkan BPJS, ruang rawat inap juga sama, keramahan petugas dalam memberikan pelayanan juga sama, dan semua pendukung yang lainnya juga sama. Jika sudah demikian maka pasien merasa sudah mendapatkan pelayanan yang sama baiknya antara peserta BPJS maupun non BPJS. Saat ini petugas kesehatan juga tidak berani membedakan kualitas dalam pelayanan. Monitoring dan evaluasi pelayanan sudah dilaksanakan secara periodik kepada PPK (pemberi pelayanan kesehatan) atau kepada provider (petugas kesehatan) oleh pihak BPJS. Dalam arti peserta BPJS dijamin kualitas pelayanan yang akan diterima dengan pasien non BPJS. Petugas BPJS dengan ketat memberikan persyaratan sarana dan prasarana yang harus dipenuhi PPK (pemberi pelayanan kesehatan) bagi pasien BPJS. Adanya persyaratan demikian ini maka pasien akan sama-sama merasa puas terhadap pelayanan yang diterima.

## **KESIMPULAN**

Sebagian besar pasien BPJS (77,4%) dan Non BPJS (94,9%) merasa puas dengan pelayanan kebidanan di Rumah Sakit Umum Kediri.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, Dedi. (2012). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- BPJS Kesehatan Indonesia. (2014). *Sejarah BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Indonesia*. Jakarta: BPJS Kesehatan Indonesia
- Burhan, Fatmadina. (2014). *Penilaian Terhadap Profesionalisme Dokter di Unit Rawat Jalan RSUP Haji Adam Malik Medan*. Skripsi Untuk Memperoleh Sarjana Kedokteran Universitas Sumatra Utara Medan: Diterbitkan di 123dok.com
- Husna, Anis Rosiatul, Eni Sumarliyah, Andreas Tipo. 2009. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khodijah Sepanjang Surabaya : Bagian Keperawatan Komunitas, Bagian Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Kesehatan UM Surabaya*.
- Kementerian Kesehatan R.I. (2013). *BPJS Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Liestriana, Dian. (2011). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Pasien Pasca Operasi Rawat Inap Di Rsud Kajen Kabupaten Pekalongan*. Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang
- Mubarak, W. Iqbal. (2011). *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Ningsih, Penti Seri. 2015. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III RS. PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta*
- Nugroho, Haryanto Adi & Septyani Aryati. 2009. *Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Islam Kendal: FIKkUS Jurnal Keperawatan Vol. 2 No. 2 Maret 2009: 36-41*
- Rahmayanty, Nina. (2013). *Manajemen Pelayanan Prima (Mencegah Pembelotan dan Membangun Customer Loyalty*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Rachmaningtyas, Ayu. 2014. *Angka Kematian Ibu Meningkat Setiap Tahun*. Nasional.sindonews.com, Diakses 15 Juni 2016
- Rorie. 2015. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap IRNA A RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado*
- Sari, P. Ambar. (2015). *Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien BPJS Dengan Pasien Umum Di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri*. Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta: Diterbitkan
- Sari, Irine Diana. (2008). *Manajemen Pemasaran Usaha Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Satrianegara, M. Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sreenivas, T. Babu, N.S. (2012). *A Study On Patient Satisfaction In Hospitals. International Journal of Management Research and Business Strategy*, Vol. 1 No. 1 October, pp: 102.
- UNICEF Indonesia. (2012). *Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: UNICEF Indonesia

# **PENGARUH PEMBERIAN KONSELING TERHADAP TINGKAT KECEMASAN MENJELANG PERSALINAN DI KLINIK BERSALIN RESTU BUNDA GOMBONG**

**Eti Sulastri, Mohammad Hakimi, Ismarwati**

email:

## **ABSTRAK**

Kekhawatiran dan kecemasan pada ibu hamil apa bila tidak ditangani dengan serius akan membawa dampak dan pengaruh terhadap fisik dan psikis, baik pada ibu maupun janin. 50% ibu bersalin mengalami kecemasan, dampak yang akan terjadi pada kehamilan jika kecemasan yang terus menerus selama kehamilan baik pada trimester pertama, kedua maupun ketiga dapat menyebabkan kelahiran sebelum waktunya dan bayi berat lahir rendah (BBLR) kecil dan pendek (Gayathri *et al.*, 2010). Salah satu upaya untuk menurunkan kecemasan saat persalinan adalah bimbingan antisipasi dan dapat berupa konseling. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh konseling terhadap tingkat kecemasan menjelang persalinan. Penelitian ini menggunakan kuasi eksperimen dengan rancangan *pretest* dan *posttest nonequivalent control group*. Pengambilan sampel penelitian dengan consecutive sampling dengan jumlah sampel 66, 33 kelompok intervensi dan 33 kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberikan konseling dan kelompok control diberikan perawatan standar. Analisis yang digunakan menggunakan independent T-Test dan regresi logistic berganda untuk multivariabel. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pemberian konseling terhadap tingkat kecemasan menjelang persalinan dengan nilai p value 0,000 dan hasil multivariate pada model I didapatkan hasil 2,5 yang artinya ibu hamil yang diberikan konseling berpeluang kecemasan menurun sebesar 2,5 dibandingkan dengan ibu yang hanya diberikan perawatan standar. Ibu hamil yang diberikan konseling mengalami penurunan skor kecemasan lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak diberikan konseling.

**Kata Kunci** : Konseling, Tingkat kecemasan

## **PENDAHULUAN**

Menjelang persalinan banyak hal yang mengkhawatirkan muncul dalam pikiran ibu. Takut bayi cacat, takut harus operasi, takut persalinannya lama, dan sebagainya. Puncak kecemasan muncul bersamaan dengan dimulainya tanda-tanda persalinan. Kontraksi yang lama-kelamaan meningkat menambah beban ibu, sehingga kecemasan pun bertambah. Pada kondisi inilah perasaan cemas, bila tidak ditangani dengan baik, bisa merusak konsentrasi ibu sehingga persalinan yang diperkirakan lancar dapat menjadi patologis (Marmi, 2011).

Kekhawatiran dan kecemasan pada ibu hamil apa bila tidak ditangani dengan serius akan membawa dampak dan pengaruh terhadap fisik dan psikis, baik pada ibu maupun janin. 50% ibu bersalin mengalami kecemasan, secara psikologis kecemasan

meningkat dipengaruhi oleh koordinasi dan gerak reflek, kesulitan mendengarkan atau mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan dengan orang lain (Suliswati, 2005).

Dampak yang akan terjadi pada kehamilan jika Kecemasan yang terus menerus selama kehamilan baik pada trimester pertama, kedua maupun ketiga dapat menyebabkan kelahiran sebelum waktunya dan bayi berat lahir rendah (BBLR) kecil dan pendek ( Gayathrie *et al.*, 2010). Selain itu, kecemasan dan depresi yang timbul pada trimester ketiga dapat mempengaruhi tingkah laku anak (Davis *et al.*, 2003).

Dunkel (2012) menyimpulkan bahwa stress pada kehamilan dan persalinan dapat meningkatkan kejadian lahir prematur dan hambatan pembentukan jaringan syaraf pada janin. Menurut Mulder *et al.*, (2012) menyebutkan bahwa ibu hamil yang mengalami stress dan kecemasan selama kehamilan dapat meningkatkan resiko aborsi spontan dan kelahiran prematur, melahirkan bayi cacat dan terhambatnya pertumbuhan fisik janin dan kematian perinatal. Sedangkan menurut Bindt (2012). Mengemukakan bahwa kecemasan selama kehamilan sampai trimester ketiga mempengaruhi proses persalinan, pertumbuhan perkembangan anak, lahir prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), *partus* lama, gangguan mental dan motorik anak. Selain itu, Savona *et al.* (2010) mengemukakan bahwa kecemasan memiliki dampak negatif terhadap menyusui ( $<0,05$ ) dengan konsekuensi pada pertumbuhan dan perkembangan bayi serta mempengaruhi hubungan bayi dengan ibunya.

Upaya untuk meredakan rangsangan (stressor) yang mempengaruhi sistem limbik yang menyebabkan timbulnya kecemasan dan depresi post partum, maka perlu dilakukan intervensi untuk mengurangi distress tersebut, seperti konseling selama antenatal dan menjelang persalinan (Astuti, 2011). Peredaan rangsangan yang menyebabkan kecemasan selama kehamilan dan persalinan merupakan suatu kewajiban petugas kesehatan, suami maupun keluarga untuk dapat meredakannya sehingga mengurangi dampak yang timbul pada saat proses persalinan, bagi kesehatan ibu dan bayi.

Konseling sebagai bentuk intervensi merupakan bantuan professional konselor untuk mempengaruhi konseli agar ia dapat mengubah perilakunya kearah yang lebih maju (*progressive*) (Yeyeh, 2009), kewenangan Bidan Sesuai Permenkes Nomor 1464 Tahun 2010, salah satunya adalah memberikan bimbingan dengan penyuluhan dan

konseling kehamilan. Hasil penelitian Delaram Masoumeh & Soltanpour Farzaneh (2012), dimana terdapat pengaruh konseling terhadap penurunan kecemasan persalinan pada ibu trimester III.

Yusnita (2012) dalam penelitiannya hubungan komunikasi terapeutik bidan dengan kecemasan ibu bersalin di ruang kebidanan dan bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik bidan dengan tingkat kecemasan ibu bersalin di ruang kebidanan dan bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie ( $p$  value =0.004), sehingga dengan adanya konseling diharapkan dapat mengurangi kecemasan ibu menjelang persalinan sehingga berkontribusi terhadap penurunan efek kecemasan pada ibu maupun bayinya.

Dari latar belakang diatas peneliti tertarik untuk meneliti apakah konseling berpengaruh terhadap tingkat kecemasan ibu hamil menjelang persalinan di Klinik Restu Bunda.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi eksperimen atau eksperimen semu dengan menggunakan rancangan *pretest dan posttest nonequivalent control group* dengan pendekatan kuantitatif. Pengambilan sampel penelitian ini yaitu dengan *consecutive sampling* yaitu merupakan pembatasan subyek penelitian yang akan diteliti, variabel bebas (*independent variable*) penelitian ini adalah konseling, variabel tergantung (*dependent variable*) penelitian ini adalah tingkat kecemasan menjelang persalinan sedangkan variabel luar penelitian ini adalah umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan dukungan sosial.

Populasi penelitian ini adalah ibu hamil trimester III yang melakukan pemeriksaan kehamilan di klinik Bersalin Restu Budan dan klinik bersalin Ngudi Waluyo Gombong. Rekrutmen subjek bisa dilakukan sebelum penelitian dimulai atau selama penelitian berlangsung. Sampel penelitian adalah primi dan multigravida trimester III sesuai dengan kriteria kelayakan. Kriteria inklusi Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah kehamilan fisiologis dengan umur kehamilan 32-38 minggu, tidak mengalami cacat fisik, tidak pernah terlibat dalam penelitian yang sama sebelumnya dan bersedia menjadi responden sedangkan untuk kriteria eksklusi ibu hamil yang memiliki penyakit penyerta pada kehamilan.

Pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*, dengan total ibu hamil yaitu sebanyak 66 ibu hamil yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu pada kelompok intervensi 33 dan kelompok kontrol 33 ibu hamil . kelompok intervensi diberikan konseling sebanyak 4 kali dengan materi yang sudah disesuaikan dengan kebutuhan dan sudah disepakati oleh peneliti sedangkan pada kelompok control hanya diberikan perawatan standar *antenatal care*. Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah berupa konseling. Konseling dilakukan sebanyak 4 kali, dari usia ibu trimester III sampai menjelang persalinan. Proses sebelum dilakukan konseling terlebih dahulu ibu hamil yang sudah memenuhi kriteria inklusi dilakukan penilaian *pretest* untuk mengetahui kecemasan pada kedua kelompok, setelah hasilnya diketahui pada kelompok intervensi diberikan konseling setiap minggu sebanyak 4 kali dengan materi yang berbeda-beda.

Materi yang diberikan adalah perubahan psikologi trimester III, tanda bahaya pada ibu hamil trimester III, persiapan persalinan dan fisiologis persalinan. Untuk kelompok control hanya diberikan perawatan standar *antenatal care* pada setiap pemeriksaan. Penilaian *posttest* pada kedua kelompok di lakukan pada saat ibu menjelang kala I, pengisian dibantu oleh peneliti dan asisten peneliti jika ibu merasakan kesulitan dalam pengisian. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, analisis bivariat menggunakan perhitungan statistik dengan independent sampel T-Test, dan analisis multivariat menggunakan analisis regresi logistic berganda.

## HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden

Karakteristik	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi	
	n	%	n	%
<b>Umur</b>				
<20/>35 tahun	8	24,2	5	15,2
20-35 tahun	25	75,8	28	84,8
<b>Pendidikan</b>				
Pendidikan rendah	14	42,4	11	33,3
Pendidikan tinggi	19	57,6	22	66,7
<b>Pekerjaan</b>				
Tidak bekerja	17	51,5	23	69,7
Bekerja	16	48,5	10	30,3
<b>Dukungan social</b>				
Dukungan rendah	22	66,7	8	24,2
Dukungan tinggi	11	33,3	25	75,8



Tabel 1 menunjukkan bahwa prevalensi umur pada kelompok kontrol maupun intervensi paling banyak pada kategori umur 20-35 tahun yaitu pada kelompok kontrol sebesar 25 (75,8%) dan pada kelompok intervensi sebesar 28 (84,8%) responden. Untuk variabel pendidikan pada kelompok kontrol paling banyak responden berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 19 (57,6%) responden dan pada kelompok intervensi paling banyak juga pada kategori pendidikan tinggi yaitu sebesar 22 (66,7%).

Pada variabel pekerjaan kelompok kontrol mayoritas responden tidak bekerja yaitu sebanyak 17 (51,5%) sedangkan pada kelompok intervensi responden yang tidak bekerja sebanyak 23 (69,7%) responden. Untuk variabel terakhir yaitu dukungan social pada kelompok kontrol paling banyak mendapat dukungan social rendah yaitu sebanyak 22 (66,7%) sedangkan pada kelompok perlakuan paling banyak mendapatkan dukungan sosial tinggi yaitu sebanyak 25 (75,8%) responden.

Tabel 4 Gambaran perbedaan tingkat kecemasan Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol

Tingkat Kecemasan	Sebelum		Sesudah	
	N	%	n	%
6≤	3	9,1	3	9,1
7-12	20	60,6	20	60,6
13-18	10	30,3	10	30,3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa hasil pada kelompok kontrol tentang kecemasan ibu menjelang persalinan dengan kategori tertinggi yaitu dengan responden yang memiliki tingkat kecemasan dengan skor 7-12 (tingkat kecemasan sedang) sebanyak 20 responden (9,1%) dan terendah sebanyak 3 responden dengan kategori  $6 \leq$  (30,0%). Sedangkan setelah dilakukan penilaian kecemasan lagi tanpa memberikan intervensi apapun terhadap kecemasan ibu menjelang persalinan nilai yang didapat masih tidak ada perbedaan dimana kategori tertinggi yaitu dengan responden yang memiliki tingkat kecemasan dengan skor 7-12 (tingkat kecemasan sedang) sebanyak 20 responden (9,1%) dan terendah sebanyak 3 responden dengan kategori  $6 \leq$  (30,0%).

Tabel 5 Gambaran perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah pada kelompok eksperimen

Tingkat Kecemasan	Sebelum		Sesudah	
	N	%	N	%
6 ≤	3	9,1	13	39,4
7-12	14	42,4	18	54,5
13-18	16	48,5	2	6,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa hasil pada kelompok eksperimen kecemasan ibu menjelang persalinan dengan kategori tertinggi yaitu dengan responden yang memiliki tingkat kecemasan dengan skore 13-18 sebanyak 16 responden (48,5%) dan terendah sebanyak 3 responden dengan kategori  $6 \leq$  (9,1%). Sedangkan setelah dilakukan penilaian kecemasan lagi setelah diberikan intervensi terhadap kecemasan ibu menjelang persalinan nilai yang didapat menjadi kategori tertinggi yaitu dengan responden yang memiliki tingkat kecemasan dengan skore 7-12 (tingkat kecemasan sedang) sebanyak 18 responden (54,5%) dan terendah sebanyak 2 responden dengan kategori 13-18 (6,1%).

Tabel 6 paired T. Test untuk perlakuan terhadap tingkat kecemasan

Variabel	Kecemasan		$\Delta$ Mean	<i>p value</i>	N
	Pretest Mean ± SD	Post Test Mean ± SD			
Perlakuan Konseling	11,3±2,74	7,81±2,77	-3,57	0,00	33
Kontrol	10,3±2,44	10,3 ± 2,49	0,06	0,16	33

Berdasarkan tabel 6 Nilai *p value* = 0,00 <  $\alpha$  (0,05) pada kelompok eksperimen maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan tingkat kecemasan sebelum dan setelah dilakukan konseling. Dimana nilai rata-rata sebelum  $11,3 \pm 2,74$  dan setelah dilakukan konseling tingkat kecemasannya menjadi menjadi  $7,81 \pm 2,77$  dimana selisih rata rata penurunannya sebanyak -3,57. Kelompok control nilai *p value* = 0,16 >  $\alpha$  (0,05), maka dapat disimpulkan tidak terdapat perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan setelah pada kelompok kontrol. Dimana nilai rata-rata sebelum diberikan  $10,3 \pm 2,44$  dan setelah nilainya hampir sama yaitu  $10,3 \pm 2,49$ , dimana selisih nilai rata ratanya hanya 0,06.

Tabel 7. Perbandingan selisih tingkat kecemasan setelah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok eksperimen

Variabel	Mean ± SD	Δ Mean	P value	T	CI 95 %
Kontrol	-0,06±0,24				
Perlakuan	-3,57±2,68	3,51	0,000	7,50	2,57-4,45

Berdasarkan hasil uji *T-test* pada tabel 7 pada kelompok kontrol (yang tidak diberikan perlakuan) dan kelompok eksperimen (dilakukan konseling) didapatkan *p-value* sebesar 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan eksperimen terhadap penurunan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil dimana rata-rata tingkat stres pada kelompok kontrol terjadi penurunan sebesar -0,06±0,24 sedangkan pada kelompok eksperimen menurun dengan rata-ratanya sebanyak -3,57±2,68, dengan selisih nilai rata ratanya 3,51. Hal ini membuktikan bahwa pemberian konseling lebih berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada ibu hamil dibandingkan yang mendapatkan perawatan standar.

Tabel 8 Pengaruh variabel luar terhadap tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil

Variabel	Mean	SD	p-value	95% CI	N
<b>Umur</b>					
Resiko rendah	0,38	0,50	0,36	-0,45-0,16	66
Resiko tinggi	0,52	0,50			
<b>Pendidikan</b>					
Pendidikan rendah	0,44	0,83	0,45	-0,35-0,15	66
Pendidikan tinggi	0,53	0,50			
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak bekerja	0,57	0,50	0,13	-0,06-0,44	66
Bekerja	0,38	0,49			
<b>Dukungan sosial</b>					
Dukungan rendah	0,26	0,44	0,00	-0,65-(0,20)	66
Dukungan tinggi	0,69	0,46			

Berdasarkan tabel 8 hasil analisis bivariat uji t didapatkan yang mempunyai nilai *p value* < 0,25 adalah pekerjaan dengan nilai *p value* 0,13 dan dukungan sosial yaitu dengan nilai *p value* 0,00, dengan demikian variable dukungan sosial dapat lanjut ke permodelan multivariate, sedangkan variabel yang nilai *p valuenya* >0,25 adalah umur yaitu nilai *p value* nya sebesar 0,36, dan pendidikan dengan *p value* sebesar 0,46 sehingga tidak bisa masuk ke pemodelan multivariat.

Tabel 9 Model persamaan linier tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil

Variabel	Model I (coef 95% CI)	Model II (coef 95% CI)
<b>Konseling</b>		
Perlakuan	-2,515	-1,910
Kontrol	(-3,802-(-1,228))	(-3,298-(-0,521))
<b>Dukungan</b>		
Rendah		-1,428
Tinggi		(-2,822-(-0,033))
<b>R<sup>2</sup></b>	0,192	0,243

Hasil akhir analisis multivariat variabel yang secara signifikan berhubungan dengan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil adalah perlakuan konseling dan dukungan sosial. Hasil analisis di atas secara statistik dapat memperkirakan tingkat kecemasan dengan menggunakan variabel pemberian konseling saja tingkat kecemasan dapat turun 2,515, dari hasil statistik apabila dilakukan bersama antara pemberian konseling dan dukungan hasil akhirnya dapat diartikan sebagai berikut:\

Hasil uji statistik juga menyatakan bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap penurunan tingkat kecemasan adalah pemberian konseling yaitu sebesar 1,910. Hasil uji juga menunjukkan koefisien determinasi (R square) didapatkan nilai 0,243 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 24,3% variasi variabel dependen tingkat kecemasan, atau dengan kata lain kedua variabel independen (pemberian konseling dan dukungan) tersebut mempengaruhi variabel tingkat kecemasan ibu hamil sebesar 24,3% dan sisanya dipengaruhi variabel lain.

## PEMBAHASAN

### **Perbandingan tingkat kecemasan ibu sebelum diberikan konseling antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol di Klinik Bersalin Restu Bunda Gombong**

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, pada kelompok kontrol kecemasan ibu menjelang persalinan dengan kategori tertinggi yaitu dengan responden yang memiliki tingkat kecemasan dengan skor 7-12 (tingkat kecemasan sedang) sebanyak 20 responden (9,1%) dan terendah sebanyak 3 responden dengan kategori  $6 \leq$  (30,0%). Kelompok eksperimen kecemasan ibu menjelang persalinan dengan kategori tertinggi

yaitu dengan responden yang memiliki tingkat kecemasan dengan skor 13-18 sebanyak 16 responden (48,5%) dan terendah sebanyak 3 responden dengan kategori  $6 \leq (9,1\%)$ .

Kecemasan merupakan bentuk dari emosi yang tidak menyenangkan, yang ditandai dengan istilah-istilah seperti kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut yang kadang-kadang dialami dalam tingkat yang berbeda. Konflik, ancaman fisik, ancaman terhadap harga diri, bentuk frustrasi lainnya dan tekanan untuk melakukan sesuatu diluar kemampuan merupakan sumber yang menimbulkan kecemasan (Atkinson,2014).

### **Perbandingan tingkat kecemasan ibu setelah diberikan konseling antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol di Klinik Bersalin Restu Bunda Gombang**

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, rerata tingkat kecemasan sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol tidak berbeda bermakna ( $p$  value 0,16) dimana rata-rata sebelum diberikan  $10,3 \pm 2,44$  dan setelah nilainya hampir sama yaitu  $10,3 \pm 2,49$ , dimana selisih nilai rata ratanya hanya 0,06, berbeda dengan kelompok intervensi dimana didapatkan Nilai  $p$  value =  $0,00 < \alpha (0,05)$  yang berarti ada perbedaan yang signifikan tingkat kecemasan sebelum dan setelah diberikan konseling. Dimana nilai rata-rata sebelum  $11,3 \pm 2,74$  dan setelah dilakukan konseling tingkat kecemasannya menjadi  $7,81 \pm 2,77$  dimana selisih rata rata penurunannya sebanyak -3,57.

