

ISBN: 978-602-50798-0-1

PROSIDING

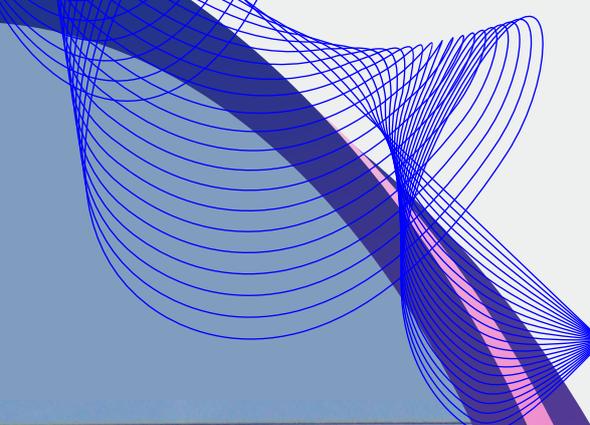
SEMINAR NASIONAL DAN PRESENTASI HASIL-HASIL PENELITIAN SERTA PENGABDIAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN

Tema:
**“Optimalisasi Deteksi Dini
Kanker Leher Rahim serta
Kesehatan Kulit pada Masa
Kehamilan dan Menyusui”**



23 September 2017

Penerbit:
**AKADEMI KEBIDANAN YAYASAN LEMBAGA
PENDIDIKAN PRADA PURWOKERTO**
Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 274 A Purwokerto
Telp./Fax. (0281) 641655 / 633273
Email: akbid.ylpp@gmail.com
Website: www.akbidylpp.ac.id



PROSIDING

SEMINAR NASIONAL DAN PRESENTASI HASIL-HASIL PENELITIAN SERTA PENGABDIAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN

Tema:

**“Optimalisasi Deteksi Dini Kanker Leher Rahim
serta Kesehatan Kulit pada Masa Kehamilan
dan Menyusui”**

**23 September 2017
di Akbid YLPP Purwokerto**



Penerbit:

**AKADEMI KEBIDANAN YAYASAN LEMBAGA
PENDIDIKAN PRADA PURWOKERTO**

Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 274 A Purwokerto

Telp./Fax. (0281) 641655 / 633273

Email: akbid.ylpp@gmail.com

Website: www.akbidylpp.ac.id

PROSIDING
SEMINAR NASIONAL DAN PRESENTASI HASIL-HASIL PENELITIAN
SERTA PENGABDIAN MASYARAKAT BIDANG KESEHATAN

Pelindung/Advisor

Artathi Eka Suryandari, S.Si.T, M.Keb

Pemimpin Umum/ Director

Tri Anasari, S.Si.T, M.Kes

Pemimpin Redaksi/Chief Editor

Ika Pantiawati, S.Si.T, M.Kes

Penelaah/Reviewer

Artathi Eka Suryandari, S.Si.T, M.Keb

Tri Anasari, S.Si.T, M.Kes

Yuli Trisnawati, S.Si.T, M.Kes

Sugi Purwanti, S.Si.T, M.Kes.

Penyunting/Editor

Sumarni, S.Si.T, M.Keb

Amik Khosidah, S.Kep.Ns., M.Kes

Ika Pantiawati, S.Si.T, M.Kes

Sekretaris/Secretaries

Mirma Dwi Budianti, S.Si

Penerbit/Publisher

AKADEMI KEBIDANAN YAYASAN LEMBAGA PENDIDIKAN PRADA
PURWOKERTO

Alamat Redaksi/Address

Pusat Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat (P3M)

Akbid YLPP Purwokerto,

Jl. KH Wahid Hasyim 274A Purwokerto

Telp.0281 -641655 Fax 0281-633273

E-mail : p3m.akbidylpp@gmail.com

Website : www.akbidylpp.ac.id

Address: Institute for Research and Community Services

Akbid YLPP of Purwokerto

Jl. KH Wahid Hasyim 274A Purwokerto

Telp.0281 -641655 Fax 0281-633273

E-mail: p3m.akbidylpp@gmail.com

Website : www.akbidylpp.ac.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke Hadirat Allah Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga buku Prosiding Seminar Nasional dan Presentasi Hasil-Hasil Penelitian serta Pengabdian Masyarakat dengan tema “Optimalisasi Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Serta Kesehatan Kulit Pada Masa Kehamilan dan Menyusui” dapat terwujud.

Buku prosiding tersebut memuat sejumlah artikel penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah dilakukan oleh dosen-dosen dari institusi pendidikan tenaga kesehatan Jawa Tengah dan Jawa Timur. Keseluruhan artikel dikumpulkan, di review oleh reviewer serta ditata oleh tim dalam kepanitian seminar nasional yang diselenggarakan oleh Akbid YLPP Purwokerto.

Oleh karena itu, dalam kesempatan ini perkenankan kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ratifah SST, M.Kes selaku Ketua Yayasan Lembaga Pendidikan Prada Purwokerto
2. Ibu Artathi Eka Suryandari, S.Si.T, M.Keb selaku Direktur Akbid YLPP Purwokerto
3. Bapak/Ibu segenap panitia seminar nasional dan presentasi hasil-hasil penelitian, yang telah mengeluarkan waktu, tenaga dan pemikirannya demi suksesnya kegiatan ini.
4. Bapak/ibu dosen penyumbang artikel hasil penelitian dan pengabdian masyarakat dalam kegiatan ini.

Semoga buku Prosiding ini dapat memberi kemanfaatan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak. Di samping itu, diharapkan juga dapat menjadi referensi bagi upaya pembangunan bangsa dan negara. Mohon maaf jika ada hal-hal yang kurang berkenan. Saran dan kritik yang membangun tetap kami tunggu demi kesempurnaan buku prosiding ini.

Purwokerto, 25 September 2017

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Evaluasi Penggunaan Oksigen Sebagai Penghasil Uap Terapi Nebulizer pada Pasien Asma	1
Analisis Faktor yang Mempengaruhi Hirschsprung di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto	8
Perilaku Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Pada Masyarakat Desa Kendaga	19
Indikator Output Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016	28
Karakteristik Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Puskesmas Cilacap Tengah 1 dan 2	42
Drop Out Pengobatan HIV Pada Ibu Berdasarkan Faktor Predisposisi di Kabupaten Banyumas Tahun 2016	50
Hubungan Antara Asupan Zat Gizi Energi, Protein, Zat Besi dan Pola Menstruasi Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri Berdasarkan Jenjang Pendidikan di Kabupaten Kebumen	60
Hubungan Antara Status Gizi Stunting dan Perkembangan Balita Usia 12-59 Bulan	70
Pengaruh Kompres Bawang Merah Terhadap Suhu Tubuh Anak Demam	80
Analisis Aspek Struktur Birokrasi Yang Berlangsung Pada Program Kelas Ibu Balita di Wilayah Kabupaten Banyumas	90
Pengaruh Pelatihan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak	101
Analisis Hubungan <i>Work Interference With Family</i> Terhadap <i>Burnout</i> Perawat Wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga	107
Hubungan Antara Pengetahuan dan