Hasil statistic uji  $T$ -test pada pada kelompok kontrol (yang tidak diberikan perlakuan) dan kelompok eksperimen (dilakukan konseling) didapatkan  $p$ -value sebesar 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kelompok kontrol dan eksperimen terhadap penurunan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil dimana rata-rata tingkat stres pada kelompok kontrol terjadi penurunan sebesar  $-0,06 \pm 0,24$  sedangkan pada kelompok eksperimen menurun rata ratanya sebanyak  $-3,57 \pm 2,68$ , dengan selisih nilai rata ratanya 3,51.

Hal ini membuktikan bahwa pemberian konseling lebih berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada ibu hamil dibandingkan yang mendapatkan perawatan standar. Hasil analisis multivariat didapatkan nilai  $p$  value  $0,00 < 0,05$  dimana hasil analisis menunjukkan bahwa pada ibu hamil yang diberikan konseling akan menurunkan tingkat kecemasan menjelang persalinan sebesar 1,910 setelah dikontrol

variabel dukungan. Hasil uji statistik juga menyatakan bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap penurunan tingkat kecemasan adalah pemberian konseling yaitu sebesar 1,910.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Penelitian Yusnita (2012) tentang hubungan komunikasi terapeutik bidan dengan kecemasan ibu bersalin di ruang kebidanan dan bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten menunjukkan hal yang sama dengan hasil penelitian ini dimana terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik bidan dengan tingkat kecemasan ibu bersalin di ruang kebidanan dan bersalin Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie (p value =0.004).

Hasil penelitian yang senada dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan Penelitian Astuti, (2011) menyebutkan bahwa konseling dilakukan secara benar pada masa kehamilan trimester III, sangat mempengaruhi mekanisme coping pada ibu hamil dan berdampak pada timbulnya kepercayaan pada diri sendiri dan penurunan tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan. Penelitian lain yang juga mendukung penelitian ini adalah penelitian Iis Riawati Simamora di beberapa rumah bersalin di Medan tahun 2008 lebih dari 50% ibu bersalin mengalami kecemasan dengan hasil penelitian pada ibu *primigravida* mengalami kecemasan sedang sebesar 65,6% dan pada *multigravida* dengan kecemasan ringan 81,3 %. Hasil penelitian Delaram Masoumeh & Soltanpour Farzaneh (2012), menunjukkan hasil yang sama dengan hasil penelitian ini dimana terdapat pengaruh konseling terhadap penurunan kecemasan persalinan pada ibu trimester III ( $p < 0,05$ ).

## **KESIMPULAN**

Ibu hamil yang diberikan konseling mengalami penurunan skor kecemasan lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak diberikan konseling.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, W. 2011. Ilmu Gizi dalam Keperawatan. Jakarta : Trans Info Media
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E. 2014. Pengantar Psikologi jilid 2 ed: 11 . Alih Bahasa: Widjaja Kusuma. Jakarta: Interaksara.
- Davis, Keith dan Newstrom, 2003. *Perilaku Dalam Organisasi*. Edisi Ketujuh. Penerbit Erlangga ; Jakarta
- Delaram, Masoumeh & Soltanpour Farzabeh. 2012. The of Counselling in Third Trimester on Anxiety of Nulliparous women at the time of admission for Labour. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*.
- Dunkel C.S & Lynlee Tanner. 2012 *Preterm Birth and Small for Gestational Age in Relation Stress During Pregnancy: stronger associations among vulnerable women? Results from two large Western European Studies*. *Wolter Kluwer Health*, 22 (13), pp 367- 373.
- Gayathri et al. 2010. *Effectiveness of Planned Teaching Program on Knowledge and Reducing Anxiety About Labour Among Primigravidae in Selected Hospital of Belgaum Karnataka*. *Jaypee Journals International Scientific Journals From Jaypee*. 2(2), pp. 163-168.
- GO'Connor Thomas Bindt 2012. *Prenatal Maternal stress: Effect on Pregnancy an The (unborn)*. *The British Journal of Psychiatry*.
- Iis Riawati Simamora, 2008 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan Persalinan Kala 1 pada Ibu Bersalin di Klinik Sari Medan Tahun 2010
- Marmi. 2012. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulde et al. 2012. *Prenatal Maternal stress: Effect on Pregnancy an The (unborn) Child*. *Early hum Dev*, 70 (1), pp.
- Savona et al. 2010. *Effects of Elective Cesarean Section on Lactogenesis*. Poster Presentation Abstracts. *Pediatrics*, Padua University Medical School, Padua, Italy.
- Suliswati. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Yeyeh, Ai Rukiahdkk. 2009. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta: Trans Info Media

Yusnita, Rita. 2012. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Bidan dengan Kecemasan Ibu Bersalin di Ruang Kebidanan dan Bersalin Rumah Sakit Umum Daerah KabupatenPidie*. Karya Tulis Ilmiah. Aceh: STIKes U'Budiah Banda Aceh.



# KUALITAS STIMULASI ORANG TUA PADA PERKEMBANGAN ANAK GEMUK USIA 2-5 TAHUN

Wulandari, Mei Neni Sitaresmi, Sulistyaningsih

## ABSTRAK

Kualitas stimulasi keluarga yang diberikan ibu berhubungan positif dengan perkembangan balita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas stimulasi dan perkembangan pada anak gemuk usia 2-5 tahun. Jenis penelitian observasional dengan desain *cross sectional*. Sampel penelitian adalah seluruh balita gemuk usia 2-5 tahun di wilayah kerja puskesmas Kalasan (n=160) pada bulan November 2016-Januari 2017. Kualitas stimulasi berhubungan secara signifikan dengan perkembangan ( $p=0.000$ ) dengan kekuatan hubungan sedang ( $\rho=0.402$ ) dan arah hubungan positif. Kualitas simulasi yang baik menurunkan risiko terjadinya perkembangan dengan suspek pada anak gemuk usia 2-5 tahun.

**Kata Kunci:** stimulasi, perkembangan, anak gemuk 2-5 tahun

---

## PENDAHULUAN

Pemberian stimulasi yang berkualitas harus memperhatikan kebutuhandaan tingkat maturitas saraf anak. stimulasi sebaiknya dilakukan secara menyeluruh pada semua aspek perkembangan anak. Stimulasi harus dilakukan secara berkesinambungan sampai dewasa. Anak yang mendapatkan stimulasi terarah akan lebih cepat berkembang.

Stimulasi pada anak dapat dilakukan melalui kegiatan bermain. Permainan yang dilakukan anak dapat merangsang perkembangan otot. Anak dapat mengekspresikan emosi, perasaan dan pikiran saat melakukan aktivitas bermain. Bermain merupakan bentuk hiburan dan kesenangan pada anak-anak. Pengalaman yang didapat selama kegiatan bermain membantu anak menemukan kekuatan dan kelemahannya serta bagaimana cara menyelesaikan tugas. Aktifitas yang dilakukan anak secara berulang-ulang selama kegiatan bermain membantu meningkatkan kemampuan perkembangan anak (Soetjiningsih, 2012).

Kegemukan dapat menghambat aktivitas fisik anak sehingga terjadi keterlambatan perkembangan motorik. Aktivitas sosial anak menjadi berkurang sehingga menyebabkan gangguan pada konsep diri dan mempengaruhi perkembangan psikososial. kegemukan pada usia 5 tahun menurunkan kemampuan motorik anak pada usia 5-10 tahun (Cheng, 2016). Kemampuan motorik anak gemuk usia prasekolah mengalami

penurunan 20%, sedangkan pada anak Taman Kanak-kanak (TK), penurunan kemampuan motorik anak obesitas sebesar 10%. Keterampilan motorik kasar dan halus selain melompat pada anak-anak tidak terkait dengan BMI z-skor dan kegemukan. Keterampilan motorik berhubungan negatif dengan kegemukan (Castetbon, 2012).

Stimulasi keluarga menurut Caldwell & Bradley berhubungan erat dengan perkembangan kognitif anak (Biedinger, 2011). Stimulasi keluarga yang buruk merupakan faktor resiko perkembangan bicara pada anak usia 6-36 bulan (Jaenuddin, 2000). Stimulasi keluarga yang kurang merupakan faktor risiko disfasi perkembangan pada anak usia 12-36 bulan (Hidajati, 2009).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas stimulasi pada anak gemuk usia 2-5 tahun dengan perkembangan pada anak gemuk usia 2-5 tahun. Penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan asuhan kebidanan pada balita dan anak pra sekolah yang mengalami kegemukan.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan rancangan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah seluruh balita gemuk usia 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Kalasan (n=160). Penelitian dilakukan dengan cara melakukan penilaian kualitas stimulasi ibu dengan HOME *Inventory* dan perkembangan anak menggunakan Denver II.

Variabel Independen dalam penelitian ini terdiri dari stimulasi. Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah perkembangan anak gemuk. Variabel Pengganggu dalam penelitian ini terdiri dari umur dan pendidikan orang tua.

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji *Spearman Rank* ( $\rho$ ) untuk variabel berskala ordinal-ordinal seperti analisis hubungan stimulasi, umur ibu dan pendidikan dengan perkembangan. Analisis data untuk variabel dengan skala nominal ordinal seperti hubungan pekerjaan dengan perkembangan menggunakan uji *koefisien kontingensi* (C) (Sastroasmoro, 2014). Analisis multivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui besarnya korelasi antara variabel stimulasi, umur dan pendidikan orang tua dengan perkembangan. Uji statistik yang digunakan adalah *regresi logistik* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  dan interval kepercayaan 95%.

Penelitian ini telah melalui proses uji kelayakan oleh Lembaga Pengembangan Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP3M) Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta. Responden telah diberikan informasi mengenai tujuan penelitian, prosedur pelaksanaan, manfaat penelitian dan kerahasiaan responden dan menyatakan kesediaan sebagai responden. Peneliti menjamin kerahasiaan informasi responden dengan mencantumkan kode untuk nama responden pada lembar penelitian. Penelitian ini tidak memiliki risiko yang membahayakan dan merugikan bagi responden. Penelitian ini memberikan manfaat berupa informasi tentang perkembangan serta bentuk stimulasi orang tua. Penelitian ini dilakukan dengan memenuhi prinsip keadilan (tidak membedakan perlakuan antar responden), manfaat dan menghormati orang lain.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik responden

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden

Karakteristik	N	%
<b>Karakteristik ibu</b>		
<b>Umur ibu</b>		
Dewasa awal (21-40 tahun)	105	65.6
Dewasa madya (41-60 tahun)	55	34.4
<b>Pendidikan ibu</b>		
Rendah (tidak tamat SD, SD, SMP)	75	46.9
Tinggi (SMA, D3/PT)	85	53.1

Karakteristik ibu di wilayah kerja puskesmas Kalasan seperti ditampilkan pada tabel 1 mayoritas ibu dari anak gemuk berada pada usia dewasa awal. Hal ini menyebabkan kurangnya pengalaman dalam memberikan stimulasi pada anak. Umur merupakan indikator kedewasaan seseorang, semakin bertambah umur semakin bertambah pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki mengenai perilaku yang sesuai untuk mendidik anak. Anak-anak dengan orang tua usia muda akan mendapatkan pengawasan yang lebih longgar karena dalam diri orang tua usia muda cenderung memiliki sifat toleransi yang tinggi dan memaklumi terhadap anak. Usia ibu muda juga dapat mempengaruhi sumber daya yang tersedia untuk anak (Blachman, 2009).

Mayoritas ibu menempuh pendidikan tinggi. Seorang ibu berperan dalam menstrukturir lingkungan fisik anak (misalnya, dengan menggunakan benda-benda yang ada disekitarnya sebagai alat stimulasi) dan merespon terhadap kebutuhan-kebutuhan

serta kesedihan atau ketakutan anak (Gayatri, 2008). Pendidikan orang tua yang semakin tinggi memungkinkan pengetahuan yang dimiliki menjadi semakin baik sehingga komunikasi yang dilakukan pada anak akan semakin efektif. Pendidikan ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan stimulasi psikososial (Chandriyani, 2009).

Orang tua yang memiliki tingkat pendidikan dan wawasan yang tinggi akan memperhatikan dan merawat anak sesuai dengan usia perkembangannya, melakukan penyesuaian pribadi dan sosial yang lebih baik, sehingga anak memiliki pandangan positif terhadap orang lain dan masyarakat. Pendidikan dan pengetahuan ibu yang lebih baik meningkatkan kualitas pengasuhan dan membantu anak mencapai tahapan perkembangannya (Chandriyani, 2009; Yulita, 2014).

Myers dan Evans menyatakan bahwa pendidikan berhubungan dengan tingkat pengetahuan seseorang. Pengetahuan orang tua yang terbatas dapat menyebabkan anak kurang atau bahkan tidak menerima stimulasi perkembangan yang cukup dan sesuai dengan tahapan usianya. Semakin tinggi pendidikannya diharapkan pengetahuan tentang perkembangan anak semakin baik sehingga dapat memberikan stimulasi baik fisik, sosial, emosional, maupun psikologis yang cukup bagi anak-anaknya (Santrock, 2011).

### **Stimulasi orang tua**

Tabel 2 Distribusi frekuensi berdasarkan stimulasi orang tua

Variabel	Kategori	N	%
Stimulasi	Kurang	37	23.1
	Baik	123	76.9

Tabel 2 menyajikan data hasil dari tiap variabel penelitian yaitu mayoritas ibu yang memiliki balita gemuk memberikan stimulasi yang baik dan 23.1% ibu memiliki kualitas stimulasi yang kurang. Caldwell dan Bradley menjelaskan bahwa orang tua dan keluarga dapat memberikan stimulasi dalam bentuk pemberian pengalaman, dorongan belajar dan berbahasa, serta dorongan bagi kemampuan akademik anak (Hastuti, 2011).

## Subskala stimulasi pada balita usia 2-3 tahun

Tabel 3 Subskala kualitas stimulasi balita gemuk usia 2-3 tahun

Sub skala	Stimulasi baik	
	F	%
Tanggap rasa dan kata	67	95.7
Penerimaan terhadap perilaku anak	30	42.9
Pengorganisasian lingkungan anak	58	82.9
Penyediaan mainan untuk anak	61	87.1
Keterlibatan ibu terhadap anak	62	88.6
Kesempatan variasi asuhan	59	84.3

Ibu yang memiliki anak gemuk usia 24-35 bulan di wilayah kerja puskesmas Kalasan mayoritas memberikan stimulasi yang baik pada item tanggap rasa dan kata, penyediaan mainan untuk anak, keterlibatan ibu terhadap anak dan kesempatan variasi asuhan.

Hidayat menerangkan bahwa penerimaan terhadap keberadaan anak merupakan satu bentuk ikatan kasih sayang yang dapat menumbuhkan *basic trust* (rasa percaya yang kuat) dalam diri anak. Rasa percaya diri inilah yang kemudian menjadikan anak memiliki motivasi yang tinggi untuk terus berkembang (Gayatri, 2008).

Penelitian Fatimah menunjukkan bahwa respon orang tua yang baik akan membentuk pribadi anak yang baik. Ekspresi kasih sayang (memeluk, mencium, memberi pujian), melatih emosi dan melakukan pengontrolan pada anak memberikan hasil positif yaitu anak merasa diperhatikan dan akan lebih percaya diri (Kusumanegara, 2015). Adanya pola interaksi yang baik antara orang tua dan anak juga akan menimbulkan balasan yang baik dari anak (Pradipta, 2014)

Regalado *et al* menjelaskan bahwa perilaku kekerasan fisik, berteriak marah kepada anak menyebabkan hilangnya kepercayaan diri anak, menimbulkan rasa benci, dan menyebabkan masalah perkembangan di kehidupan anak mendatang. Perkembangan emosional anak terganggu, anak menjadi pasif dan tidak mandiri (Santrock, 2011).

## Subskala stimulasi pada balita usia 3-5 tahun

Tabel 4 subskala kualitas stimulasi balita gemuk usia 3-5 tahun

Sub skala	Stimulasi baik	
	F	%
Stimulasi pembelajaran	50	55.6
Stimulasi bahasa	85	94.4
Lingkungan fisik	78	86.7
Kehangatan dan perhatian	79	87.8
Stimulasi akademik	85	94.4
Modeling	77	85.6
Varietas dan pengalaman	52	57.8
Penerimaan	59	65.6

Ibu dengan anak gemuk usia 36-59 bulan lebih cenderung memberikan stimulasi yang baik pada item stimulasi bahasa, lingkungan fisik, kehangatan dan perhatian, stimulasi akademik, modeling dan penerimaan.

Anak gemuk usia 36-59 tahun di wilayah kerja puskesmas Kalasan kurang diberikan stimulasi dalam hal pembelajaran, variasi dan pengalaman. Sebagian kecil memiliki mainan *puzzle*, buku anak-anak, permainan alat musik/ alat musik sungguhan dan sebagian kecil keluarga yang berlangganan koran/ majalah. Sebagian kecil dari orang tua yang mengajak anaknya jalan-jalan minimal 2 kali seminggu, pergi ke museum dan menambahkan kosa kata baru misalnya dalam bahasa Inggris pada anak.

Sununingsih menjelaskan pemberian stimulasi berkaitan dengan pengasuhan yang dilakukan orang tua (Novita, 2013). Keterlibatan orang tua untuk menstimulasi anak merupakan faktor prediktor pencapaian anak di masa depan (Schuch, 2013). Penelitian lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan penyediaan alat permainan edukatif dengan perkembangan motorik anak baik dari sektor keakuratan, kecepatan, kekuatan, dan kestabilan (Sari, 2006).

## Perkembangan anak gemuk

Tabel 5 Distribusi frekuensi berdasarkan perkembangan

Variabel	Kategori	N	%
Perkembangan	Suspek	37	23.1
	Normal	123	76.9

Hasil penelitian pada tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar anak gemuk usia 2-5 tahun di wilayah kerja puskesmas Kalasan mayoritas dapat melaksanakan tugas

perkembangan sesuai tahapannya. Sebagian besar anak gemuk usia 2-3 tahun di wilayah kerja puskesmas Kalasan dapat melaksanakan tugas perkembangan seperti menaiki tangga sendiri, bermain melempar bola kecil, bicara dengan baik menggunakan dua kata, dapat menunjuk 1 atau lebih bagian tubuh, membantu memungut mainannya sendiri, menyebutkan nama benda sebanyak 2 atau lebih. Sebagian kecil anak yang makan nasi disuapi serta dibantu melepas pakaian.

Tahapan perkembangan pada anak usia 24-35 bulan meliputi jalan naik tangga sendiri, dapat bermain dengan menendang bola kecil, mencoret-coret pensil pada kertas, bicara dengan baik menggunakan dua kata, dapat menunjuk 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta, membantu memungut mainannya sendiri atau membantu, melihat gambar dan dapat menyebut dengan benar nama 2 benda atau lebih, makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah, dan melepas pakaiannya sendiri (Soetjiningsih, 2012).

Anak gemuk usia 36-47 bulan di wilayah kerja puskesmas Kalasan sebagian kecil yang belum mampu menjelaskan letak/ posisi benda, mengenakan sepatu sendiri, dan menyusun 8 buah kubus. Perkembangan pada anak usia 36-47 bulan meliputi berdiri 1 kaki selama 2 detik, melompat kedua kaki diangkat, mengayuh sepeda roda tiga, menggambar garis lurus, menumpuk 8 buah kubus, mengenal 2-4 warna, menyebut nama, usia dan tempat, mengerti arti kata di atas, di bawah, di depan, mendengarkan cerita, bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan, mengenakan sepatu sendiri, dan mengenakan pakaian sendiri (Soetjiningsih, 2012).

Anak gemuk usia 48-59 bulan sebagian kecil belum bisa menggambar orang dengan 3 bagian tubuh, berpakaian sendiri dan tidak rewel saat ditinggalkan orang tuanya. Tahapan perkembangan pada anak usia 48-59 bulan meliputi berdiri 1 kaki 6 detik, melompat-lompat dengan kaki satu, menari, menggambar tanda silang, menggambar lingkaran, menggambar orang dengan 3 bagian tubuh, mengancing baju atau pakaian boneka, menyebut nama lengkap tanpa di bantu, senang menyebut kata-kata baru, senang bertanya tentang sesuatu, menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar, bicaranya mudah dimengerti, bisa membandingkan/ membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya, menyebut angka, menghitung jari, menyebut nama-nama hari, berpakaian sendiri tanpa dibantu, menggosok gigi tanpa dibantu, bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu (Soetjiningsih, 2012).

Shanker menjelaskan kemampuan perkembangan pada anak dapat dipengaruhi oleh lingkungan psikososial seperti stimulasi, motivasi belajar, lingkungan pengasuhan, ganjaran dan hukuman, kelompok teman sebaya, stres, sekolah, cinta kasih dan kualitas interaksi orang tua dan anak (Yulita, 2014).

Anak gemuk memiliki risiko mengalami keterlambatan perkembangan. Tabel 5 menunjukkan bahwa sebesar 23.1% anak gemuk usia 2-5 tahun mengalami perkembangan dengan kategori suspek. Anak dikatakan terjadi suspek perkembangan apabila terdapat 2 atau lebih peringatan atau 1 atau lebih keterlambatan (Soetjiningsih, 2012).

Anak gemuk memiliki keterampilan motorik kasar kurang dibandingkan anak dengan berat badan normal (Morano, 2011). Sejalan dengan pendapat yang menyebutkan bahwa anak gemuk berisiko sebesar 1.97 kali untuk terjadi suspek perkembangan motorik dan berpeluang untuk terjadi suspek perkembangan bahasa sebesar 0.73 kali (Pearce, 2011).

Obesitas memiliki dampak merugikan yang lebih besar pada perilaku sosial-emosional dan kesehatan fisik (Wake, 2013; Griffiths, 2010; Wijga, 2010). Anak obesitas mungkin menjadi rentan padadomain kompetensi sosial yang mengacu pada kompetensi sosial secara keseluruhan, tanggung jawab dan rasa hormat, pendekatan untuk belajar, dan kesiapan untuk mengeksplorasi hal-hal baru (Pearce, 2011). Anak gemuk rentan terhadap perkembangan dengan suspek sebesar 1.42 kali terjadi suspek perkembangan personal sosial (Arnold, 2012; Veenstra, 2008). Mengembangkan kemampuan personal sosial pada masa kecil dapat meningkatkan kemampuan anak dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Kegagalan untuk membangun keterampilan sosial dengan baik, atau keterampilan mereka tidak berfungsi secara efektif dalam tahap perkembangan awal, dapat menyebabkan anak menampilkan perilaku maladaptasi sosial, ketidakmampuan sekolah, dan kinerja akademis yang buruk.



## Hubungan stimulasi dan perkembangan

Tabel 6 Tabulasi silang stimulasi dengan perkembangan

Variabel	Perkembangan				Total		<i>p-value</i>	Koefisien korelasi ( $\rho$ )
	Suspek		Normal		N	%		
	N	%	N	%				
Stimulasi								
Kurang	20	54.1	17	13.8	37	23.1	0.000	$\rho = 0.402$
Baik	17	45.9	106	86.2	123	76.9		

Tabel 6 menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stimulasi dan perkembangan ( $p=0.000$ ) dengan kekuatan hubungan sedang ( $\rho=0.402$ ) dan arah hubungan positif.

Horowitz menjelaskan perkembangan anak ditentukan oleh berbagai fungsi lingkungan yang saling berinteraksi dengan individu, melalui pendekatan yang sifatnya memberikan perhatian, kasih sayang dan peluang untuk mengaktualisasikan diri sesuai dengan taraf dan kebutuhan perkembangannya ( Novita, 2013). Turner & Helms memaparkan perkembangan bahasa melibatkan maturasi dari fungsi hemisfer kiri otak besar manusia yang merupakan pusat bicara dan berbahasa ( Gayatri, 2008).

Pemenuhan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh anak dapat membantu tumbuh kembang menjadi optimal (Jaenuddin, 2000). Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisik biomedis (asuh), kebutuhan emosi/kasih sayang (asih) berupa ikatan erat, mesra, serta selaras antara ibu/orangtua dan anak, dan kebutuhan akan stimulus mental (Asah) merupakan cikal bakal proses pembelajaran (pendidikan dan pelatihan).

Penelitian Sanders & Morawska menunjukkan bahwa ketika ibu memiliki pengetahuan yang lebih tinggi tentang perkembangan anak, keterampilan pengasuhan menjadi lebih baik (Yusuf, 2013). Anak-anak mereka memiliki kemampuan kognitif yang lebih tinggi dan sedikit masalah perilaku. Kualitas stimulasi yang baik membantu anak melaksanakan tugas perkembangan sesuai tahapannya. Stimulasi keluarga menurut Caldwell & Bradley berhubungan erat dengan perkembangan kognitif anak (Bredinger, 2011).

Semakin tinggi kualitas stimulasi keluarga yang diberikan ibu, maka rata-rata persentase skor perkembangan sosial emosi anak juga semakin tinggi. Kualitas stimulasi keluarga berhubungan positif dengan perkembangan sosial emosi balita (Hastuti, 2011). Stimulasi keluarga yang buruk merupakan faktor risiko perkembangan bicara pada anak

usia 6-36 bulan (Jaenuddin, 2000). Stimulasi keluarga yang kurang merupakan faktor risiko disfasia perkembangan pada anak usia 12-36 bulan (Hidajati, 2009).

Faktor *nurture* atau lingkungan pengasuhan juga menyebabkan perbedaan kemampuan berbahasa pada anak laki-laki dan perempuan, masyarakat cenderung menghendaki anak laki-laki lebih sedikit berbicara dibandingkan anak perempuan (Hurlock, 1999). Anak perempuan memiliki kemampuan sosial lebih baik dari pada anak laki-laki (Takahashi, 2015).

Kesulitan yang dialami selama proses penelitian adalah pelaksanaan kegiatan posyandu yang bersamaan di beberapa tempat dan adanya balita yang tidak mengikuti kegiatan posyandu sehingga penelitian dilakukan melalui kunjungan ke rumah. Beberapa balita kurang kooperatif dalam penelitian sehingga memerlukan pengulangan pengukuran perkembangan dan penjadwalan ulang. Terjadi drop out pada beberapa responden karena keterbatasan waktu sehingga tidak memungkinkan bagi peneliti melakukan kunjungan ulang. Penyesuaian waktu kedatangan dan penjadwalan ulang karena tempat penelitian yang cukup luas serta kondisi cuaca saat penelitian berlangsung.

## **KESIMPULAN**

Kualitas simulasi yang baik menurunkan risiko terjadinya perkembangan dengan suspek pada anak gemuk usia 2-5 tahun.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Arnold DH, Kupersmidt JB, Voegler-Lee ME, Marshall N (2012) The association between preschool children's social functioning and their emergent academic skills. *Early Child Res Q*, 27: 376–386. PMID: 23002324
- Biedinger, N., & Biedinger, N. (2011). The Influence of Education and Home Environment on the Cognitive Outcomes of Preschool Children in Germany. *Child Development Research*, 2011, 1–10.
- Blachman, D. R., & Lukacs, S. (2009). America's Children: Key National Indicators of Well-Being. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 667–668.
- Castetbon, K., & Andreyeva, T. (2012). Obesity and motor skills among 4 to 6-year-old children in the United States: Nationally-representative surveys. *BMC Pediatrics*, 12(1).

- Chandriyani. 2009. *Nilai Anak, Stimulasi Psikososial dan Perkembangan Kognitif Anak Usia 2-5 Tahun Pada Keluarga Rawan Pangan di Kabupaten Banjarnegara Jawa Tengah*, [Skripsi] Bogor. Fakultas Pertanian. Institut Pertanian Bogor.
- Cheng J, East P, Gahagan S, Blanco E, Kang Sim E, Castillo M, & Lozoff B. (2016). Obesity leads to declines in motor skills across childhood. - PubMed - NCBI. *PubMed*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27059409>
- Gayatri. (2008). *Pengaruh stimulasi psikososial, perkembangan kognitif, dan perkembangan sosial emosi terhadap perkembangan bahasa anak usia prasekolah di Kabupaten Bogor*. [Skripsi] Bogor. Fakultas Pertanian. Institut Pertanian Bogor.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282–304.
- Hastuti D, Suprihatin, Guhardja. (2011). Kualitas Lingkungan Pengasuhan dan Perkembangan Sosial Emosi Anak Usia Balita di Daerah rawan pangan, *Jur. Ilm. Kel & Kons.*;4(1):57-65
- Hidajati Z. (2009). *Faktor Risiko Disfasia Perkembangan Pada Anak*. [dissertation]. Semarang (Indonesia): Universitas Diponegoro;.
- Hurlock (1999). *Psikologi Perkembangan*. Ed ke-5. Jakarta: Erlangga
- Jaenuddin E. (2000). *Stimulasi Keluarga pada Perkembangan Bicara Anak Usia 6 sampai 36 Bulan di Kelurahan Kuningan, Semarang Utara*. [dissertation]. Semarang (Indonesia): Universitas Diponegoro.
- Kusumanegara, Hari (2015). *Hubungan antara Stimulasi Keluarga dengan Perkembangan pada Batita*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Jawa Tengah.
- Morano, M., Colella, D., & Caroli, M. (2011). Gross motor skill performance in a sample of overweight and non-overweight preschool children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(S2), 42–46.
- Novita, D. (2013) *Hubungan Stimulasi Psikosoial di Rumah dan Proses Pembelajaran dengan Kecerdasan Majemuk Anak Taman Kanak-kanak di Kecamatan Pamulang Kota Tangerang*. Tesis. Departemen Ilmu Keluarga dan Perkembangan Anak. Institut Pertanian Bogor.
- Pearce, A., Scalzi, D., Lynch, J., & Smithers, L. G. (2016). Do thin, overweight and obese children have poorer development than their healthy-weight peers at the start of school? Findings from a South Australian data linkage study. *Early Childhood Research Quarterly*, 35, 85–94.
- Pradipta, G. A. (2014). Keterlibatan orang tua dalam proses mengembangkan literasi dini pada anak usia paud di Surabaya. *Journal Universitas Airlangga*, 3(1), 1–2

- Santrock, John W. (2011). *Masa Perkembangan Anak Children*. Edisi 11 Buku 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Santrock, John W. (2011b). *Life Span Development*. 13<sup>th</sup> editions. New York: McGraw-Hill.
- Sari, L. P., Saing, B., & Lubis, I. Z. (2006). Hubungan antara Alat Permainan Edukatif dan Perkembangan Motorik Anak pada Taman Penitipan Anak, *39*(1), 27–34.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Ismael, Sofyan. (2014). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-5. Jakarta: Sagung Seto.
- Schuch, I. Castro, TG. Vasconcelos, FA. Dutra, CL. Goldani, MZ. (2013). Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. *J Pediatr (Rio J)*. 89(2):179-88.
- Soetjningsih dan Ranuh, G. (2012). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC. Hal 14-71.
- Takahashi, Y., Okada, K., Hoshino, T., & Anme, T. (2015). Developmental Trajectories of Social Skills during Early Childhood and Links to Parenting Practices in a Japanese Sample, 1–14.
- Wake, M., Clifford, S. A., Patton, G. C., Waters, E., Williams, J., Canterford, L., & Carlin, J. B. (2013). Morbidity patterns among the underweight, overweight and obese between 2 and 18 years: population-based cross-sectional analyses. *International Journal of Obesity*, 37(1), 86–93.
- Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel AJ, De Winter AF, Verhulst FC, Ormel J (2008) Prosocial and antisocial behavior in preadolescence: teachers' and parents' perceptions of the behavior of girls and boys. *Int J Behav Dev*, 32: 243–251.
- Wijga, A. H., Scholtens, S., Bemelmans, W. J., de Jongste, J. C., Kerkhof, M., Schipper, M., & Smit, H. A. (2010). Comorbidities of obesity in school children: a cross-sectional study in the PIAMA birth cohort. *BMC Public Health*, 10(184), 1–11.
- Yulita, R. (2014). *Hubungan Pola Asuh Orang Tua terhadap Perkembangan Anak BALITA di Posyandu Sakura Ciputat Timur*. Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Yusuf, A. ST. Hajrah. (2013). *Pengaruh Pola Asuh Orang Tua terhadap Tingkat Kooperatif Anak Usia 3-5 Tahun dalam Perawatan Gigi dan Mulut*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Gigi. Universitas Hasanuddin. Makassar.

# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECEMASAN PADA PRIMIGRAVIDA TRIMESTER III

Vitria Komala Sari, Wiwik Kusumawati, Herlin Fitriana  
email: [vitriakomalasari@yahoo.com](mailto:vitriakomalasari@yahoo.com)

## ABSTRAK

Kecemasan merupakan salah satu bentuk perubahan psikologis yang dialami oleh ibu hamil terutama pada primigravida menjelang persalinan. Kecemasan memiliki dampak terhadap ibu dan janin yaitu pre eklamsi, perdarahan, partus lama, prematur, BBLR, fetal distress dan hiperaktif. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada primigravida trimester III. Metode penelitian korelasi *cross sectional*. Populasi seluruh ibu primigravida di Puskesmas Kota Bukittinggi tahun 2016. Subyek penelitian berjumlah 60 responden sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Pengukuran variabel bebas menggunakan kuisioner, pengukuran variabel terikat menggunakan ZSAS. Analisis data menggunakan *independent t-test* dengan tingkat kepercayaan 95%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel umur, pendidikan, pekerjaan dan dukungan sosial dengan kecemasan primigravida trimester III dengan masing-masing *p value* (0,58; 0,12; 0,57; 0,49). Simpulannya bahwa faktor umur, pendidikan, pekerjaan dan dukungan sosial tidak mempengaruhi kecemasan primigravida.

**Kata kunci** : kecemasan, primigravida, ZSAS (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*)

## PENDAHULUAN

Kecemasan umumnya meningkat pada trimester ketiga. Ibu pada tahap ini memiliki berbagai persepsi negatif mengenai persalinan. Ibu akan dibayangi oleh rasa cemas dan khawatir pada segala kemungkinan yang dapat terjadi pada dirinya dan janin, tidak percaya diri pada kemampuannya untuk melewati persalinan dengan normal (Muhimah & Safe'i, 2010). Nekoe *et al.*, (2015) menyatakan selama kehamilan rata-rata kecemasan ibu sekitar 47,2 %. Mayoritas tingkat kecemasan primigravida lebih tinggi dibandingkan multigravida. Madhavanprabhakaran *et al.*, (2015) menyebutkan bahwa pada trimester ketiga sekitar 93% ibu hamil mengalami kecemasan berat.

Kecemasan disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak normal sehingga mengalami vasokonstriksi yang berakibat pada penurunan aliran arah utero placenta. Hal ini berkaitan dengan terjadinya hipoksia dan bradikardi pada janin (Coad, 2006). Kecemasan yang dialami oleh ibu hamil juga menghambat kontraksi yang mengakibatkan partus lama (Chapman, 2006). Selain itu, ketakutan dan kecemasan pada

fase aktif persalinan memiliki kontribusi pada peningkatan nyeri dan durasi persalinan (Alegahan, 2001). Maramis (2005) mengemukakan bahwa ibu yang mengalami kecemasan selama kehamilan akan bersalin abnormal.

Setiap individu memiliki tingkat kecemasan yang berbeda-beda dalam menghadapi masa kehamilan dan persalinan. Karakteristik responden juga dapat mempengaruhi kecemasan seperti umur, pendidikan, pekerjaan (Laursen *et al.*, 2008). Ibu sangat membutuhkan dukungan dari suami, keluarga serta petugas kesehatan. hal ini tentu berdampak terhadap kesiapan psikologis ibu dalam menghadapi persalinan (Videback, 2008).

Berbagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan baik secara farmakologi dan non farmakologi. Metode farmakologi yaitu menggunakan obat-obatan sedangkan non farmakologi dilakukan melalui promosi kesehatan, senam hamil, senam yoga, visualisasi dan imajinasi terbimbing serta relaksasi otot progresif (Potter & Perry, 2007).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada primigravida trimester III.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini korelasi desain penelitian *cross sectional*. Variabel bebas meliputi umur, pendidikan, pekerjaan dan dukungan sosial, sedangkan variabel terikat adalah kecemasan. Sampel penelitian ini adalah ibu primigravida trimester III di Puskesmas kota Bukittinggi. Kriteria inklusi meliputi ibu hamil anak pertama, sudah melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 2 kali di fasilitas kesehatan, kondisi ibu dan janin normal. Kriteria eksklusi meliputi ibu yang memiliki penyakit asma, diabetes mellitus, hipertensi, pembesaran tiroid, penyakit kronik, penyakit kelainan jantung dan cacat bawaan pada ibu dan janin. Subyek penelitian dikumpulkan secara *consecutive sampling* dari bulan November sampai Desember 2016. Pengumpulan data variabel bebas diperoleh melalui kuisisioner, Buku KIA dan kohort ibu hamil, sedangkan variabel terikat diperoleh dari alat ukur kecemasan yaitu ZSAS (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*). Uji statistik yang digunakan adalah regresi linear berganda dengan tingkat kepercayaan 95%.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Analisis antara Variabel Umur, Pendidikan, Pekerjaan dan Dukungan Sosial dengan Kecemasan Primigravida

Variabel	n	%	Kecemasan Mean $\pm$ SD	95% CI	p-value
<b>Umur</b>					
20-35 tahun	52	86,7	39,75 $\pm$ 9,54	-4,467 - (7,890)	0,58
< 20 dan > 35 tahun	8	13,3	38,04 $\pm$ 7,91		
<b>Pendidikan</b>					
Rendah	4	6,7	44,25 $\pm$ 10,50	-1,862 - (14,683)	0,12
Tinggi	56	93,3	37,84 $\pm$ 7,82		
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak bekerja	48	80,0	38,56 $\pm$ 8,56	-3,771 - (6,730)	0,57
Bekerja	12	20,0	37,08 $\pm$ 5,88		
<b>Dukungan Sosial</b>					
Kurang	37	61,7	38,84 $\pm$ 8,11	-2,824 - (5,804)	0,49
Baik	23	38,3	37,35 $\pm$ 8,12		

\*signifikan  $p < 0,05$

Berdasarkan tabel 1 terbesar adalah berumur 25-35 tahun, tingkat pendidikan terbesar adalah pendidikan tinggi, status pekerjaan terbesar adalah ibu rumah tangga, dan dukungan sosial terbesar adalah dukungan kurang. Hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p\ value > 0,05$ . Hasil analisis umur dengan kecemasan memiliki  $p\ value = 0,43$ , analisis pendidikan dengan kecemasan memiliki  $p\ value = 0,48$ , analisis pekerjaan dengan kecemasan  $p\ value = 0,17$ , dan analisis dukungan sosial dengan kecemasan  $p\ value = 0,55$ . Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur, pendidikan, pekerjaan dan dukungan sosial dengan kecemasan primigravida trimester III.

Umur tidak mempengaruhi kecemasan. Hal ini berkaitan dengan kesiapan fisik dan psikis ibu untuk menjalani kehamilan dan persalinan. Kehamilan umur kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan masalah, karena kondisi fisik belum sempurna. Beberapa risiko yang bisa terjadi pada kehamilan di umur ini adalah kecenderungan naiknya tekanan darah dan pertumbuhan janin terhambat. Umur 35 tahun, sebagian wanita digolongkan pada kehamilan risiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan adanya tanda penyulit pada saat persalinan. Laursen *et al.* (2008), menyatakan bahwa ketakutan primipara dalam menghadapi proses melahirkan didapatkan pada ibu yang berusia muda.

Pendidikan tidak mempengaruhi kecemasan primigravida. Hal ini sesuai dengan penelitian Mathias *et al* (2016), menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara

pendidikan dengan kondisi psikologis ibu dalam menghadapi persalinan dengan *p value* 0,33. Tingkat pendidikan yang cukup akan memudahkan dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan yang rendah berpengaruh terhadap ketakutan primipara dalam menghadapi proses persalinan (Laursen *et al.*, 2008).

Pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kecemasan primigravida. Sajjan *et al* (2016) yang menyatakan bahwa pekerjaan tidak berhubungan dengan kecemasan ibu. Dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa tingkat kecemasan pada ibu yang tidak bekerja lebih tinggi dibandingkan ibu yang bekerja. Ibu primigravida lebih takut menghadapi proses melahirkan pada ibu yang tidak bekerja (Laursen *et al* 2008). Aktivitas yang berat selama kehamilan akan menimbulkan risiko keguguran dan premature karena kurangnya asupan oksigen pada plasenta.

Dukungan sosial tidak berpengaruh terhadap kecemasan primigravida. Iranzad *et al* (2014) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial terhadap stress pada ibu hamil. Pendidikan suami, keluarga, teman dan tetangga mempengaruhi kualitas hubungan dengan ibu dalam memberikan informasi dan emosional. Kesibukan orang terdekat yang bekerja mempengaruhi kuantitas pertemuan sehingga apabila ibu memiliki masalah, sulit untuk berkomunikasi secara langsung dan tidak begitu puas. Beberapa ibu mengatakan bahwa suami selalu sibuk dengan aktivitas pekerjaannya. Kurangnya mendapat dukungan sosial dikarenakan kepribadian ibu yang menutup diri dari orang terdekat sehingga keluarga atau orang disekitarnya tidak mengetahui masalah yang dihadapi oleh ibu.



## **KESIMPULAN**

Hasil penelitian didapatkan bahwa faktor umur, pendidikan, pekerjaan dan dukungan sosial tidak berpengaruh terhadap kecemasan primigravida.

## **SARAN**

Ibu primigravida diharapkan terbuka terhadap petugas pada pemeriksaan *antenatal care* ataupun keluarga sehingga ibu mendapat semangat, dukungan serta merasa lebih tenang dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Bagi petugas kesehatan hendaknya memberikan pendidikan kesehatan tentang proses persalinan, tanda bahaya persalinan, posisi persalinan dan upaya untuk mengatasi nyeri persalinan kepada ibu hamil terutama primigravida sehingga ibu memahami hal yang berkaitan dengan persalinan serta mempersiapkan psikologis dalam menghadapi persalinan. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti variabel lain dan melaksanakan penelitian dengan mengevaluasi kecemasan sampai proses persalinan dengan jumlah populasi yang lebih banyak. Selain itu akan lebih akurat jika menggunakan kuisisioner kecemasan khusus ibu hamil sehingga gejala-gejala kecemasan dapat dideteksi sesuai dengan kondisi pada kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alehagen, S., Wijma, K., Wijma, B. (2001) Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80 (4): 315-320
- Bobak, Lowdermilk & Jensen. (2005) *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta:EGC.
- Chapman, V. (2006) *Asuhan Kebidanan: Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC.
- Committee on Obstetric Practice. (2015) Committee opinion screenign for perinatal depression, *The American College of Obstetricians and Gynecologists: Women's Health Care Physicians*.
- Guardino, C. M. & Dunkel, C.(2014) Understanding pregnancy anxiety. *University of California Los Angeles: Zero two three*.
- Laursen, M., Hedegaard, M. & Johansen, C. (2008) Fear of childbirth: predictor and temporal changes among nulliparous women in the danish national birth cohort. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115:354–360.
- Macphail, M., Redshaw, M. & Martin, C. (2013) A psychometric reappraisal of the zung self-rating anxiety scale (SAS) and examination of its potential for application within perinatal and maternal mental health contexts.
- Nekoe, T & Mohammad Z. (2015) Evaluation the anxiety status of pregnant women in the third trimester of pregnancy and fear of childbirth and related factors. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 9 (12): 1-8.
- Potter & Perry. (2010) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Sajjan & Jadhav. (2016) Anxiety well being of pregnant job holders and home makers : *The international journal of Indian psychology*, 3(2) : 137-141.
- Videbeck, S.L. (2008) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Zung, W.W.K. (1997) *Rating Anxiety for Anxiety Disorder Psychosomatic*. USA: Mosby Company.

# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP PEREMPUAN MENOPAUSE

Nurlina, Ova Emilia, Herlin Fitriani K.  
email: [nurlinashine@gmail.com](mailto:nurlinashine@gmail.com)

## ABSTRAK

Perubahan fisik dan psikologis yang terjadi pada perempuan menopause mengakibatkan timbulnya satu krisis dan dimanifestasikan diri dalam keluhan-keluhan fisik dan psikologis yang biasanya dirasakan sekitar setahun atau dua tahun setelah masa menstruasi terakhir. Keluhan fisik maupun psikis ini akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup perempuan menopause di Pedukuhan Cambahan wilayah kerja Puskesmas Gamping II Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Jenis penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 56 responden. Analisis yang digunakan adalah uji *independent t test* dengan tingkat kemaknaan 95%. Hasil penelitian bahwa tidak terdapat hubungan faktor jumlah anak, status pernikahan, tingkat pendidikan dan status pekerjaan dengan kualitas hidup perempuan menopause, terbukti dengan nilai *p value* > 0,05.

**Kata kunci** : Kualitas hidup, menopause, kuisioner SF-36.

## PENDAHULUAN

Masa menopause merupakan salah satu tahap kehidupan yang pasti dialami oleh setiap perempuan dan muncul secara alami sebagai siklus kehidupan (Nirmala, 2003). Kondisi ini merupakan suatu akhir proses biologis yang menandai berakhirnya masa subur seorang perempuan, dari masa reproduktif ke masa nonreproduktif yang disebabkan oleh berkurangnya hormon estrogen dan progesteron (Kasdu, 2004). Masa menopause dikenal sebagai masa berhentinya menstruasi atau haid selama 12 bulan atau setahun. Pada umumnya masa menopause terjadi pada perempuan usia 45 sampai 55 tahun (Rebecca dan Pam, 2007). Masa ini sering dianggap menjadi masa yang menakutkan. Kekhawatiran ini berawal dari pemikiran bahwa dirinya akan menjadi tidak sehat, kesepian, dan tidak berguna. Kondisi tersebut memang tidak menyenangkan bagi perempuan (Kasdu, 2004).

Perubahan dari haid menjadi tidak haid lagi mengakibatkan terjadi perubahan organ reproduksi perempuan. Perubahan fungsi indung telur akan mempengaruhi hormon yang kemudian memberikan pengaruh pada organ tubuh perempuan pada umumnya sehingga muncul berbagai keluhan fisik, baik yang berhubungan dengan organ reproduksinya maupun organ tubuh pada umumnya. Selain itu, perubahan ini

sering kali mempengaruhi keadaan psikologis seorang perempuan (Glasier dan Gebbie 2006).

Perubahan fisik dan psikologis yang terjadi pada perempuan menopause mengakibatkan timbulnya satu krisis dan dimanifestasikan diri dalam keluhan-keluhan fisik dan psikologis yang biasanya dirasakan sekitar setahun atau dua tahun setelah masa menstruasi terakhir (Rebecca dan Pam, 2007). Keluhan fisik yang timbul adalah perasaan panas (*hot flushes*), keringat berlebihan pada malam hari, insomnia, kekeringan pada vagina, sakit dan nyeri pada persendian, berat badan bertambah (Kasdu, 2004). Sementara keluhan psikis adalah cemas, emosi yang labil, daya ingat menurun, sulit berkonsentrasi, sulit mengambil keputusan, dan merasa tidak berharga (Glasier dan Gebbie 2006). Keluhan fisik maupun psikis ini tentu saja akan mempengaruhi kualitas hidupnya (Kasdu, 2004).

Kualitas hidup merupakan penilaian terhadap posisi di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai di lingkungannya, berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian individu. Hal ini memberikan konsep yang luas dan berpengaruh pada kondisi kesehatan fisik individu, kondisi psikologis dan kepercayaan seseorang, hubungan sosial dan keterlibatan individu dengan lingkungan mereka (WHO, 1994).

Pengukuran kualitas hidup penting bagi perempuan yang sudah memasuki masa menopause, agar dapat diupayakan tindakan peningkatan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan kualitas hidup akan mempengaruhi kelangsungan hidup perempuan itu sendiri terkait dengan harapan hidupnya. Jika memiliki kualitas hidup yang baik, maka akan memiliki harapan hidup yang baik pula (Glasier dan Gebbie, 2006).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup perempuan menopause adalah status pernikahan, tingkat pendidikan dan pekerjaan (Krajewska *et al.*, 2007). Hasil penelitian Lu *et al.* (2007) menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup. Kualitas hidup pada perempuan yang bekerja cenderung lebih baik dibanding dengan perempuan yang tidak bekerja. Menurut Fallahzadeh (2010), terdapat hubungan signifikan antara jumlah anak dengan kualitas hidup pada perempuan menopause.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Pedukuhan Cambahan Desa Nogotirto terdapat perempuan menopause yang sebagian besar tidak memahami permasalahan dan penatalaksanaan dalam menghadapi menopause. Dari hasil

wawancara dengan 10 orang, 7 diantaranya mengatakan keluhan-keluhan yang dirasakan setelah menopause yaitu nyeri sendi, mengeluh cepat lelah ketika beraktivitas, dan gelisah pada saat malam hari. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup perempuan menopause.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Pedukuhan Cambahan Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II mulai November-Desember 2016. Sampel penelitian adalah perempuan menopause dini usia 45-55 tahun sebanyak 56 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu telah mengalami tanda dan gejala menopause, lama menopause kurang dari 5 tahun, tidak pernah mengikuti senam atau latihan fisik sebelumnya, tidak menggunakan terapi sulih hormon, tidak memiliki penyakit kronis seperti hipertensi, *diabetes mellitus* (DM), penyakit jantung, gagal ginjal serta mampu membaca dan menulis. Analisis yang digunakan adalah uji *independent t test* dengan tingkat kemaknaan 95%. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah kuisioner SF-36 untuk mengumpulkan data tentang persepsi perempuan terhadap keseluruhan kualitas hidupnya.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Hubungan Jumlah Anak, Status Pernikahan, Tingkat Pendidikan dan Status Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Perempuan Menopause

Variabel	n	%	Kualitas Hidup <i>Mean ± SD</i>	<i>p</i>	95% CI
<b>Jumlah anak</b>					
< 4	46	82,1	60,64 ± 13,86	0,175	-15,07-(2,82)
≥ 4	10	17,9	66,77 ± 12,56		
<b>Status pernikahan</b>					
Tidak menikah	1	1,8	49,95	0,470	-5,55-(11,87)
Menikah	44	78,6	66,59 ± 12,75		
Cerai atau janda	11	19,6	63,43 ± 13,46		
<b>Tingkat pendidikan</b>					
Rendah	32	57,1	65,94 ± 12,29	0,859	-6,41-(7,67)
Tinggi	24	42,9	65,32 ± 13,90		
<b>Status pekerjaan</b>					
Bekerja	21	37,5	66,74 ± 15,32	0,635	-5,48-(8,89)
Tidak bekerja	35	62,5	65,03 ± 11,38		

Tabel 1. menunjukkan karakteristik responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah jumlah anak kurang dari 4, status pernikahan mayoritas menikah, tingkat pendidikan lebih banyak berpendidikan rendah dan lebih banyak yang tidak bekerja. Hasil analisis didapatkan bahwa variabel jumlah anak, status pernikahan, tingkat pendidikan dan status pekerjaan tidak memiliki hubungan terhadap kualitas hidup perempuan menopause ( $p \text{ value} > 0,05$ ).

Hasil penelitian ini tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah anak dan kualitas hidup perempuan menopause. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Lu *et al.* (2007) tentang psikosomatik dan faktor sosial pada menopause bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara jumlah anak dengan kualitas hidup.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Fallahzadeh (2010) diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara jumlah anak dengan kualitas hidup perempuan menopause  $p=0,001$ . Karancam dan Seker (2007) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara jumlah kelahiran dengan kualitas hidup perempuan menopause dengan nilai  $p=0,001$ . Informasi yang didapatkan dari responden bahwa banyaknya anak bukanlah suatu beban atau masalah yang dapat meningkatkan stres pada orang tua melainkan dapat dijadikan penyemangat atau motivasi dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan terhadap kualitas hidup perempuan menopause. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kalarhoudi *et al.* (2009) yang menyatakan bahwa keberadaan pasangan tidak mempengaruhi secara signifikan terhadap kualitas hidup. Penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Wahl *et al.* (2004) menemukan bahwa baik pada pria maupun perempuan, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

Selama penelitian didapatkan informasi bahwa meskipun seorang perempuan tidak tinggal bersama pasangan hidup lagi namun masih ada anak-anak yang bisa dijadikan dukungan sosial sehingga tidak mempengaruhi kualitas hidup perempuan menopause.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kualitas hidup perempuan menopause. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Covinsky *et al.* (2008) bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup perempuan menopause  $p= 0,34$ .

Hasil penelitian ini berbeda dengan Fallahzadeh (2010) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada perempuan menopause  $p < 0,05$ . Penelitian Badia *et al.* (2004) yang melakukan evaluasi terhadap kualitas hidup perempuan menopause diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup perempuan menopause  $p < 0,001$ .

Penelitian yang dilakukan oleh Fitriani (2008) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan tentang menopause tidak bergantung dari tingkat pendidikan. Hal ini bisa disebabkan oleh pengetahuan tentang menopause tidak hanya bisa didapatkan dari pendidikan formal saja melainkan bisa dari pengalaman yang mereka dapatkan selama menopause. Pengetahuan yang baik tentang menopause merupakan salah satu dasar untuk beradaptasi terhadap berbagai gejala dan permasalahan yang dapat berdampak terhadap kualitas hidup perempuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pekerjaan dengan kualitas hidup perempuan menopause. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Blumel *et al.* (2000) yang menyatakan bahwa ibu rumah tangga yang tidak bekerja mempunyai skor kualitas hidup tinggi pada semua domain dibandingkan ibu yang bekerja. Penelitian yang dilakukan oleh Hanafi (2010) juga menyatakan bahwa status pekerjaan tidak berhubungan dengan kualitas hidup penderita kanker payudara pasca mastektomi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Liu and Eden (2007) terdapat hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup  $p=0,005$ . Williams *et al.* (2009) juga menyatakan bahwa pekerjaan berkaitan dengan kualitas hidup perempuan menopause  $p < 0,01$ . Penelitian yang sama dengan Krajewska *et al.* (2007) bahwa perempuan yang bekerja cenderung kualitas hidupnya lebih baik dengan perempuan yang tidak bekerja.

Hardy and Kuh (2002) menyatakan bahwa keadaan-keadaan yang mempengaruhi perubahan vasomotor dan psikologi masa menopause antara lain *stressor* pekerjaan, keluarga. Karancam and Seker (2007) mengatakan bahwa kondisi penyakit pada menopause dan *stressor* di tempat kerja berkaitan dengan sindrom menopause sehingga *stressor* yang dialami berdampak pada kualitas hidup perempuan menopause.

## **KESIMPULAN**

Jumlah anak, status pernikahan, tingkat pendidikan dan status pekerjaan tidak mempengaruhi kualitas hidup perempuan menopause.

## **SARAN**

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian terkait faktor-faktor lain yang belum diteliti dengan jumlah sampel yang lebih banyak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Badia, X., Diez-Perez, A., Lahoz, R., Lizan, L., Nogues, X., Ibbora, J. (2004) The Ecos-16 Questionnaire for The Evaluation Of Health Related Quality of Life In Post-Menopausal Women With Osteoporosis. *Health qual life outcomes*, 241.
- Blumel, J.E., Castelo-Branco, C., Binfa, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B., Cumsille, M.A., Sanjuan, A. (2000) Quality of Life After The Menopause: A Population Study. *Maturitas* (34): 17-23.
- Covinsky, K.E., Lin, F., Bittner, V., Hlatky, M. A., Knight, S.J., Vittinghoff, E. (2008) Health-Related Quality of Life Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery In Post-Menopausal Women. *J Gen Intern Med* 23 (9): 1429-1434.
- Fallahzadeh, H. (2010) Quality of Life After The Menopause In Iran: A Population Study. *Qual life Res*, 19 (6):813-9.
- Fitriani, E. (2008) Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Menopause dengan Mekanisme Koping pada Perempuan Menopause di Dusun Taskombang Wilayah Kerja Puskesmas Bantul 1. *Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*.
- Glasier, A. dan Gebbie, A. (2006) *Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Hanafi, Z.Z. (2010) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penderita Kanker Payudara Pasca Kemoterapi Adjuvant di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Karya tulis paripurna*. Bagian Ilmu Bedah FK UGM Yogyakarta.
- Hardy, R. and Kuh, D. (2002) Does Early Growth Influence Timing of The Menopause? Evidence From A British Birth Cohort. *Human Reproduction* 17 (9): 2474-2479.
- Kalarhoudi, A.M., Taebi M., Sadat Z., Saberi, F. (2009) Quality of Life And Related Factors In Menopausal Women In Kashan City. *ISMJ*; 12 (1): 81-8.
- Karacam, Z. and Seker, S.E. (2007) Factors Associated with Menopausal Symptoms and Their Relationship With The Quality of Life Among Turkish Women. *Maturitas*, 58 (1): 75-82.
- Kasdu, D. (2004) *Kiat Sehat dan Bahagia Di Usia Menopause*. Jakarta: Puspa Swara.
- Krajewska, K., Krajewska-Kulak, E., Heineman, L., Adraniotis, J., Chadzopulu, A., Theodosopoyloy, E., Euframidu, E. N., Kruszewa, R., Szpakow, A., Jankowiak, B., Rolka, H., Klimaszewska, K., Kowalczyk, K., Kondzior, D., Baranowska, A. (2007) Comparative Analysis of Quality of Life Women In Menopause Period In Poland, Greece and Belorussia Using Mrs Scale. Preliminary Report. *Adv Med sci*, 52 Suppl 1 140-3.
- Liu, J. and Eden, J. (2007) Experience and Attitudes Toward Menopause In Chinese Women Living In Sydney-A Cross Sectional Survey. *Maturitas*, 58 (4): 359-65.

- Lu, J., Liu, J., Eden, J. (2007) The Experience of Menopausal Symptoms by Arabic Women In Sydney. *Climacteric*, 10 (1): 72-9.
- Nirmala. (2003) *Hidup Sehat dengan Menopause*. Jakarta : Buku Populer Nirmala.
- Rebecca dan Pam. (2007) *Simple Guide Menopause*. Jakarta: Erlangga.
- Wahl, A.K., Rustoen, T., Hanestad, B.R., Lerdal, A. and Moum, T. (2004) Quality of Life In The General Norwegian Population, Measured by The Quality of Life Scale (QOLS-N). *Qual Life Res*, 13(5): 1001-9.
- WHO. (1994) *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: WHO.
- Williams, R.E., Levine, K.B., Kalilani, L., Lewis, J. and Clark, R.V. (2009) Menopause-Specific Questionnaire Assessment In Us Population-Based Study Shows Negative Impact On Health-Related Quality of Life. *Maturitas*, 62 (2): 153-9.

# **GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU DENGAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RSUD WATES**

**Pratika Wahyuhidayu, Djaswadi Dasuki, Dhesi Ari Astuti**  
email : pratikawahyu@yahoo.co.id

## **ABSTRAK**

Latar Belakang: Berat bayi lahir rendah menyebabkan 27% kematian bayi baru lahir. Insidensi BBLR di Indonesia pada tahun 2013 yaitu sebesar 10,2%.

Tujuan: Mengetahui gambaran karakteristik ibu dengan bayi berat lahir rendah di RSUD Wates.

Metode: Penelitian deskriptif dengan sampel penelitian berjumlah 316 bayi baru lahir dengan berat badan rendah, tanpa cacat kongenital dan memiliki rekam medis lengkap (identitas, riwayat penyakit, riwayat kehamilan dan riwayat persalinan) yang lahir pada bulan Januari – Desember 2015.

Hasil: Mayoritas responden berusia  $\geq 20$  tahun (80,4%), primipara (59,2%), pendidikan rendah (52,9%), lila  $\geq 23$  cm (58,5%), dan KPD (64,2%).

Simpulan dan saran: Diperlukan asuhan yang tepat untuk mencegah kejadian BBLR pada bayi baru lahir dengan melakukan pemantauan secara berkala untuk ibu hamil secara komprehensif untuk mengurangi faktor risiko yang ditimbulkan BBLR

## **PENDAHULUAN**

Angka kematian bayi di Indonesia merupakan yang tertinggi dibanding Negara-negara ASEAN lainnya. Angka kematian bayi di Indonesia mulai 2008 berkisar 248 per 100.000 kelahiran hidup, Malaysia 41 bayi per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 lahir mati per 100.000 kelahiran hidup dan Philipina 170 per 100.000 kelahiran hidup.

Bayi berat lahir rendah adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan. BBLR merupakan penyebab utama kematian bayi, lebih dari 20 juta bayi (15,5% dari seluruh kelahiran bayi di dunia) setiap tahun merupakan bayi BBLR dan 95,6 % diantaranya lahir di negara berkembang. Kejadian BBLR di negara berkembang adalah 16,5 % atau 2 kali lebih besar dibandingkan dengan di negara maju (7%) (WHO&UNICEF, 2004).

Proporsi kelahiran bayi berat lahir rendah di Indonesia sebesar 10,2% (Riset Kesehatan Dasar, 2013), sedangkan kabupaten Kulon Progo sebesar 11,1%.

BBLR merupakan penyebab utama kematian bayi, lebih dari 20 juta bayi (15,5% dari seluruh kelahiran bayi di dunia) setiap tahun merupakan bayi BBLR dan 95,6 % diantaranya lahir di negara berkembang. Kejadian BBLR di negara berkembang adalah 16,5 % atau 2 kali lebih besar dibandingkan dengan di negara maju (7%) (WHO&UNICEF, 2004).

Faktor risiko penyebab BBLR diantaranya adalah kehamilan remaja, pendidikan, pekerjaan dan KPD (ketuban pecah dini) (WHO, 2004). Indonesia termasuk negara dengan persentase pernikahan muda tinggi di dunia (Rangking 37). Dengan tingginya angka pernikahan remaja, memungkinkan kehamilan pada usia remaja. Kehamilan usia dibawah 20 tahu atau diatas 35 tahun memiliki kecenderungan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat untuk pertumbuhan janin yang akan berdampak terhadap berat bayi lahir rendah. Trihardiani (2011) menyatakan bahwa usia pada saat hamil berhubungan dengan kondisi kehamilan ibu karena selain berhubungan dengan kematangan organ reproduksi juga berhubungan dengan kondisi psikologis terutama kesiapan dalam menerima kehamilan.

Penelitian terkait faktor yang berhubungan dengan BBLR telah banyak dilakukan, salah satunya penelitian Rajashree (2015) penelitian yang dilakukan di India didapatkan faktor yang berhubungan dengan BBLR adalah ibu hamil dengan umur < 20 tahu, ibu dengan anemia, jarak persalinan yang terlalu dekat. Penelitian yang dilakukan oleh louis et al (2016) didapatkan persalinan preterm dan kehamilan ganda berhubungan dengan BBLR sedangkan kunjungan Anc dan Malaria tidak berhubungan dengan kejadian BBLR.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik ibu bayi BBLR di Rumah Sakit Umum Daerah Wates. Kerangka teori dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan teori yang dimodifikasi Lissauer dan Fanaroff (2009), WHO (2011).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komisi etik Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah pada bulan Januari-Desember di RSUD Wates yang berjumlah 316. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*, yaitu mengambil seluruh bayi baru lahir dengan berat badan rendah, tanpa cacat kongenital, dan mempunyai rekam medis lengkap ( identitas, riwayat penyakit, riwayat kehamilan dan riwayat persalinan) yang lahir pada bulan Januari – Desember 2015.

Instrumen penelitian menggunakan lembar isian yang dikembangkan oleh peneliti.

## Hasil Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah (n=316)	Prosentase (%)
<b>Umur Ibu</b>		
<20 tahun	62	19,6
≥ 20 Tahun	254	80,4
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
Rendah	187	59,2
Tinggi	129	40,8
<b>Paritas</b>		
Primipara	187	59,2
Multipara	129	40,8
<b>Lila</b>		
<23 cm	131	41,5
≥23 cm	185	58,5
<b>KPD</b>		
Ya	203	64,2
Tidak	113	35,8

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran karakteristik responden di RSUD Wates sebagian besar ibu berusia lebih dari 20 tahun sebanyak 254 (80,4%) dengan paritas primipara sebanyak 187 (59,2%), dengan pendidikan rendah sebanyak 187 (59,2%), dengan lila  $\geq$  23 cm sebanyak (58,5%), dan KPD sebanyak 203 (64,2%)

## PEMBAHASAN

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gr tanpa memandang usia gestasi. Komplikasi yang dapat terjadi pada BBLR yaitu sindrom gangguan nafas, pnemonia asfisasi karena reflek menelan yang belum sempurna, perdarahan spontan pada otak, hipotermia dan hiperbilirubinemia (Wiknjosastro, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan 80,4% usia ibu saat bersalin  $\geq$  20 tahun, sesuai dengan usia reproduksi sehat (BKKBN, 2004). Hasil ini berbeda dengan penelitian Aras et al (2013) menyatakan ibu yang berusia 15-19 tahun memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan BBLR. WHO juga menyebutkan bahwa kehamilan remaja merupakan faktor risiko terjadinya BBLR (WHO, 2004).

Kehamilan yang terjadi pada usia di bawah 20 atau diatas 35 tahun memiliki kecenderungan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat untuk pertumbuhan janin yang akan berdampak terhadap bayi berat lahir rendah. Usia ibu kurang dari 20 tahun pada saat hamil berisiko terjadinya BBLR 1,5-2 kali lebih besar dibandingkan ibu

hamil yang berusia 20-35 tahun. Usia ibu pada saat hamil berhubungan dengan kondisi kehamilan ibu karena selain berhubungan dengan kematangan organ reproduksi juga berhubungan dengan kondisi psikologis terutama kesiapan dalam menerima kehamilan (Trihardiani, 2011)

Mayoritas ibu yang melahirkan bayi BBLR pada penelitian ini berpendidikan rendah (59,2%). WHO menyatakan bahwa pendidikan sejalan dengan keterpaparan penerimaan informasi dan merupakan salah satu strategi perubahan perilaku. Pendidikan atau edukasi ini bisa didapatkan tidak hanya secara formal tetapi bisa didapatkan secara non formal. Media informasi yang bermacam-macam sehingga ibu dapat memilih media yang ibu senangi sehingga dapat menambah pengetahuan.

Penelitian Chen (2008) menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Tingkat pendidikan disini sesuai dengan umur ibu melahirkan. Diharapkan dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi pengetahuan dan dapat merubah perilaku seseorang.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Baghianimoghadam (2015) yang mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan tidak ada hubungannya dengan melahirkan BBLR sehingga apapun tingkat pendidikan ibu hamil dapat melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah, baik yang berpendidikan rendah maupun tinggi.

Primipara merupakan status obstetrik mayoritas pada penelitian ini (59,2%). Hasil ini sejalan dengan penelitian Shah (2010) dan Hinkle (2014) menyebutkan primipara meningkatkan risiko 1,4 kali terjadinya BBLR dan meningkatkan risiko 1,9 kali terjadinya IUGR, dan grande multipara (paritas >4) meningkatkan risiko terjadinya BBLR.

Ibu yang mempunyai paritas tinggi kemungkinan akan mempunyai kematian bayi yang tinggi. Ibu mengalami kemunduran secara fisik sehingga memberikan predisposisi untuk terjadinya perdarahan, plasenta previa, ruptur uteri, yang dapat berakhir dengan melahirkan bayi dengan BBLR (Manuaba, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian ini mayoritas ibu memiliki lila  $\geq 23$ cm (58,5%). Lila merupakan indikator status gizi ibu. Pengukuran Lila merupakan teknik sederhana yang di rekomendasikan untuk melihat berat badan lahir dibandingkan dengan pengukuran berat badan ibu, yang dilakukan setiap ibu melakukan ANC.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Ricalde (1998) yang menyatakan bahwa status gizi berdasarkan pengukuran lila berhubungan yang signifikan terhadap berat badan lahir. Pada penelitian tersebut membuktikan bahwa pengukuran lila merupakan cara yang baik untuk memprediksi BBLR dibandingkan dengan hanya pengukuran antropometri ibu saja. Sehingga pengukuran lila dapat menilai apakah ibu dalam status gizi yang baik atau kurang.

Hasil meta analisis World Health Organization (WHO) colaboration study menyimpulkan bahwa berat badan dan tinggi badan sebelum hamil, indeks massa tubuh, dan lingkaran lengan atas merupakan faktor yang mempengaruhi BBLR (WHO, 1995)

Hasil penelitian didapatkan ibu yang melahirkan BBLR mayoritas dengan kejadian ketuban pecah dini sebanyak 122 (77,2%). Ketuban pecah dini mayoritas terjadi pada ibu dikarenakan tempat penelitian merupakan rumah sakit rujukan type B yang berada di Kabupaten Kulon Progo. KPD adalah keluarnya air-air dari vagina setelah usia kehamilan 22 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm maupun aterm (Wiknjosastro, 2004).

Hasil ini sesuai dengan penelitian Imir (2008) dan Kovavisarach (2010) yang menyebutkan bahwa ketuban pecah dini meningkatkan risiko 13.9 kali terjadinya BBLR.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Diperlukan asuhan yang tepat untuk mencegah kejadian BBLR pada bayi baru lahir dengan melakukan pemantauan secara berkala untuk ibu hamil secara komprehensif untuk mengurangi faktor risiko yang ditimbulkan BBLR

## **DAFTAR RUJUKAN**

- Trihardiani, Ismi 2011. Factor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang. Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Aras Radha. 2013. Is maternal age risk factor for low birth weight?. *Amhs Journal*. DOI: 10.4103/2321-4848.113558
- Baghianimoghadam, M.H, Baghianimoghadam, B., Ardian, N., Alizadeh, E. 2015. Risk factors of low birth weight and effect of them on growth pattern of children up to sixth months of life: A cross-sectional study. *J Edu Health Promote*

- Chen, X.K. Wen, S.W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G.G., et al. 2007. Teenage Pregnancy And Adverse Birth Outcomes : A Large Population Based Retrospective Cohort Study. *International Journal Of Epidemiology*. Volume: 36. Halaman: 368-373
- Hinkle Stefanie, Albert Paul, Mendola Pauline, Sjaarda Lindsey, Yeung Edwin, Boghossian Nansi, Laughon Katherine. 2013. The association between parity and birthweight in a longitudinal consecutive pregnancy cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. DOI: 10.1111/ppe.12099
- Imir, G. A., Cetin, M., Balta, O., Buyukayhan, D, Cetin, A., 2008., Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancies at University Hospital. *Turkish-German Gynecol Assoc*. Vol. 9(2): 71-74
- Kovavisarach E1, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyant S, Chotigeat U. 2010. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai*.
- Lissauer, T dan Fanaroff, A. 2009. At a Glance Neonatologi. Erlangga: Jakarta
- Lissauer, T dan Fanaroff, A. 2009. Penatalaksanaan Neonatus Resiko Tinggi. EGC: Jakarta
- Manuaba, I.B.G, 2013. Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB. Jakarta : EGC.
- Manuaba, IGB, 2007. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. EGC : Jakarta
- Ricalde A.E, Gustavo V.M, Ana C.D, Arnold A.F . 1998. Mid-upper arm circumference in pregnant women and its relation to birth weight. *Rev saude publica*
- Shah. 2010. Parity and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta analyses. *Acta Obstetric Gynecol Scan*. DOI: 10.3109/000116349.2010.486827
- Unicef-WHO. 2004. Low Birth Weight: Country, Regional, and Global Estimates. New York: Unicef-WHO
- WHO, 2011. Haemoglobin Concentrations for the Diagnosis of Anemia and Assessment of Severity. Geneva:WHO
- WHO. 2004. Low Birth Weight. World Health Organization technical report series. Geneva:WHO
- Wiknjosastro GH, Affandi B, dan Wasposito D. 2004. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiknjosastro, GH. 2008. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- World Health Organization (WHO). 1995. Physical Status: The Use And Interpretation Of Anthropometry. Report Of A WHO Expert Committee. World health organization technical report series. Geneva:WHO



# TINGKAT NYERI DISMENORE PADA SANTRI PUTRI DI PONDOK PESANTREN WILAYAH SLEMAN YOGYAKARTA

Sherkia Ichtiansi Prakasiwi, Moh. Anwar, Yuli Isnaeni  
email: [sherkiasalamah@gmail.com](mailto:sherkiasalamah@gmail.com)

## ABSTRAK

Dismenore merupakan masalah ginekologis yang paling umum dialami wanita, khususnya remaja. Prevalensi dismenore primer di Indonesia cukup tinggi yaitu 60-70% dan 15% diantaranya mengalami nyeri hebat yang umumnya terjadi pada usia remaja. Dismenore mempengaruhi sekolah, belajar dan kegiatan sehari-hari dari remaja. Solusi non farmakologis dipandang lebih aman, salah satunya adalah peregangan yang bertujuan untuk membuat otot dan persendian menjadi fleksibel dan elastis. Hal ini disebabkan karena meningkatnya kadar *endorphin*, *epinephrine*, *dopamine* dan *serotonin* yang dihasilkan oleh otak akibat olahraga. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui tingkat nyeri pada santri putri di Pondok Pesantren wilayah Sleman Yogyakarta. Metode Penelitian ini merupakan studi deskriptif dengan jenis penelitian *cross sectional*. Sampel penelitian adalah santri putri berjumlah 60 responden. Teknik pengambilan sampel yaitu purposive sampling, teknik analisis univariat menggunakan studi deskriptif distribusi frekuensi dengan menggunakan software SPSS. Hasil Penelitian yang didapatkan adalah Tingkat nyeri dismenore yang paling banyak dialami adalah nyeri sedang sebanyak 31 responden (51,7%), nyeri ringan yaitu sebanyak 19 responden (31,7%), nyeri berat terkontrol 9 (15,0) dan nyeri berat tidak terkontrol sebanyak 1 responden (16,7%). Simpulan penelitian nyeri dismenore yang paling banyak dialami oleh responden adalah nyeri sedang. Saran yang dapat diberikan agar tenaga kesehatan hendaknya menggunakan sistem jemput bola langsung ke remaja melalui penyuluhan. Pihak pondok pesantren hendaknya meneruskan latihan peregangan (*stretching*) untuk para santriputrinnya yang mengalami dismenore sebagai metode yang aman, praktis dan murah.

**Kata Kunci :** Santriputri, Tingkat Nyeri Dismenore, Pondok Pesantren

## PENDAHULUAN

Diperkirakan kelompok remaja berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia (WHO, 2014). Kesehatan reproduksi remaja tidak hanya masalah seksual saja namun menyangkut segala aspek tentang reproduksinya. Pemahaman tentang menstruasi sangat diperlukan untuk dapat mendorong remaja yang mengalami gangguan menstruasi agar mengetahui dan mengambil sikap yang terbaik (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2015). Menstruasi yang harus dialami para remaja wanita dapat menimbulkan masalah, salah satunya adalah Dismenore. Dismenore merupakan masalah ginekologis yang paling umum dialami wanita baik wanita dewasa maupun wanita pada usia remaja.

Nyeri haid/dismenore merupakan ketidakseimbangan hormon progesteron dalam darah sehingga mengakibatkan rasa nyeri timbul. Wanita pernah mengalami dismenore sebanyak 90%, ini mengganggu 50% wanita masa reproduksi dan 60-85% pada usia remaja, yang mengakibatkan banyaknya absensi pada sekolah maupun kantor (Annathayakheisha, 2009). Kejadian absensi disekolah dan saat bekerja dilaporkan terjadi sepertiga hingga setengah, terjadi 5% sampai 14% frekuensi absensi lebih sering terjadi (*Exercise for dysmenorrhea (review)*, 2010). Dismenore diklasifikasikan menjadi dua, yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder (Perry, 2010). Menurut Purnamasari (2013), dismenore yang banyak terjadi adalah dismenore primer yaitu sebanyak 54,89%, sedangkan dismenore sekunder hanya 9,36%.

Banyak cara mengatasi dismenore yaitu dengan cara farmakologis maupun non farmakologis. Solusi non farmakologis dipandang lebih aman karena tidak menimbulkan efek samping seperti obat-obatan (Ningsih, 2011). Masyarakat sudah mengetahui tentang dismenore, namun untuk mengatasi dengan cara peregangan (*stretching*) masih belum banyak mengetahuinya.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif menggunakan jenis penelitian *cross sectional*. Sampel yang digunakan yaitu 60 responden. Tingkat nyeri dismenore diukur dengan menggunakan alat ukur nyeri NRS (*Numeric Rating Scale*). Variabel yang diteliti adalah tingkat nyeri dismenore. Sampel pada penelitian ini adalah santriputri di tiga Pondok Pesantren di wilayah Sleman Yogyakarta. Populasi penelitian ini adalah santri putri yang ada di Pondok Pesantren As Salafiyah, Al Idris, Assalimiyyah. Sampel dalam penelitian ini adalah santri putri yang mengalami nyeri dismenore. Jumlah sampel pada penelitian ini sebesar 60 responden. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling* suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, tingkat nyeri dismenore disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi	
	N	%	n	%
<b>Umur</b>				
13-17 tahun	19	63,3	4	13,3
18-22 tahun	11	36,7	26	86,7
<b>Pendidikan</b>				
SMP	3	10,0	0	0,0
SMA	16	53,3	5	16,7
Mahasiswa	11	36,7	25	83,3

Tabel 1 menunjukkan bahwa prevalensi umur pada kelompok kontrol paling banyak pada kategori umur remaja awal 13-17 tahun yaitu sebanyak 19 (63,3%) responden dan pada kelompok intervensi paling banyak pada kelompok umur remaja akhir 18-22 tahun yaitu sebanyak 26 (83,3%) responden.

Untuk variabel pendidikan pada kelompok kontrol paling banyak responden berpendidikan SMA yaitu sebanyak 16 (53,3%) responden dan pada kelompok intervensi paling banyak pada kategori pendidikan sebagai Mahasiswa yaitu sebesar 25 (83,3%).

Tabel 2 Gambaran Tingkat Nyeri Dismenore

Klasifikasi Tingkat Nyeri	Tingkat Nyeri Dismenore	
	N	%
a. 1-3 (Ringan)	19	31,7
b. 4-6 (Sedang)	31	51,7
c. 7-9 (Berat Terkontrol)	9	15,0
d. 10 (Berat Tidak Terkontrol)	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Berdasarkan table 2 terlihat bahwa tingkat nyeri dismenore yang paling banyak pada kategori nyeri sedang sebanyak 31 responden (51,7%), nyeri ringan yaitu sebanyak 19 responden (31,7%), nyeri berat terkontrol 9 (15,0%) dan nyeri berat tidak terkontrol sebanyak 1 responden (1,7%).

Menurut Maryunani (2010), munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki atau bahkan myelin yang

tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada organ viseral, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis.

Kombinasi antara peningkatan kadar prostaglandin dan peningkatan kepekaan miometrium menimbulkan tekanan intra uterus sampai 400 mmHg dan menyebabkan kontraksi miometrium yang hebat. Atas dasar itu disimpulkan bahwa prostaglandin yang dihasilkan uterus berperan dalam menimbulkan hiperaktivitas miometrium. Kontraksi miometrium yang disebabkan oleh prostaglandin akan mengurangi aliran darah, sehingga terjadi iskemia sel sel miometrium yang mengakibatkan timbulnya nyeri *spasmodic*. Sebagian wanita mengalami nyeri saat menstruasi dan ini sangat mengganggu aktivitas sehari-hari mereka, khususnya dipenelitian ini adalah para santri putri di Pondok Pesantren As Salafiyah, Al Idris dan Assalimiyyah (Harel, 2006).

Haid atau menstruasi adalah proses alami yang datang secara berulang setiap bulan pada wanita normal sejak masa pubertas hingga menjelang menopause yang disertai perdarahan. Kedatangan haid ini secara berulang disebut siklus haid. Normalnya siklus haid adalah 28 hari. Namun untuk sebagian wanita siklus ini tidak teratur dan bervariasi berkisar antara 22-25 hari (Gunawan, 2010). Menstruasi yang harus dialami para remaja wanita dapat menimbulkan masalah, salah satunya adalah dismenore. Dismenore merupakan masalah ginekologis yang paling umum dialami wanita baik wanita dewasa maupun wanita pada usia remaja. Nyeri haid/dismenore merupakan ketidakseimbangan hormon progesteron dalam darah sehingga mengakibatkan rasa nyeri timbul.

Tingkat nyeri dismenore pada responden sebagian besar berada di kategori nyeri sedang. Nyeri sedang yang dialami remaja kelompok intervensi dan kelompok kontrol ini disebabkan karena adanya jumlah prostaglandin yang berlebih pada darah menstruasi sehingga merangsang hiperaktivitas uterus. Prostaglandin menyebabkan peningkatan aktivitas uterus dan serabut serabut syaraf terminal rangsang nyeri. Pengukuran intensitas nyeri menggunakan pengukuran skala NRS (*Numeric Rate Scale*) dimana nyeri sedang berada pada skala 4-6 yang berarti secara obyektif responden merasakan

kram pada perut bagian bawah, nyeri menyebar kepinggang, paha atau punggung, kurang nafsu makan, sebagian aktivitas dapat terganggu, sulit/susah berkonsentrasi belajar (Potter & Perry, 2006).

Menurut Patricia (2005), banyak faktor yang mempengaruhi respon nyeri seseorang diantaranya yaitu faktor umur. Umur merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada remaja. Berada di umur remaja pada penelitian ini responden dalam rentang umur 13-22 tahun, dan dalam rentang umur tersebut mereka berada banyak berada pada tingkat pendidikan SMA dan Mahasiswa, dalam kesehariannya mereka lebih banyak melakukan kegiatan baik diluar maupun didalam Pondok Pesantren, tugas-tugas yang harus dikerjakan juga cukup menyita waktu mereka bahkan dihari liburpun di Pondok Pesantren masih ada kegiatan seperti mengaji dan kerja bakti. Dengan banyaknya kegiatan tersebut dapat memicu keluarnya prostaglandin yang merupakan reseptor dari nyeri hingga menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Perhatian mereka terhadap nyeri menjadi berkurang karena banyaknya kegiatan. Sehingga pada responden dipenelitian ini dengan umur yang masih remaja dan pendidikan tinggi dengan banyaknya aktivitas, mereka belum bisa mengoping nyeri dismenore yang diderita mereka.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian oleh Suparmi (2016) menunjukkan bahwa rata-rata usia responden yang mengalami dismenore adalah 17-35 tahun. Menurut penelitian Suparmi (2016) berdasarkan hasil uji statistik kelompok umur terhadap penurunan skala nyeri didapatkan nilai  $p = 0,827 > 0,05$  artinya tidak ada pengaruh umur terhadap penurunan skala nyeri dismenore primer.

## **KESIMPULAN**

Nyeri dismenore yang paling banyak dialami oleh responden adalah nyeri sedang.

## **SARAN**

Tenaga kesehatan hendaknya menggunakan sistem jemput bola langsung ke remaja melalui penyuluhan. Pihak pondok pesantren hendaknya meneruskan latihan peregangan (*stretching*) untuk para santriputrinya yang mengalami dismenore sebagai metode yang aman, praktis dan murah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andira, Dita. (2010). *Seluk Beluk Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yogyakarta : A. Plus Books.
- Amimi, S., Suarna, MD. (2014). *Diagnosis and Initial Management of Dysmenorrhea: Texas*. *American Family Physician*. ,17 (33), 9-20.
- Badan Pusat Statistik, 2010. *Data Statistik Indonesia: Jumlah Penduduk menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin, Provinsi, dan Kabupaten/Kota*, 2005.
- Calis. (2011). *Dysmenorrhea*. ( <http://emedicinemedscape.com>).
- Gunawan D. (2010). *Nyeri Haid Primer Faktor-Faktor yang Berpengaruh dan Perilaku Remaja Dalam Mengatasinya*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Guylaine, L., Odette, P. (2005). *Primary Dysmenorrhea Consensus Guidline. SOGC Clinical Practice Guidline*. , 1174-1130.
- Harel, Z. 2006. *Mini-review : Dysmenorrhea In Adolescents And Young Adults : Etiology And Management*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.19: 363
- Harry. (2007). *Mekanisme Endorphin Dalam Tubuh*.
- Hillard, P.J.A. 2006. *Dysmenorrhea*. *Pediatric in Review*. 27(2): 64
- Patruno, J.E., 2006. *Menstrual Disorder: 5. Dysmenorrhea*. USA. American College of Physicians. 97-98.
- Riyanto.(2002).Nyeri Haid Pada Remaja."Majalah Keluarga Mandiri".Edisi 12 November 2002. <http://www.gemari.or.id/artikel/498.shtml>.
- Sastroasmoro dan Ismael. (2008). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Strong. (2002). *Pain*. Textbook For Therapist. EidinBurgh.
- Sukarni K, Icemi dan Wahyu P. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- WHO, 2010. *World Health Statistic 2000*. France.

# PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN TENTANG DETEKSI DINI KEGAWATDARURATAN MATERNAL TERHADAP MOTIVASI IBU HAMIL DALAM MELAKUKAN *ANTENATAL CARE* (ANC) DI PUSKESMAS KUBUTAMBAHAN 1

Luh Ayu Purnami  
email: [purnami\\_ayu@yahoo.com](mailto:purnami_ayu@yahoo.com)

## ABSTRAK

**Abstrak:** Tingginya kematian ibu masih disebabkan yaitu perdarahan, eklamsi dan infeksi serta. Kurangnya informasi dan deteksi dini mengenai kegawatdarurat maternal sebagai pemicu timbulnya kegawatdaruratan, perlu diadakannya penyuluhan mengenai deteksi dini dalam menghadapi kegawatdaruratan maternal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan tentang deteksi dini kegawatdaruratan maternal terhadap motivasi ibu hamil dalam melakukan *antenatal care*. Desain penelitian atau rancang bangun usulan penelitian ini adalah *pra eksperimen* dengan *one group pre test post test design*, dengan uji *paired T test*, sebanyak 20 orang ibu hamil. Sebelum diberikan penyuluhan hamil memiliki motivasi cukup 7 orang (35%) dan dengan kategori kurang sebanyak 5 orang (25%), dan kategori sangat kurang 3 orang (15%) dan setelah diberikan penyuluhan mengalami peningkatan menjadi sangat kuat sebanyak 3 orang (15%) kuat 15 orang (75%), cukup 2 orang (10%). Dari hasil analisa data di dapatkan nilai p value 0,000 ( $p < 0,05$ ) artinya ada pengaruh penyuluhan kesehatan tentang deteksi dini kegawatdaruratan maternal terhadap motivasi ibu hamil dalam melakukan *Antenatal Care*.

**Kata kunci:** Penyuluhan, Motivasi, Kegawatdaruratan, Maternal, Deteksi dini, *Ante Natal Care*

## PENDAHULUAN

Derajat kesehatan suatu negara ditentukan oleh beberapa indikator, salah satu indikator tersebut adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Angka Kematian Ibu menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 angka kematian ibu dan kematian bayi di Indonesia masih tinggi. AKI mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB mencapai 32. Berdasarkan SDKI survey terakhir tahun 2015 melonjaknya AKI memperlihatkan lemahnya sistem kesehatan ibu dan reproduksi, Indonesia peringkat terbelakang dalam menjaga system kesehatan jauh dari target SDG's pada tahun 2030 AKI di Indonesia akan diturunkan sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup. Diperkirakan 16-17 ibu menderita komplikasi yang mempengaruhi kesehatan mereka, dari setiap ibu yang meninggal dalam kehamilan, persalinanan, atau nifas (Depkes, 2015).

Capaian AKI Provinsi Bali di tahun 2015 sebesar 83,4 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini sudah berada dibawah target MDGs. Akan tetapi, upaya untuk menurunkan AKI masih terus dilaksanakan dengan gencar, untuk semakin menekan angka kematian ibu di Provinsi Bali. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Bali, hingga semester pertama di tahun 2015, telah terjadi 29 kasus kematian ibu di Bali. Sedangkan, angka total kematian ibu tercatat 48 orang di tahun 2014 dan total angka kematian bayi sepanjang tahun 2014 mencapai jumlah 408 kasus. Angka yang sangat besar sebagai penyumbang menurunnya derajat kesehatan di Indonesia khususnya ibu dan anak. Provinsi Bali yang terdiri dari 8 Kabupaten dan 1 Kota madya, untuk angka kasus kematian Ibu tahun 2015, Kabupaten Buleleng menjadi daerah dengan kasus terbanyak yaitu sebanyak 9 Kasus kematian ibu. Kondisi AKI yang masih tinggi harus menjadi perhatian, sehingga terjaminnya kesehatan ibu dan reproduksi (Profil Kesehatan Bali, 2015).

Beberapa faktor penyebab angka kematian pada ibu yaitu pendarahan, hipertensi saat hamil atau pre-eklamsi dan infeksi. Menurut Prof. Dinan, tingginya AKI di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa hal yang lebih dikenal dengan istilah 4 terlalu dan 3 terlambat, yakni terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan, terlalu banyak, dan terlambat dalam mencapai fasilitas, terlambat mendapatkan pertolongan, dan terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan. (Maulana, 2013).

AKI di Indonesia masih cukup tinggi. Tingginya AKI terkait dengan penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Faktor tidak langsung penyebab kematian ibu karena masih banyaknya kasus 3 terlambat dan 4 terlalu. Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan pelayan *antenatal care* yang tidak terintegrasi atau terpadu. Sering kali ibu kurang mendapat informasi baik itu melalui KIE dan penyuluhan kesehatan mengenai pentingnya memeriksakan diri selama kehamilan dan mengetahui kesehatan diri dan bayinya. Melalui deteksi dini pada saat melakukan ANC (*Antenatal Care*) merupakan salah satu cara dari sekian cara yang ada dalam medeteksi kegawatdarutan yang mungkin akan di alami ibu hamil. Beberapa faktor resiko yang ada pada ibu hamil telah dapat dilakukan prediksi kemungkinan komplikasi yang akan terjadi. Kegiatan deteksi dini melalui ANC terpadu sendiri harus dilakukan dengan tepat sehingga ditemukan faktor resiko yang berkembang pada umur kehamilan dan bias melakukan penanganan yang tepat. Tingginya kematian ibu dan bayi



merupakan masalah kesehatan yang dihadapi oleh bangsa, terutama bagi tenaga kesehatan yaitu Bidan. Salah satu faktor yang melatarbelakangi tingginya kematian ibu dan anak yaitu 3T (tiga terlambat), dan utama ibu hamil juga terlambat dalam mengenal perubahan yang terjadi pada diri pada proses kehamilannya diharapkan.

Melalui penyuluhan kesehatan dapat memberikan informasi dan mengubah pandangan memberikan motivasi atau dorongan kepada ibu tentang penting tahu dan tanggap dalam menghadapi masalah kegawatdaruratan yang mungkin terjadi, dan bidan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu melalui pelayanan antenatal terintegrasi atau terpadu. Berdasarkan identifikasi masalah diatas dapat dirumuskan masalah “Bagaimana Pengaruh Penyuluhan Kesehatan tentang deteksi dini dalam menghadapi kegawatdaruratan maternal terhadap motivasi ibu dalam melaksanakan ANC Studi dilaksanakan di Puskesmas Kubutambahan 1 Desa Kubutambahan Kecamatan Kubutambahan Kabupaten Buleleng?

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kubutambahan 1. Jenis penelitian yang digunakan desain penelitian *pra eksperimen* jenis *one group pre-test post-test*, dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian seluruh ibu hamil yaitu 20 ibu hamil dengan sampel 20 responden yang diambil dengan teknik total sampling. Pengumpulan data diperoleh dari data primer. Data primer diperoleh dengan cara mengisi kuisioner oleh responden. Analisa data menggunakan program *software*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1. Karakteristik Motivasi Ibu dalam Melakukan ANC**

No	Katagori	Sebelum Jumlah (orang)	Persentase (%)	Motivasi	
				Sesudah Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Sangat kuat	0	0	3	15
2	Kuat	5	25	15	75
3	Cukup	7	35	2	10
4	Kurang	5	25	0	0
5	Sangat Kurang	3	15	0	0
	Total	20	100	20	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan motivasi ibu hamil dalam melakukan ANC dalam menghadapi kegawatdaruratan maternal melalui penyuluhan hal ini terlihat dari 20 jumlah responden sebelum diberikan penyuluhan ibu hamil memiliki motivasi dalam melakukan ANC sangat kuat sebanyak 0 orang (0%), kuat 5 orang (25%), cukup 7 orang (35%) dan dengan kategori kurang sebanyak 5 orang (25%), dan kategori sangat kurang 3 orang (15%) dan setelah diberikan penyuluhan mengalami peningkatan menjadi sangat kuat sebanyak 3 orang (15%) kuat 15 orang (75%), cukup 2 orang (10%) dan dengan kategori kurang sebanyak 0 orang (0%), dan kategori sangat kurang 0 orang (0%).

**Tabel 2. Nilai Mean motivasi ibu hamil sebelum dan sesudah mendapatkan penyuluhan**

Variabel	N	Mean	S.D
Motivasi sebelum	20	43,59	10,61
Motivasi sesudah	20	75,17	8,99

Berdasarkan tabel diatas nilai rata (*mean*) motivasi sebelum diberikan penyuluhan yaitu 48,7 dan setelah diberikan penyuluhan didapatkan nilai rata 75,17. Dalam penelitian ini penyuluhan merupakan faktor-faktor yang dapat merangsang peningkatan Motivasi ibu melakukan ANC, dimana Motivasi sesungguhnya muncul dari dalam diri seseorang tetapi kemunculannya dapat dirangsang oleh faktor luar yaitu dengan diberikan penyuluhan tentang deteksi dini dalam menghadapi kegawatdaruratan maternal. Motivasi merupakan kekuatan dan dorongan yang menggerakkan kita untuk berperilaku tertentu (Notoatmojo, 2010). Motivasi adalah suatu proses untuk menggiatkan motif-motif menjadi perbuatan atau tingkah laku untuk memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan, keadaan dan kesiapan dalam diri individu yang mendorong tingkah lakunya untuk berbuat sesuatu dalam mencapai tujuan. Motivasi yang utuh dapat dibentuk oleh 3 komponen yaitu keyakinan, emosi, dan kecenderungan. Artinya, emosi dan kecenderungan seseorang dapat dipola sesuai dengan informasi dan pengalaman yang didapatkan dari lingkungannya. Hal ini bila mendapatkan dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar akan membantu mematangkan Motivasi seorang (Notoadmojo,2010). Motivasi setelah diberikan penyuluhan didapatkan nilai rata-rata

75,17. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan Motivasi ibu hamil sebelum dan sesudah penyuluhan, dari Motivasi sebelum diberikan penyuluhan yaitu 43,59.

**Tabel 3 Uji Statistik**

		<b>Paired Samples Test</b>								
		Paired Differences				95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper				
Pair 1	PRE - POST	-31.5750	14.4361	3.2280	-38.3313	-24.8187	-9.782	19	.000	

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa hasil uji statistik motivasi menunjukkan nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan tentang deteksi dini kegawatdaruratan maternal terhadap motivasi ibu hamil dalam melakukan *Ante Natal Care* (ANC) di Puskesmas Kubutambahan 1 Kecamatan Kubutambahan Kabupaten Buleleng.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Hasil identifikasi motivasi sebelum dan sesudah penyuluhan dari 20 responden dalam penelitian ini nilai rata pengetahuan sebelum diberikan penyuluhan yaitu 43,59 dan setelah diberikan penyuluhan didapatkan nilai rata 75,17

Hasil uji statistik motivasi menunjukkan nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) dan sesudah di berikan penyuluhan artinya ada Pengaruh Penyuluhan Kesehatan tentang deteksi dini dalam menghadapi kegawatdaruratan maternal terhadap Motivasi ibu dalam melaksanakan ANC.

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan informasi dan pengetahuan serta memotivasi ibu hamil sehingga dapat dipedomani dalam melakukan ANC secara teratur sebagai upaya mencegah kegawatdaruratan yang terjadi.

## DAFTAR RUJUKAN

[http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2013/01/Factsheet\\_Upaya-PP-AKI.pdf](http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2013/01/Factsheet_Upaya-PP-AKI.pdf)

<http://www.unpad.ac.id/2013/04/profdinan-s-bratakoesoema-tinggi-angkakematian-ibu-aki-di-indonesia/> (Maulana, 2013)

[http://www.Tribunbali.co.id/berita/nasional/daerah/13/02/16/mi9ugymenkes-angka-kematianibumelahirkan- masih-tinggi\(YudhaManggala P Putra, 2015\)](http://www.Tribunbali.co.id/berita/nasional/daerah/13/02/16/mi9ugymenkes-angka-kematianibumelahirkan- masih-tinggi(YudhaManggala P Putra, 2015))

Alimul, Aziz.(2007). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta:SalembaMedika

Boyce, dkk. 2011. *Kesehatan reproduksi ed.2*. Jakarta:EGC

DinKes Prov. Bali.(2015). *Laporan Kesehatan masyarakat bali/ kesehatan ibu dan anak*.

Departemen Kesehatan RI. (2015). *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta:Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan

Forum Komunikasi Pendidikan Bali, (2010). *Seminar dokumentasi asuhan kebidanan* Denpasar:Poltekes Kemenkes

Notoatmodjo, (2010). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Pranktik Keperawatan Profesional. (Edisi 2)*. Jakarta: Salemba Medika.

Rochjati (2010).*Ilmu Kebidanan ,scoring resiko tinggi*. Jakarta: Buku Kedokteran: EGC

Sarwono, Wiknjosastro. (2012). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono

Saifudin, Abdul. (2010). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternitas Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono

Sastra, Winata (2013). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Ed.4 vol.2*. Jakarta:EGC

Wulandari. (209). *Konsep Kebidanan*. Jakarta:EGC

**EFEKTIFITAS PENYULUHAN TERHADAP  
PENINGKATAN PENGETAHUAN REMAJA PUTRI  
TENTANG KEHAMILAN PADA USIA DINI  
DI SMP BUDHI LUHUR SUDAJI KECAMATAN SAWAN  
KABUPATEN BULELENG**

Ni Putu Sumiarsih, Putu Irma Pratiwi, Dina Sulviana Damayanti  
email: [putusumiarsih@yahoo.com](mailto:putusumiarsih@yahoo.com)

**ABSTRAK**

Masalah kehamilan remaja banyak sekali kita temui karena program pendidikan seks di sekolah kurang dan bahkan tidak ada. Kurangnya pengetahuan remaja tentang seks pra nikah berpengaruh pada perilaku seks bebas yang mengakibatkan terjadinya kehamilan pada usia dini. Komplikasi yang dapat ditimbulkan diantaranya adalah eklamsia, dan diperkirakan menjadi penyebab kematian 7000 remaja hamil di negara berkembang setiap tahun. Tujuan penelitian mengetahui efektivitas pemberian penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini. Penelitian ini menggunakan metode pra eksperimen dengan one group pre test post test design. Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini setelah diberikan penyuluhan sebagian besar atau mayoritas berada pada katagori cukup dalam tingkat pengetahuannya. Resiko kehamilan usia dini tidak terjadi secara fisiologis, namun juga psikologis. Untuk dapat menekan kemungkinan terjadinya kehamilan usia dini di masa yang akan datang, maka diperlukan peningkatan kegiatan penyuluhan baik di sekolah maupun di masyarakat tentang kehamilan usia dini, dan merupakan bagian dari pendidikan seks bagi remaja.

**Kata Kunci:** kehamilan pada usia dini, remaja

**PENDAHULUAN**

Masa remaja adalah masa yang sangat labil dan masa yang selalu ingin mencoba hal-hal yang baru sehingga dapat mengakibatkan perubahan psikologis dan fisiologis yang cepat (Jhon W. Santrock, 2003). Selama bertahun-tahun, aktivitas seksual di kalangan remaja semakin meningkat. Apalagi sekarang adanya pengaruh internet dan kebiasaan pacaran yang tidak sehat di kalangan remaja, menimbulkan remaja menjadi lebih dekat dengan seks sehingga sering terjadi kehamilan dini pada remaja (Sony Set, 2009). Padahal organ reproduksi remaja masih belum matang, secara psikologis juga belum siap untuk hamil karena mereka masih belum cukup umur dan masa depannya masih panjang (Soetjningsih, 2004).

Masyarakat menghadapi kenyataan bahwa kehamilan pada remaja makin meningkat dan menjadi masalah(Sony Set, 2009). Kehamilan remaja merupakan

masalah yang sering terjadi pada remaja saat ini, kebanyakan dari mereka belum mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan dan resiko kehamilan diusia muda (Gemala, R, 2008). Hamil terlalu muda merupakan salah satu faktor penyebab meningkatnya angka kematian ibu, baik di negara berkembang maupun di negara maju. Sementara di Indonesia, proporsi perkawinan usia dini masih tinggi yakni 46,7 persen dari total perkawinan (Manuaba, 2010). Studi epidemiologi, menunjukkan risiko kematian ibu hamil menjadi 2 kali lebih tinggi bila hamil pada usia 15-19 tahun dibanding pada usia 20-24 tahun, dan angka kematian menjadi 5 kali lebih tinggi pada usia 10-14 tahun (Depkes, 2010). Pada tahun 2011, Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan terdapat 16 juta pada remaja berusia 15 - 19 tahun atau 19 persen dari total kehamilan di seluruh dunia. Menurut data Puskesmas Sawan 1 tahun 2013, jumlah ibu hamil 799 dengan angka kasus kehamilan resiko tinggi sebesar 234 (29,29%) dan 85 kasus (36,32%) dari kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan pada usia dini.

Komplikasi yang dapat ditimbulkan karena kehamilan pada usia dini, diantaranya eklamsia, diperkirakan menjadi penyebab kematian 7000 remaja hamil di negara berkembang setiap tahun, resiko komplikasi lebih tinggi pada kehamilan di bawah usia 15 tahun (Asfriyanti, 2005). Komplikasi juga meningkatkan risiko kematian neonatus angka kematian bayi yang lebih tinggi pada kasus kehamilan remaja terkait dengan tingginya angka kelahiran prematur dan bayi lahir berat badan rendah (Nurcahyo, 2009).

Besarnya masalah yang ditimbulkan akibat kehamilan pada usia dini, maka untuk mengetahui seberapa besar faktor pengetahuan dapat mempengaruhi terjadinya kehamilan pada usia dini, dapat dilakukan dengan memberikan pengetahuan pada remaja mengenai kehamilan. Remaja memerlukan informasi dan konseling mengenai kehamilan dan dampak buruk terhadap kehamilan pada usia dini. Selama ini belum pernah dilakukan pemberian informasi baik melalui penyuluhan tentang kehamilan pada usia dini di wilayah desa Sudaji.

Dengan adanya penelitian ini diharapkan adanya peningkatan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini di SMP Budhi Luhur Sudaji sehingga dapat menurunkan angka kehamilan pada usia dini di daerah Buleleng Bali. Dan dapat mengaplikasikan penyuluhan mengenai kehamilan pada usia dini dalam upaya meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini, dan nantinya

akan meningkatkan peran sertanya untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan pada usia dini.

## **METODE PELAKSANAAN**

Penelitian ini merupakan pra eksperimen dengan one group pre test post test design, dimana pada penelitian ini tidak ada kelompok pembanding (kontrol) tetapi sudah dilakukan observasi pertama (pretest) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (Sugiyono, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah remaja putri, yang tergolong remaja putri di SMP Budhi Luhur selama tahun ajaran 2013 yaitu sebanyak 57 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling atau sampling jenuh (*non probability*) sehingga jumlah sampel penelitian ini adalah 57 orang.

Variabel independent dalam penelitian ini adalah penyuluhan yang diberikan kepada remaja putri, dan variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan remaja putri tentang kehamilan usia dini. Tingkat pengetahuan dalam penelitian ini akan diperoleh dalam menyusun skala pengukuran. Dimana tingkat pengetahuan dapat dinilai dari tingkat pengetahuan remaja putri terhadap materi.

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer atau data yang langsung diperoleh dari subyek penelitian yang berupa data umum dan data khusus. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar test sebagai acuan dalam wawancara terstruktur yang dibuat oleh peneliti yang telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas, uji validitas instrumen menggunakan rumus *Pearson Product Moment*, dengan bantuan SPSS 16 *for windows*. Dan untuk uji reliabilitas instrumen menggunakan uji *alpha cronbach* dengan menggunakan bantuan SPSS 16 *for windows* (Notoatmodjo, 2007).

Dalam penelitian ini, tahap pertama pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan *pre-test* yaitu dengan menyebarkan lembar test kepada responden selanjutnya dilakukan analisa data. Dilanjutkan dengan pemberian penyuluhan tentang kehamilan usia dini dimana sebelum diberikan penyuluhan, Setelah diberikan penyuluhan (perkenalan 5 menit, materi inti 20 menit dan penutup 5 menit), kemudian diberikan *post- test* dan data dianalisa kembali. Untuk analisis data menggunakan analisa univariat dan bivariat, Teknik Analisis Univariat dengan menggunakan Nilai

Rata-Rata (mean) dan Analisis Bivariat menggunakan Program Komputer SPSS 16.0 (paired t test). Diharapkan pemberian penyuluhan efektif untuk meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini.

## HASIL

Penelitian ini telah dilakukan tanggal 19 Mei 2014 di SMP Budhi Luhur Desa Sudaji Kecamatan Sawan, Kabupaten Buleleng Bali. Data umum yang diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut, usia rata-rata responden pada penelitian ini adalah 15 tahun, dan mayoritas responden sudah pernah memperoleh informasi mengenai kehamilan pada usia dini, sebagian besar informasi tentang kehamilan pada usia dini yang didapatkan dari televisi. Untuk data khusus penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

### 1. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sebelum Diberikan Penyuluhan

Tabel 1. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sebelum Diberikan Penyuluhan

No.	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1.	Baik (76-100)	0 orang	0 %
2.	Cukup (56-75)	2 orang	3,51 %
3.	Kurang (0-55)	55 orang	96,49 %
Jumlah		57 orang	100%

Berdasarkan tabel 1, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini sebelum diberikan penyuluhan paling banyak atau mayoritas berada pada katagori kurang.

### 2. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Setelah Diberikan Penyuluhan

Tabel 2. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Setelah Diberikan Penyuluhan

No.	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1	Baik (76-100)	17 orang	29,82 %
2	Cukup (56-75)	35 orang	61,41 %
3	Kurang (0-55)	5 orang	8,77 %
Jumlah		57 orang	100 %



Berdasarkan tabel 2, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini setelah diberikan penyuluhan sebagian besar berada pada katagori cukup

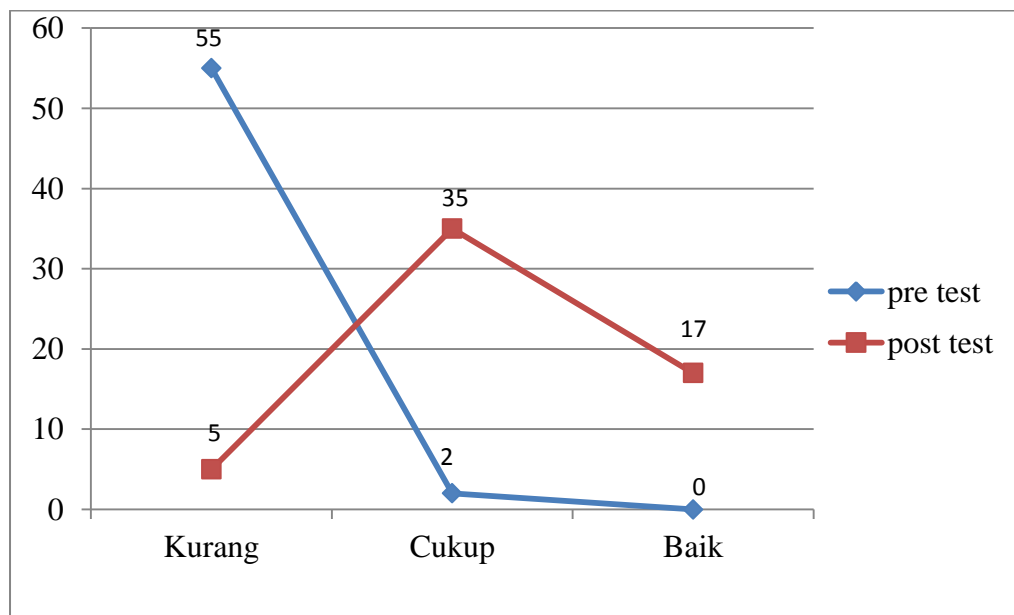
### 3. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sebelum dan Setelah Diberikan Penyuluhan

Tabel 3. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sebelum dan Setelah Diberikan Penyuluhan

No.	Tingkat Pengetahuan	Sebelum Penyuluhan Kesehatan		Setelah Penyuluhan Kesehatan	
		$\Sigma$ Responden	%	$\Sigma$ Responden	%
1	Baik	0 orang	0 %	17 orang	29,82 %
2	Cukup	2 orang	3,51 %	35 orang	61,41 %
3	Kurang	55 orang	96,49 %	5 orang	8,77 %
Jumlah		57	100 %	57	100 %

Dari tabel 3 diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan dari remaja putri yang dilakukan melalui penyuluhan kesehatan. Penyuluhan kesehatan yang dilakukan terhadap remaja efektif dalam upaya meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini.

Grafik 1. Tingkat Pengetahuan Remaja Putri tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sebelum dan Setelah Diberikan Penyuluhan



Berdasarkan grafik 1 diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan dari remaja putri tentang kehamilan pada usia dini setelah (post test) dibandingkan dengan pengetahuan sebelum (pretest). Kategori yang terjadi peningkatan yang signifikan adalah kategori cukup.

Berdasarkan hasil pretes dan postes, dilakukan uji paired sample T-Tes. Hasil analisa menunjukkan bahwa nilai rata-rata pretes yaitu 37,51 sedangkan nilai rata-rata postes yaitu 68,86. Nilai signifikansi korelasi antar tes adalah 0,000. Nilai Sig (0,000) <  $\alpha$  (0,05) sehingga  $H_0$  ditolak. Hubungan hasil pretes dan postes berada pada kategori tinggi yaitu sebesar 0,813 yang terlihat pada hasil korelasi antar skor. Dan  $H_a$  yang menyatakan pemberian penyuluhan efektif untuk meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini diterima.

## **PEMBAHASAN**

Remaja ada diantara anak-anak dan orang dewasa, remaja masih belum mampu untuk menguasai fungsi-fungsi fisik maupun psikisnya. Hal inilah yang menyebabkan remaja merupakan masa yang relatif rentan, karena jika tidak mendapatkan pembinaan serta bimbingan yang baik dan benar, maka remaja dapat terjerumus ke arah yang salah. Dalam penelitian ini, remaja yang digunakan adalah siswa yang ada di SMP Budhi Luhur Desa Sudaji Kecamatan Sawan.

### **Tingkat Pengetahuan Remaja Putri Tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sebelum Diberikan Penyuluhan**

Berdasarkan tes yang telah dilakukan terhadap siswi SMP Budhi Luhur Desa Sudaji Kecamatan Sawan terlihat bahwa tingkat pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini sebelum diberikan penyuluhan mayoritas berada pada katagori kurang. Dan berdasarkan data Puskesmas Sawan 1 tahun 2013 dari kehamilan resiko tinggi merupakan kehamilan pada usia dini. Informasi yang kurang mengenai resiko kehamilan usia dini merupakan salah satu penyebab tingginya kasus kehamilan usia dini. Rendahnya pengetahuan remaja tentang kehamilan usia dini disebabkan karena minimnya informasi yang dimiliki oleh siswa. Disamping itu, faktor mental remaja itu sendiri juga menjadi penyebab. Para remaja umumnya cenderung ingin bebas untuk menentukan nasib sendiri, berusaha mencari identitas diri (*search for self identity*),

ingin mencoba sesuatu yang baru, cenderung ingin memberontak dan mulai tertarik pada lawan jenis (Dianawati, 2005).

Ada banyak faktor yang dapat menjadi penyebab kehamilan usia dini. Faktor pertama dan utama yang menyebabkan seorang remaja hamil adalah hubungan seksual pada masa subur. Kehamilan tidak ada kaitannya dengan frekwensi hubungan atau faktor orgasmen (Romauli, 2011). Secara garis besar dapat dikatakan bahwa setiap remaja perempuan yang sehat sangat berpotensi hamil jika melakukan hubungan seksual pada masa subur (Manuaba, 2010) . Disamping itu, faktor-faktor lain juga sangat berpengaruh, misalnya kurangnya pemahaman tentang nilai-nilai moral dan agama, minimnya dukungan orang tua serta faktor lingkungan tempat remaja tumbuh yang kurang kondusif. Faktor pergaulan yang bebas juga menjadi penyebab terjadinya kehamilan usia dini (Surbakti, 2009).

### **Tingkat Pengetahuan Remaja Putri Tentang Kehamilan Pada Usia Dini Sesudah Diberikan Penyuluhan**

Peningkatan pengetahuan ini disebabkan karena remaja putri diberikan penyuluhan tentang bahaya serta resiko yang dapat ditimbulkan oleh kehamilan usia dini. Resiko kebidanan yang terjadi pada kehamilan usia muda pada ibu antara lain: 1) kurangnya perawatan kehamilan; 2) keguguran; 3) resiko tekanan darah tinggi dan keracunan (gestosis); 4) penyakit menular seksual (PMS); 5) anemia; 6) gangguan psikologi; 7) resiko kanker; 8) mudah terkena infeksi dan 9) tingginya resiko kematian ibu. Sedangkan dampak negatif yang dapat ditimbulkan akibat kehamilan usia dini pada janin antara lain: 1) lahir belum cukup umur (prematuur); 2) berat badan lahir rendah (BBLR); 3) cacat bawaan; serta 4) kematian bayi (5,7). Dengan mengetahui akan bahaya dan resiko yang ditimbulkan akibat kehamilan usia dini, tentunya remaja putri akan lebih berhati-hati dan mawas diri sehingga kehamilan ini tidak sampai terjadi.

Kurangnya pengetahuan remaja tentang seks pra nikah berpengaruh pada perilaku seks bebas dikalangan remaja yang dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan pada usia dini (Zulkifli, 2005). Hasil analisa menunjukkan bahwa nilai rata-rata pretes yaitu 37,51 dan berada pada kategori kurang. Sedangkan nilai rata-rata postes yaitu 68,86 dan berada pada kategori sedang. Berdasarkan uji signifikansi dan juga perbandingan antara  $t$  hitung dan  $t$  tabel dapat disimpulkan bahwa nilai  $t$  hitung (15,894) >  $t$  tabel (2,000) sehingga  $H_0$  yang menyatakan pemberian penyuluhan tidak efektif untuk meningkatkan

pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini ditolak, dan Ha yang menyatakan pemberian penyuluhan efektif untuk meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini, diterima.

Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Nurjanah tahun 2013 dengan judul “Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan Kehamilan Usia Muda pada Siswa Kelas VIII di SMPN 1 Patuk” dan penelitian yang dilakukan oleh Asfiah tahun 2014 dengan judul “Pengaruh Intervensi Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi” yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh intervensi penyuluhan terhadap pengetahuan dan sikap perilaku remaja tentang kesehatan reproduksi dengan hasil yang signifikan.

Berdasarkan hasil penelitian ini dan juga penelitian terdahulu, mengindikasikan bahwa penyuluhan sangat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang resiko kehamilan usia dini. Penyuluhan merupakan bagian dari pendidikan seks yang baik bagi remaja. Pendidikan seks pada remaja sangat berguna untuk memberikan pengetahuan tentang seks dan penyakit yang timbul akibat hubungan seks sehingga para remaja tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah (Heri et al, 2007).

Pendidikan seks di sekolah berperan penting dalam menurunkan kehamilan remaja. Program pendidikan seks ini lebih besar kemungkinannya berhasil apabila terdapat pendekatan terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan. Staf layanan kesehatan dapat dilibatkan dalam penyampaian pendidikan seks, dan sekolah dapat mengatur kunjungan kelompok ke klinik sebagai pengenalan dan untuk meningkatkan rasa percaya diri dari para remaja yang mungkin ingin mendapatkan layanan klinik tersebut (Sarlito, 2011).

Penyuluhan juga dapat memudahkan remaja untuk memahami serta mengatasi berbagai keadaan seksual yang membingungkan. Informasi tentang alat reproduksi remaja laki-laki dan perempuan, kesehatan reproduksi serta tentang kontrasepsi perlu diperoleh setiap remaja. Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Machfoedz, 2007).

Minimnya kegiatan penyuluhan bahaya serta resiko kehamilan usia dini yang dilakukan di Desa Sudaji tentunya menjadi pekerjaan rumah tidak hanya bagi sekolah,

namun juga bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng. Untuk dapat menekan kemungkinan terjadinya kehamilan usia dini di masa yang akan datang, maka diperlukan peningkatan kegiatan penyuluhan baik di sekolah maupun di masyarakat tentang kehamilan usia dini.

## **KESIMPULAN**

Masa remaja adalah masa peralihan dari masa anak dengan masa dewasa yang mengalami perkembangan semua aspek atau fungsi untuk memasuki masa dewasa. Perkembangan pada remaja ditandai dengan ciri seks primer dan ciri seks sekunder, selain perubahan fisik, perubahan psikologi juga dialami oleh seseorang yang beranjak remaja. Para remaja cenderung ingin bebas untuk menentukan nasib sendiri, berusaha mencari identitas diri, ingin mencoba sesuatu yang baru cenderung ingin memberontak dan mulai tertarik dengan lawan jenis. Kurangnya pengetahuan remaja tentang seks pra nikah berpengaruh pada perilaku seks bebas dikalangan remaja yang dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan pada usia dini.

Metode Penyuluhan merupakan cara penyampaian pesan atau informasi agar dapat terjadi perubahan sehingga sasaran tahu, mau dan mampu dalam menerapkan pengetahuan yang diperoleh. Dengan pemberian penyuluhan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini meningkat, sehingga pemberian penyuluhan efektif dalam upaya peningkatan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini.

Dengan metode penyuluhan ini diharapkan sebagai salah satu upaya meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang kehamilan pada usia dini, dan nantinya akan meningkatkan peran sertanya untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan pada usia dini. Bagi Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melanjutkan penelitian mengenai pengetahuan tentang kehamilan pada usia dini dengan melibatkan variabel yang lebih kompleks dan responden yang lebih representatif serta mengembangkan desain penelitian eksperimen.

Bagi institusi pendidikan ketersediaan bahan bacaan atau referensi yang berhubungan dengan penyuluhan dan kehamilan pada usia dini dirasakan masih terbatas, oleh karenanya disarankan kepada institusi pendidikan untuk memperkaya sumber bacaan yang berkaitan dengan penyuluhan dan kehamilan pada usia dini yang mendukung proses penyusunan KTI. Bagi tempat penelitian pihak sekolah diharapkan

untuk lebih aktif dalam menjalin hubungan dengan pihak puskesmas untuk mengadakan kegiatann-kegiatan penyuluhan, sehingga remaja dapat memperoleh informasi kesehatan secara tepat. Disamping itu pihak sekolah diharapkan menyediakan buku-buku yang berhubungan dengan remaja tentang kesehatan reproduksi terutama tentang kehamilan pada usia dini.

Bagi remaja putridengan pengetahuan yang baik sehingga remaja putri mau mencari informasi yang lebih lengkap baik dari buku, media massa atau dari tenaga kesehatan sehingga lebih memahami tentang kehamilan pada usia dini dan termotivasi/ada keinginan untuk menyebar luaskan informasi yang diperoleh kepada keluarga, teman dan masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Asfriyanti, 2005. *Kehamilan Pra Nikah*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Asfiah, Wadoe Sitti. 2014. Pengaruh Intervensi Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi. Skripsi (tidak diterbitkan). [ojs.uho.ac.id/index.php/medula/article/download/198/138](http://ojs.uho.ac.id/index.php/medula/article/download/198/138), Diakses tanggal 15 Juni 2015
- Dianawati, A. 2005. *Pendidikan Seks Untuk Remaja*. Jakarta: PT. Kawan Pustaka.
- Depkes Jakarta I. 2010. *Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya*. Jakarta. Penerbit Salemba Medika
- Gemala, R. Hatta, 2008. *Pelayanan Kesehatan* , Penerbit Universitas Indonesia.
- Heri, D.J. Maulana, 2007, *Promosi Kesehatan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Jhon W. Santrock. 2003. *Adolescence Perkembangan Remaja Edisi Ke-6*. Jakarta: Erlangga
- Manuaba, IBG, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta : EGC
- Machfoedz, Irham. 2007. *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Fitramaya
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Cetakan I. Jakarta. Penerbit Rineka Cipta
- Nurchahyo, L. 2009. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 8*. Jakarta: EGC
- Nurjanah, Rufaida. 2013. Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan Kehamilan Usia Muda pada Siswa Kelas VIII di SMPN 1 Patuk. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* [Vol 8. No. 2 September 2013](#), Diakses tanggal 15 Juni 2015
- Sony Set. 2009. *Teen Dating Violence (Stop Kekerasan Dalam Pacaran)*. Yogyakarta: Kanisius (Anggota IKAP)
- Sarlito, W.Sarwono. 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Surbakti, E.B. 2009. *Kenalilah Anak Remaja Anda*. Jakarta: Alex Media Komputindo
- Sugiyono. 2012. *Statistik Untuk Penelitian* Cetakan 9. Bandung: Alfabeta

Soetjiningsih. 2004. *Buku Ajar Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: CV Sagung

Romauli, S. Vindari, AV. 2011. *Kesehatan Reproduksi Buat Mahasiswi Kebidanan*. Yogyakarta. Penerbit

Zulkifli, L. 2005. *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya



# PEMBERIAN UTEROTONIKA DAN LAMA MASA NIFAS

Farida Kartini

## ABSTRAK

Upaya pencegahan terjadinya perdarahan pascamelahirkan adalah dengan melaksanakan manajemen aktif kala III. Kontraksi uterus yang baik akan berdampak pada pengeluaran *lochea*. Keadaan *lochea* menunjukkan keadaan involusi uterus. Bila involusi berjalan baik berarti kesehatan ibu baik pula. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya lama masa nifas pada ibu yang diberikan uterotonika. Desain penelitian ini adalah kuantitatif dengan populasi ibu-ibu yang melahirkan secara normal dan diberikan uterotonika di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel aksidental. Analisis data dengan univariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 70% ibu yang melahirkan adalah ibu yang dalam masa reproduktif sehat. Kebanyakan ibu yang mengalami lama masa nifas 29-40 hari adalah ibu dengan paritas 2 dan 3, dengan status memberikan ASI saja sebanyak 45%. Masing-masing ibu yang diberikan oksitosin saja dan oksitosin ditambah ergometrin memiliki lama masa nifas 29-40 hari sebanyak 25%. Kesimpulan kecenderungan lama masa nifas ibu nifas yang diberikan injeksi oksitosin saja dan injeksi oksitosin ditambah ergometrin relatif sama. **Saran** perlu ada penelitian lanjutan dengan jumlah sampel dan teknik analisis data yang berbeda dengan penelitian ini.

**Kata kunci:** uterotonika, oksitosin, ergometrin, nifas, lochea

## PENDAHULUAN

Berdasarkan SDKI tahun 2013 Angka kematian ibu (AKI) sebanyak 359/100.000 kelahiran hidup (Sulaiman, 2014). salah satu penyebab kematian ibu tersebut adalah perdarahan. Perdarahan pada maternal terbanyak terjadi akibat atonia uteri. Atonia uteri adalah keadaan dimana uterus tidak berkontraksi atau kontraksinya lemah sehingga tidak mampu menutup pembuluh darah pada tempat insersi plasenta setelah plasenta lahir sehingga terjadi perdarahan (Karkata, 2008).

Oleh karenanya setelah plasenta lahir maka uterus harus segera berkontraksi. Upaya yang dilakukan agar uterus segera kontraksi setelah plasenta lahir dengan pelaksanaan manajemen aktif kala III. Salah satu langkah dalam manajemen aktif kala III adalah pemberian oxytosin dalam 1 menit setelah bayi lahir (JNPK-KR, 2008). Dengan demikian diharapkan kontraksi uterus akan tetap terjaga dengan baik, sehingga perdarahan pascapersalinan dan perdarahan masa nifas dapat dicegah. Penelitian yang dilakukan Khairani (2012) didapatkan adanya pengaruh pijat oxytosin terhadap involusi uterus pada ibu *postpartum*.

Nifas adalah suatu masa yang pasti akan dialami oleh ibu sehabis melahirkan. Pada masa nifas ini terjadi beberapa peristiwa di alat reproduksi perempuan khususnya pada bagian uterus. Lama masa nifas adalah 40 hari. Masa nifas disebut juga sebagai masa *puerperium*. Masa ini berlangsung mulai dari selesai persalinan (plasenta lahir) dan berakhir kira-kira 6 minggu (Wiknjosastro, 2007). Menurut Sayyid Sabiq nifas menurut Islam adalah darah yang keluar dari vagina seorang perempuan disebabkan oleh melahirkan anak walaupun berupa keguguran (Al-Hafidz, 2007). Lama masa nifas adalah 40 hari.

Masa nifas merupakan masa krisis bagi ibu karena pada masa ini sering terjadi komplikasi yang dapat berdampak fatal bagi ibu. Salah satu komplikasi yang sering terjadi pada masa nifas adalah perdarahan. Oleh karenanya pengawasan masa nifas sangatlah penting. Pada pengawasan masa nifas yang perlu diperhatikan adalah keadaan umum ibu, keadaan *vital sign* ibu, tinggi fundus uteri dan pengeluaran *lochea*. *Lochea* merupakan salah satu indikator proses involusi apakah berjalan normal atau tidak.

*Lochea* yang normal ada 4 jenis yaitu *Lochea rubra (cruenta)* berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum. *Lochea* ini keluar pada hari pertama sampai hari ke 2. *Lochea sanguinolenta* berwarna merah kuning berisi darah dan lendir. *Lochea* ini keluar pada hari 3-7 pascamelahirkan. *Lochea serosa* berwarna kuning, keluar pada hari ke 7-14 pascamelahirkan. Terakhir *Lochea alba* berupa cairan putih keluar setelah 2 minggu (Siswosudarmo & Emilia, 2008). Keadaan *Lochea* ini menjadi indikator lamanya masa nifas pada ibu yang berhubungan dengan kewajiban sebagai muslimah.

Fase-fase tersebut dilalui ibu dengan baik bila tidak terjadi komplikasi dan kontraksi uterus baik. Guna menjaga kontraksi uterus tetap baik maka diperlukan hormon yang dapat merangsang kontraksi uterus. Hormon tersebut terkenal dengan sebutan hormon uterotonika. Hormon ini ada 2 macam yaitu oxytosin dan ergometrin. Kedua hormon ini bekerja dengan cara yang berbeda. Oxytosin bekerja dengan merangsang otot uterus berkontraksi secara ritmik. Ergometrin merangsang otot uterus untuk berkontraksi secara tetanik (terus menerus) (Gondo, 2011).

Selain karena faktor hormonal kontraksi uterus juga dipengaruhi oleh anemia, anestesi umum, overdistensi uterus, proses persalinan (persalinan lama, partus presipitatus, kelengkapan plasenta) dan paritas (Siswosudarmo & Emilia, 2008). Lama tidaknya masa nifas akan menunjukkan kualitas kesehatan ibu nifas. Pemberian uterotonika pada saat ibu bersalin dapat diasumsikan akan mempertahankan kontraksi uterus yang pada akhirnya akan mempercepat proses involusi. Berdasarkan asumsi tersebut maka dirasa perlu untuk meneliti pemberian uterotonika dengan lama masa nifas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak pemberian uterotonika Oxytosin terhadap lama masa nifas.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif. Rancangan ini digunakan untuk melihat lamanya masa nifas pada ibu bersalin yang dilakukan pemberian oxytosin serta pemberian oxytosin dan ergometrin. Lama masa nifas yang dinilai dilihat dari lamanya pengeluaran *lochea*. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu yang melahirkan normal dan diberikan injeksi oxytosin saja serta yang diberikan injeksi oxytosin dan ergometrin di Puskesmas Megangsari Yogyakarta. Sampel yang digunakan adalah ibu-ibu yang melahirkan secara normal di Puskesmas Megangsari Yogyakarta yang diberikan oxytosin sebanyak 9 ibu dan yang diberikan oxytosin serta ergometrin sebanyak 11 ibu melahirkan pada bulan Januari-Juli 2014. Teknik pengambilan sampel secara *aksidental sampling*. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuisioner terbuka. kuisioner ini digunakan untuk mendapatkan data yang diperlukan pada penelitian. Metode pengumpulan data dengan melihat data pada register ibu bersalin untuk mengetahui ibu yang diberikan oxytosin maupun oxytosin dan ergometrin serta mencari kontak yang bisa dihubungi. Kemudian ibu dihubungi untuk menanyakan mengenai lamanya pengeluaran *lochea*. Data yang dikumpulkan adalah usia, paritas dan pemberian uterotonika (oxytosin, ergometrin), lama pengeluaran *lochea* dan pemberian asi. Data yang telah didapatkan dilakukan pengecekan kelengkapan selanjutnya dilakukan pengkodean, kemudian diedit dan terakhir ditabulasi. Setelah ditabulasi maka data diolah secara univariat dan disajikan dalam bentuk tabel

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Ibu nifas yang melahirkan di Puskesmas Mergangsan dari bulan Januari-Juli 2014 yang dapat dihubungi dan bersedia menjadi responden penelitian sebanyak 20 ibu yang terbagi menjadi 9 ibu yang diberikan injeksi oxytosin dan 11 ibu yang diberikan oxytosin serta ergometrin. Jumlah ibu yang melahirkan di Puskesmas Mergangsan pada tahun-tahun sebelumnya cukup banyak, namun karena pada awal tahun 2014, Puskesmas Mergangsan pindah tempat sehingga perlu penataan. Keadaan tersebut menjadikan pasien yang melahirkan di Puskesmas Mergangsan mengalami penurunan karena belum banyak yang tahu lokasi yang baru. Dari jumlah yang ada, setelah dilakukan pendataan maka didapatkan ibu bersalin yang diberikan oxytosin saja lebih sedikit yaitu sebanyak 9 ibu dari pada yang pemberiannya dipadukan dengan ergometrin dalam kurun waktu Januari-Juli 2014.

Standar Operasional Prosedur persalinan normal adalah pemberian Oxytosin pada kala III, sedangkan pemberian ergometrin dilakukan jika ada indikasi, seperti atonia uteri atau hal lain yang memerlukan pemberian oxytosin. Di Puskesmas Mergangsan untuk kurun waktu tersebut telah terjadi pergeseran perlakuan dari tahun-tahun sebelumnya untuk manajemen persalinan ini. Pemberian ergometrin hampir dilakukan pada setiap ibu bersalin normal sebagai antisipasi terjadinya perdarahan pascalin karena atas instruksi dari Residen Spesialis Obstetri Ginekologi.

Ibu bersalin yang diberikan injeksi oxytosin dan ergometrin terjadi hampir pada semua ibu bersalin. Dalam pengumpulan data karena ibu yang kontrol ini di Puskesmas Mergangsan rata-rata pada satu minggu setelah persalinan sehingga ibu masih mengeluarkan *lochea sanguinolenta atau serosa* yang berarti masa nifas ibu belum selesai. Pada akhirnya pengambilan data dilakukan dengan menghubungi ibu melalui telpon. Pada awalnya pengambilan data akan dilakukan dengan bertandang ke rumah ibu, namun ternyata alamat yang ada di register ibu bersalin banyak yang berbeda dengan domisili ibu saat ini.

Tabel 1. Karakteristik Ibu Bersalin

Karakteristik	Frekuensi	%
<b>Usia Ibu Bersalin:</b>		
<20 tahun	1	5
20-35 tahun	14	70
>35 tahun	5	25
<b>Paritas:</b>		
1	4	20
2	6	30
3	6	30
4	3	15
6	1	5
<b>Status Menyusui:</b>		
ASI	17	85
ASI + MPASI	3	15
<b>Lama Masa Nifas:</b>		
<14 hari	2	10
14-28 hari	5	25
29-40 hari	10	50
>40 hari	3	15
<b>Pemberian Uterotonika:</b>		
Oxytosin	9	45
Oxytosin + ergometrin	11	55

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu bersalin pada usia reproduksi sehat dan melahirkan anak yang ke 2 atau 3. Sebagian besar ibu hanya memberikan ASI saja pada bayinya. Lama masa nifas terbanyak dalam rentang waktu 29-40 hari. Ibu bersalin yang diberikan oxytosin dan ergometrin lebih banyak daripada yang hanya diberikan oxytosin.

Tabel 2. Tabulasi Silang Paritas dengan Lama Masa Nifas

Paritas	Lama Masa Nifas				Total (%)	
	<14 hari	14-28 hari	29-40 hari	>40 hari		
1		2 (50) (100)	0	0	2	4
2		0	1	5	0	6
3		0	2	3	1	6
4		0	2	1	0	3
6		0	0	1	0	1
Total		2 (100)	5	10	3	20

Tabel 2 memperlihatkan bahwa masa nifas yang terlama yaitu lebih dari 40 hari dialami ibu yang baru pertama kali melahirkan yaitu sebanyak 50% dari jumlah ibu yang melahirkan pertama kali. Dari seluruh variasi paritas ibu, terbanyak lama masa nifas yang dialami ibu adalah selama 29-40 hari.

Tabel 3. Tabulasi Silang Status Menyusui dengan Lama Masa Nifas

Status Menyusui	Lama Masa Nifas				Total (%)
	<14 hari	14-28 hari	29-40 hari	>40 hari	
ASI	2	4	9	2	17
ASI dan MPASI	0	1	1	1	3
Total	2	5	10	3	20

Tabel 3 memperlihatkan bahwa ibu yang hanya memberikan ASI pada bayinya mengalami masa nifas terlama selama 29-40 hari. Ibu yang memberikan ASI dan ditambah MPASI tidak ada yang mengalami masa nifas kurang dari 15 hari.

Tabel 4. Tabulasi Silang Pemberian Uterotonika dengan Lama Masa Nifas

Pemberian Uterotonika	Lama Masa Nifas				Total (%)
	<14 hari	14-28 hari	29-40 hari	>40 hari	
Oxytosin	1	3	5	0	9
Oxytosin dan ergometrin	1	2	5	3	11
Total	2	5	10	3	20

Tabel 4 memperlihatkan bahwa ibu yang diberikan oxytosin dan ergometrin yang memiliki lama masa nifas lebih dari 40 hari, sedangkan ibu yang diberi oxytosin saja tidak ada yang mengalami masa nifas lebih dari 40 hari.

## PEMBAHASAN

*Puerperium* atau pascapersalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan selaput janin berlanjut sampai 6 minggu atau 42 hari (Fraser & Cooper, 2009). Lama masa puerperium adalah waktu yang diperlukan agar organ genitalia interna ibu kembali menjadi normal kembali secara anatomis maupun fungsional yang berlangsung sekitar 6 minggu (Manuaba, 2007). Menurut Kriebs & Gegor (2010) rahim akan kembali keukuran normal pada minggu ke 8 atau 56 hari.

Di Indonesia *puerperium* dikenal dengan sebutan masa nifas. Dalam agama Islam dinyatakan masa nifas adalah masa dimana seorang perempuan mengeluarkan darah melalui vaginanya akibat dari proses persalinan. Lama masa nifas maksimal

sekitar 60 hari dan rata-rata terjadi selama 40 hari (Al-Hafidz, 2007). Lama masa nifas yang dimaksud pada penelitian ini adalah dilihat atau dinilai dari lama berhentinya lokhea. Dari hasil penelitian ini sebagian besar (50%) ibu mengalami masa nifas selama 29-40 hari. Bahkan ibu yang mengalami masa nifas kurang dari 29 hari ada 7 ibu (35%), sehingga bila dilihat dari jumlah ibu ada selisih sekitar 15% antara ibu yang masa nifasnya antara 29-40 hari dengan ibu yang masa nifasnya kurang dari 29 hari.

Hal tersebut sangat menarik mengingat berhentinya pengeluaran lokhea ini akan berdampak pada tuntunan ajaran agama khususnya Islam. Dalam ajaran Islam berhentinya pengeluaran lokhea merupakan suatu tanda bahwa masa nifas bagi ibu bersalin sudah selesai dan ibu sudah harus menyucikan diri dengan mandi besar. Dilihat dari paritas ibu bersalin, ibu yang mengalami lama masa nifas antara 29-40 hari adalah sebagian besar yang memiliki paritas 2 dan 3. Ibu dengan jumlah paritas 1 sebanyak 4 orang. Dari jumlah tersebut yang mengalami lama masa nifas <14 hari sebanyak 2 orang dan 2 orang lagi mengalami lama masa nifas >40 hari. Hal ini cukup menarik mengingat pada primipara terdapat 2 orang ibu yang mengalami lama masa nifas mencapai >40 hari, untuk itu diperlukan kajian lebih lanjut terkait kemungkinan penyebabnya. Dilihat dari usia ibu, sebagian besar ibu berusia produktif yaitu usia 20-35 tahun. Dengan demikian ibu berada dalam masa reproduksi sehat.

Faktor yang mempengaruhi lama masa nifas adalah hormon, gizi, aktivitas dan jamu/obat. Pada penelitian ini lama masa nifas yang dilihat berdasarkan adanya pemberian injeksi uterotonika. Faktor lain yang berpengaruh juga terhadap lama masa nifas diabaikan atau tidak dikendalikan dan tidak diteliti.

Involusi uteri dipengaruhi oleh hormon oksitosin. Hormon tersebut berfungsi untuk merangsang uterus agar berkontraksi. Pada masa nifas pengeluaran hormon tersebut dapat dipengaruhi oleh isapan bayi pada puting susu ibu, reflex *let down*. Hormon oksitosin ini tergolong dalam obat uterotonika. Uterotonika yang digunakan pada ibu bersalin ada 2 jenis yaitu oksitosin dan ergometrin. Kontraksi uterus yang baik akan berdampak pada proses involusi yang cepat dan pada akhirnya pengeluaran lokhea menjadi lebih cepat berhenti.

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa ibu nifas yang saat persalinan hanya mendapatkan injeksi oksitosin serta yang mendapatkan injeksi oksitosin dan ergometrin keduanya bisa dikatakan memiliki kecendrungan lama masa nifas yang dialami (berhentinya lokhea) relatif sama. Ibu yang memberikan ASI saja selama masa nifas sebagian besar mengalami pengeluaran lokhea selama 29-40 hari. Bila dikembalikan ke teori dinyatakan bahwa menyusui akan mempercepat proses involusi yang berarti akan mempercepat penghentian darah nifas. Kecendrungan ini tidak terlihat pada ibu yang memberikan MPASI selama masa nifas.

### **KETERBATASAN PENELITIAN**

Jumlah responden yang terlalu sedikit, sehingga mungkin hasil yang didapatkan kurang optimal. Jumlah yang terlalu sedikit ini disebabkan pindahnya Puskesmas Mergangsan untuk sementara waktu dikarenakan renovasi sehingga kemungkinan banyak ibu yang akan melahirkan belum/tidak mengetahui lokasi yang baru tersebut.

Kesulitan untuk menghubungi responden dikarenakan kontak yang mereka gunakan kebanyakan bukan nomor pribadi disamping ada juga yang tidak mencantumkan nomor kontak (telpon/Hp) di rekam mediknya. Ada juga pasien yang alamat tinggal berbeda dengan alamat KTP sehingga, peneliti mengalami kesulitan untuk menghubunginya. Alamat yang tercatat di rekam medik adalah alamat yang tercantum di KTP.



## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari hasil yang didapatkan bahwa kecendrungan lama masa nifas (dalam arti berhentinya darah nifas/lokhea) yang dialami ibu bersalin, baik yang diberikan injeksi oksitosin maupun yang diberikan injeksi oksitosin dan ergometrin memiliki kecendrungan yang hampir sama. Dilihat dari karakteristik ibu sebagian besar ibu berada pada rentang usia reproduksi sehat, memiliki paritas 2-3, dan selama masa nifas ibu memberikan ASI saja. Dimungkinkan ada penelitian lain yang bisa mengambil sampel lebih representatif dan menggunakan teknik analisis data yang berbeda.

## DAFTAR RUJUKAN

- Al-Hafidz, A. W. 2007. *Fikih Kesehatan*. Amzah. Jakarta.
- Ambarwati, E. R. & Wulandari, D. 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Mitra Cendikia Press. Yogyakarta.
- Cunningham, F. G. dkk. 2006. *Obstetri Williams ed. 21*. EGC. Jakarta.
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. 2009. *Buku Ajar Bidan ed. 14*. EGC. Jakarta.
- Gondo, H. K. 2007. Penanganan Perdarahan Postpartum. *Journal of Obstetrics*.(Online) vol.2 no. 1. Januari 2011.(<http://elib.fk.uwks.ac.id>), diakses 12 Februari 2014
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta.
- Jordan, S. 2004. *Farmakologi Kebidanan*. EGC. Jakarta.
- Karkata, M. K. 2008. Perdarahan Pascapersalinan. In: Saifuddin, A. B., Rachimhadhi, T., Wiknjosastra, G. H. ed. *Ilmu Kebidanan: Jakarta: PT. BPS*, pp. 522-529.
- Kriebs, J. M. & Gegor, C. L. 2010. *Buku Saku Asuhan Kebidanan Varney ed. 2*. EGC. Jakarta.
- Manuaba, I. B. G., Manuaba, I. A. C., Manuaba, I. B. G. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. EGC. Jakarta.
- Siswosudarmo, R. & Emilia, O. 2008. *Obstetri Fisiologi*. Pustaka Cendekia Press. Yogyakarta.
- Sulaiman, M. R. 2014. *detikhealth: Angka Kematian Ibu Tinggi, BKKBN Serukan '4 Jangan dan 3 Terlambat' ?* (online) <http://health.detik.com/>, diakses 12 Februari 2014.
- Syarif, A. & Muchtar, A. 1995. Oksitoksik. In: Ganiswarna, S. G. Dkk. ed. *Farmakologi dan Terapi: Jakarta: Bagian Farmakologi FK-UI*, pp. 400-409.
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidan*. YBPSP. Jakarta.

# **PENGARUH PROGRAM OSOC(*ONE STUDENT ONE CLIENT*) TERHADAP PENGETAHUAN MAHASISWA BIDAN DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEBIDANAN**

Fela Fastabiq Sofia Haq, Ova Emilia, Mufdlilah

## **ABSTRAK**

Tenaga bidan yang bermutu, memiliki kemampuan komprehensif dan profesional hanya dapat dihasilkan melalui institusi pendidikan bidan yang berkualitas. Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan yaitu dengan menerapkan model asuhan kebidanan *Continuity Of Care* dalam pendidikan klinik. Tujuan penelitian mengetahui pengaruh Program OSOC (*One Student One Client*) terhadap pengetahuan mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Desain penelitian *quasi experiment* dengan menggunakan rancangan *Posttest Only Control Group Design*. Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa D III Kebidanan semester V pada kelompok perlakuan Akbid Pemkab Kendal (50 mahasiswa) dan kelompok kontrol Stikes Karya Husada Semarang (65 mahasiswa). Tehnik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*. Analisis data menggunakan *Uji Independent T Test*. Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh hasil ada perbedaan pengetahuan mahasiswa bidan secara signifikan p 0,000 yaitu kelompok perlakuan lebih tinggi (23,96) dibandingkan kelompok kontrol (22,97) setelah praktik klinik. Program OSOC berpengaruh terhadap pengetahuan mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kata Kunci : Program OSOC, Pengetahuan, Keterampilan, Asuhan Kebidanan

## **PENDAHULUAN**

Angka kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan ke 5 *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai adalah mengurangi sampai  $\frac{3}{4}$  resiko jumlah kematian ibu yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. (Kemenkes, 2010)

Kematian ibu sampai saat ini masih merupakan salah satu masalah prioritas bidang kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Indonesia menduduki peringkat 3 tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara untuk jumlah AKI. Berdasarkan data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI, 2012) menyebutkan bahwa AKI Indonesia meningkat sebesar 359 per 100 ribu kelahiran hidup dibandingkan dengan tahun 2007 yang hanya 228 per 100 ribu kelahiran hidup.

Tahun 2014 AKI di Jawa Tengah menduduki peringkat dua se-Indonesia secara kumulatif yaitu terdapat 711 kasus kematian ibu. Rata-rata terjadi 118 kasus per

100.000 kelahiran hidup. Sampai tanggal 25 Oktober 2015 ada 452 kasus AKI di Jawa Tengah. Penyebab tingginya AKI dari faktor medis dan non medis serta masih seputar 3 terlambat dan 4 terlalu. Aksesibilitas yang tinggi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Semarang ternyata tidak menjamin rendahnya AKI. Padahal, jumlah rumah sakit, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana di kota tersebut memadai (Dinkesprov Jateng, 2014)

Menurut *Health Professional Education Quality (HPEQ) Project* (2011) Bidan berperan sangat penting dalam menurunkan AKI dan AKB. Karena bidan sebagai ujung tombak atau tenaga kesehatan yang berada digaris terdepan dan berhubungan langsung dengan masyarakat, dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna berfokus pada aspek pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan serta melakukan deteksi dini pada kasus-kasus rujukan kebidanan.

Jumlah siswa di sejumlah akademi kebidanan mengalami peningkatan setiap tahunnya, bahkan ada juga yang sampai melebihi kuota. Diperkirakan lebih dari 29 ribu bidan baru yang diluluskan setiap tahun. Kondisi tersebut berdampak pada sulitnya penyediaan lahan praktik yang memadai untuk memfasilitasi pembelajaran klinik bagi siswa. Sementara dalam struktur kurikulum DIII Kebidanan saat ini model asuhan kebidanan yang diterapkan dalam pencapaian target kasus dilaksanakan secara terputus-putus (*fragmented care*). Padahal penerapan model pembelajaran klinik melalui asuhan kebidanan dengan target kasus tersebut saat ini banyak mengalami kendala dalam pelaksanaannya. Hal ini disebabkan antara lain oleh terbatasnya alokasi waktu praktik klinik, sedikitnya kasus saat praktik klinik, persaingan dengan praktikan dari institusi lain, dan kesempatan melakukan asuhan secara mandiri dengan pendampingan pembimbing yang terbatas.

Provinsi Jawa Tengah mencanangkan program OSOC (*One Student One Client*) yaitu metode pendampingan setiap ibu hamil oleh 1 mahasiswa bidan, perawat, dan kedokteran secara komprehensif (*Continuity of Care/ CoC model*). Mahasiswa memastikan klien mendapatkan pelayanan yang terstandar. Pelayanan yang dimaksud adalah mulai dari pelayanan promotif dan preventif secara menyeluruh (*holistic care*) dan mengkondisikan sebuah hubungan berkelanjutan (*ongoing partnership*) dengan

klien dalam membangun pemahaman, dukungan dan kepercayaan. Program ini di laksanakan di 10 Kabupaten seluruh Provinsi Jawa Tengah yang termasuk kawasan zona merah karena angka kematiannya tinggi (Dinkes Jateng, 2015)

Proses belajar mengajar model *One Student One Client* merupakan proses belajar peserta didik dalam memberikan asuhan kebidanan dengan pendekatan *continuity of care* atau asuhan secara terus menerus berkelanjutan pada ibu hamil hingga bersalin dan masa nifas. Sebelum pembelajaran dilaksanakan, peserta didik mendapatkan *overview* atau pembekalan tentang proses pembelajaran Model *One Student One Client*, model asuhan kebidanan dan bentuk laporan yang harus dilaporkan, serta model evaluasi pembelajaran yang akan dilakukan (Yanti dkk, 2015)

Proses pembelajaran ini akan dibimbing oleh pembimbing dari institusi pendidikan (dosen) dan bidan di lahan praktik yang sudah dipersiapkan sebelumnya melalui pelatihan *mentorship-preceptorship* terkait model *One Student One Client*. Selama pendampingan dari hamil, bersalin sampai dengan nifas dilaksanakan 3 (tiga) kali pertemuan oleh tiga pihak (*tri-partite meetings*) antara mahasiswa, dosen dan bidan pembimbing guna mendiskusikan perkembangan pembelajaran untuk perbaikan asuhan pada tahap selanjutnya.

Studi pendahuluan dilakukan dengan mewawancarai beberapa mahasiswa yang mengikuti uji coba program OSOC (*One Student One Client*) di Kabupaten yang dilaksanakan tanggal 23 November sampai dengan 19 Desember 2015, dengan melibatkan 4 institusi Kesehatan di Kabupaten Kendal yaitu Akademi Kebidanan Pemerintah Kabupaten Kendal, Akademi Kebidanan Uniska Kendal, Akademi Keperawatan Muhammadiyah Kendal, dan Sekolah Tinggi Kesehatan Kendal. Hasil wawancara dari 15 mahasiswa didapatkan 9 mahasiswa (53%) berpendapat bahwa pembekalan dan sosialisasi uji coba program OSOC (*One Student One Client*) menambah pengetahuan mahasiswa tentang asuhan kebidanan secara komprehensif dan 7 mahasiswa (46%) mengatakan bahwa walaupun waktu pelaksanaan uji coba OSOC dirasa kurang karena hanya 1 bulan, namun mahasiswa merasakan adanya manfaat diantaranya timbul rasa saling percaya antara mahasiswa dengan klien, timbul rasa percaya diri dalam melakukan asuhan karena mahasiswa merasa pembelajaran dalam sebuah hubungan yang intensif dengan mengikuti ibu hamil TM III, bersalin sampai dengan nifas dapat meningkatkan keterampilan kliniknya. Guna mengetahui apakah

program OSOC “*One Student One Client*” berpengaruh pada pengetahuan mahasiswa bidan dalam melakukan asuhan kebidanan, maka fenomena tersebut penting untuk diteliti. Berdasarkan data diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian apakah program OSOC berpengaruh terhadap pengetahuan mahasiswa bidan dalam melakukan asuhan kebidanan?

Tujuan penelitian mengetahui pengaruh program OSOC (*One Student One Client*) terhadap pengetahuan mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Manfaat penelitian diharapkan metode pembelajaran OSOC (*One Student One Client*) dapat menjadi acuan bagi institusi pendidikan kebidanan dalam upaya peningkatan pengetahuan mahasiswa bidan dalam melakukan asuhan kebidanan.

## **METODE**

Penelitian yang digunakan termasuk kedalam penelitian eksperimen-kuasi (*quasi experiment*) dengan menggunakan rancangan *Posttest Only Control Group Design*. Variabel penelitian ini terdiri dari variabel bebas yaitu Program OSOC, variabel terikat yaitu pengetahuan mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan dan variabel luar yaitu metode bimbingan klinik dan jumlah kasus. Populasi dalam penelitian ini terdiri dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi adalah mahasiswa DIII Kebidanan semester V (lima) yang mengikuti program OSOC yaitu mahasiswa Akademi Kebidanan Pemkab Kendal sebanyak 50 mahasiswa dan kelompok kontrolnya adalah mahasiswa DIII Kebidanan semester V (lima) yang tidak mengikuti program OSOC (*One Student One Client*) yaitu mahasiswa Stikes Karya Husada Semarang sebanyak 65 mahasiswa. Alasan pemilihan sampel bahwa kedua Institusi Pendidikan memiliki karakteristik yang hampir sama yaitu sama-sama terakreditasi B dari BAN-PT, sama-sama menggunakan kurikulum KBK dan letaknya yang berdekatan.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *total sampling*. Sampel penelitian adalah mahasiswa program studi D III kebidanan semester V (lima) baik yang mengikuti program OSOC maupun yang tidak mengikuti program OSOC yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria Inklusi : mahasiswa program studi D III Kebidanan semester V (lima), mahasiswa yang telah menyelesaikan seluruh mata kuliah asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB, mahasiswa yang telah menyelesaikan praktik KDK (Keterampilan Dasar Klinik)

dan PK I (Praktik Kebidanan I), mahasiswa yang bersedia ikut dalam penelitian. Adapun kriteria eksklusi: mahasiswa yang sedang terkena sanksi akademik (cuti, administrasi) pada saat penelitian dilakukan, mahasiswa yang tidak mengikuti proses penelitian sampai akhir. Penilaian pengetahuan mahasiswa bidan tentang asuhan kebidanan yang terdiri dari aspek asuhan kehamilan, persalinan dan nifas menggunakan kuesioner yang sudah didesain sendiri oleh peneliti bersifat dikotomi terdapat pilihan jawaban benar (B) atau salah (S) dan sudah melalui tahap uji validitas dan reliabilitas. Kuesioner ini dibagikan kepada responden pada akhir periode praktik. Analisis data bivariat menggunakan *uji independent t test*. Penelitian dilakukan setelah mendapat surat *etichal clearen* dari komisi etik Universitas Aisyiyah Yogyakarta.

## **HASIL**

Kegiatan penelitian meliputi analisis kuantitatif (hasil survey *posttest*) pengetahuan mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Analisis kuantitatif berdasarkan hasil *posttest* dari kedua kelompok perlakuan (program OSOC) dan kontrol (tidak program OSOC).

Posttest dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui perbedaan nilai rata-rata pengetahuan antara kelompok yang menerapkan model pembelajaran klinik kebidanan menggunakan program OSOC dengan kelompok yang model pembelajaran klinik kebidanan tidak menggunakan program OSOC setelah pelaksanaan praktik klinik. Pengisian kuesioner dilaksanakan 1 minggu setelah periode praktik klinik kebidanan selesai dilaksanakan yaitu pada tanggal 17 November 2016 pada kelompok kontrol dan 22 November 2016 pada kelompok intervensi. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner untuk mengukur pengetahuan mahasiswa bidan. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur pengetahuan mahasiswa bidan berupa tes bentuk pernyataan dengan jawaban benar (B) atau salah (S) sebagai ilustrasi aspek-aspek pengetahuan yang harus diketahui dalam memberikan asuhan kebidanan. Berdasarkan uji validitas, dari 30 butir pernyataan terdapat 2 butir pernyataan yang dinyatakan tidak valid ( $r \text{ tabel} < 0,349$ ) yaitu butir 17 dan 29 dan 2 butir pernyataan yang tidak valid tersebut langsung peneliti hilangkan karena ke 28 pernyataan sudah dirasa cukup mewakili dan memenuhi jumlah minimal pembuatan kuesioner. Sedangkan hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai

*Cronbach's Alpha* sebesar 0,897 (melebihi 0,6 atau mendekati 1), sehingga seluruh butir pernyataan dinyatakan reliabel.

Berikut disajikan tabel *karakteristik responden* dari kelompok perlakuan dan kontrol

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Usia (th)	Program OSOC	Tidak Program OSOC
19	4 (8%)	4 (6,2%)
20	16 (32%)	20 (30,8%)
21	9 (18%)	12 (18,5%)
22	12 (24%)	17 (26,2%)
23	8 (16%)	9 (13,8%)
26	1 (2%)	1 (1,5%)
27	0	2 (3%)
Total	50 (100%)	65 (100%)

Berdasarkan tabel 1 diperoleh hasil bahwa rata-rata responden yang mengikuti penelitian baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol mempunyai usia 20 tahun yaitu sebanyak 32% dan pada kelompok kontrol sebanyak 30,8%.

Berikut disajikan tabel hasil analisis kuantitatif *posttest* dari kedua kelompok perlakuan dan kontrol berdasarkan uji independent t test.

Tabel 2 Perbedaan nilai rata-rata Pengetahuan Mahasiswa Bidan Tentang Asuhan Kebidanan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Praktik Klinik

Aspek	Mean Intervensi (SD)	Mean Kontrol (SD)	MD	T	Sig. (2-tailed)
Asuhan Kehamilan	8,50 (0,735)	7,66 (0,713)	0,838	6,166	0,000
Asuhan Persalinan	8,86 (1,069)	8,83 (0,802)	0,029	0,168	
Asuhan Nifas	6,60 (0,808)	6,48 (0,709)	0,123	0,868	
Total	23,96 (1,484)	22,97 (1,346)	0,991	3,742	

Independent Sample Test df= 113 , CI=95%

Dari Tabel 2 dapat dilihat bahwa nilai rata-rata pengetahuan mahasiswa bidan kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Dapat juga diartikan bahwa mahasiswa bidan yang mengikuti program OSOC (pembelajaran klinik CoC) mempunyai pengetahuan dalam melakukan asuhan kebidanan yang lebih baik dibandingkan dengan mahasiswa bidan yang tidak mengikuti program OSOC.



## PEMBAHASAN

Model pembelajaran klinik sangat berperan terhadap pengalaman mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan selama mereka menjalankan praktik klinik kebidanan. Berdasarkan dari hasil penelitian dapat dilihat nilai rata-rata pengetahuan mahasiswa bidan tentang asuhan kehamilan kelompok intervensi lebih tinggi (8,50) dibandingkan kelompok kontrol (7,66). Hal ini dikarenakan karena institusi yang mengikuti program OSOC sudah memiliki persiapan pra klinik sebelum mahasiswa melaksanakan praktik klinik yaitu bekerjasama dengan pengelola lahan praktik untuk sosialisasi modul dan pelatihan preceptorship-mentorship terkait model OSOC sekaligus mahasiswa juga mendapat pembekalan materi asuhan kebidanan fisiologis.

Program OSOC (*One student One Client*) merupakan pengembangan model pembelajaran klinik kebidanan dengan CoC (*Continuity of Carer*) pada Program Pendidikan D III Kebidanan. Pengembangan model pembelajaran klinik kebidanan ini diilhami oleh filosofi asuhan kebidanan pada Program Pendidikan D III Kebidanan (Yanti, 2015). Dengan melaksanakan Program OSOC mahasiswa dituntut untuk memberikan asuhan kebidanan dengan mengacu pada *women centre care* kepada ibu hamil secara *Continuity Of Care* dan *holistic care*. Pemberian asuhan yang berpusat pada perempuan yang dilakukan secara berkelanjutan dan menyeluruh tersebut menjadikan mahasiswa dapat belajar dari pasien mereka secara intensif karena kebutuhan dari masing-masing pasien berbeda dan selanjutnya tentu akan mempunyai perencanaan asuhan yang berbeda pula.

Sebuah penelitian yang dilakukan di Norwegia oleh Aune., *et al*,(2011) mengungkapkan bagaimana *Continuity Of Care* dapat meningkatkan pengetahuan dari seorang mahasiswa bidan mengenai kebidanan, melalui hubungan yang terjalin secara berkelanjutan, mahasiswa bidan mengalami hubungan kemitraan dan tumbuh rasa saling percaya dengan perempuan kemudian terjadi pengembangan diri, mahasiswa mengerti akan pentingnya asuhan individual, menyeluruh dan memahami tugas-tugas seorang bidan.

Didalam pengalaman *Continuity Of Care*, mahasiswa menjalin hubungan yang erat dengan kliennya, sehingga harapannya klien lebih dapat terbuka untuk mengungkapkan apa yang menjadi kebutuhan selama kehamilan, persalinan maupun nifas. Hal ini sesuai dengan pendapat Aune., *et al*,(2011), melalui pengalaman

*Continuity Of Care* mahasiswa lebih mampu mengenali kebutuhan secara perorangan bagi masing-masing kliennya. Keadaan ini terjadi karena mahasiswa menjalin hubungan yang begitu dekat dengan kliennya sejak kehamilan, persalinan hingga nifas dalam rentang waktu yang cukup lama. Dengan demikian asuhan kebidanan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan setiap klien.

Dilihat dari Tabel 2 distribusi frekuensi perbedaan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol berdasarkan pengetahuan asuhan persalinan diperoleh hasil nilai rata-rata pengetahuan mahasiswa bidan tentang asuhan persalinan kelompok intervensi lebih tinggi (8,86) dibandingkan kelompok kontrol (8,83). Hasil ini diperoleh karena mahasiswa bidan pada kelompok intervensi mendapatkan ceklist pendampingan ibu bersalin oleh mahasiswa dalam program *one student one client* (osoc) di dalam ceklist tersebut lengkap tertulis aspek-aspek apa saja yang dibutuhkan mahasiswa selama mendampingi ibu bersalin dan memberikan asuhan persalinan.

Pakar pendidikan bidan di Australia dan UK (Gray, 2010; Rawnsion, 2011; dan Aune, 2011) mengungkapkan hal yang sama dalam penelitiannya yang berusaha menggali pengalaman mahasiswa selama melaksanakan pembelajaran klinik dengan mengikuti perempuan sejak kehamilan, persalinan hingga masa nifas. Pengalaman tersebut terbukti sangat membantu mahasiswa dalam mengenal tugas-tugas bidan dalam memberi asuhan kebidanan kepada ibu hamil, bersalin dan nifas.

Pada tabel 2 tentang distribusi frekuensi perbedaan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol berdasarkan pengetahuan diperoleh hasil nilai rata-rata pengetahuan mahasiswa bidan tentang asuhan nifas kelompok intervensi lebih tinggi (6,60) dibandingkan kelompok kontrol (6,48). Pengalaman ini diperoleh mahasiswa yang mengikuti program OSOC karena mereka mengikuti klien dari mulai hamil minimal 4x kontak, persalinan dan nifas sampai 3x kontak.

Mengacu juga pada penelitian-penelitian sebelumnya (Leap, 2005; Gray 2010; Aune, 2011; Rawnsion 2011) yang melaporkan bahwa pengetahuan tentang asuhan kebidanan dapat ditingkatkan melalui model pembelajaran klinik CoC. Melalui target kasus saja tanpa pengalaman memberikan asuhan kebidanan yang berkelanjutan, mahasiswa akan kehilangan kesempatan memperoleh pengalaman memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh.

Thorstensson et al, (2007) juga mengemukakan bahwa ketika upaya dalam membangun sebuah hubungan tidak terjadi, maka mahasiswa tidak mempunyai kesempatan untuk mengalami pembelajaran secara mendalam yang dibutuhkan dalam memahami aspek-aspek asuhan kebidanan.

## **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan ada perbedaan pengetahuan mahasiswa bidan dalam memberikan asuhan kebidanan secara signifikan  $p < 0,000$  yaitu kelompok perlakuan lebih tinggi (23,96) dibandingkan kelompok kontrol (22,97) setelah periode praktik klinik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aune I., et al, 2011. Relational continuity as a model of care in practical midwifery studies. *Br. J. Midwifery*, No. 8 Vol. 19.
- Dinkes Jateng, 2012. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Dinas Kesehatan Jawa Tengah, Semarang.
- Dinkesprov Jateng, 2014. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Gray, et. al, 2010. Placements with women, not institutions’: Learning and the followthrough experience in three year Bachelor of Midwifery programs in Australia [WWW Document]. URL <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/20349/2/02Whole.pdf> (accessed 7.21.16).
- Homer, C., Brodie, P., Leap, N., 2008. *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. Elsevier Health Sciences.
- Kemenkes, 2010. Target MDG’s 2015. Kemenkes RI, Jakarta.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U., 2010. Journey to confidence: women’s experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J. Midwifery Womens Health* 55, 234–242. doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.001
- Rawnsion, S. 2011. A qualitative study exploring student midwives' experiences of cerrying a caseload as part of their midwifery education in England. *Midwifery* 27, 786-792
- Yanti, 2015. Pengembangan Model Pembelajaran Klinik : Continuity Of Care Pada Program Pendidikan D III Kebidanan. Disertasi. Univ. Gadjah Mada.
- \_\_\_\_\_,2015. Buku Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Ibu Hamil Bagi Mahasiswa One Student One Client (OSOC). Dinas Kesehatan Jawa Tengah, Semarang.
- \_\_\_\_\_,2015. Students’ understanding of “Women-Centred Care Philosophy” in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. *BMC Nurs.* 14, 22. doi:10.1186/s12912-015-0072-z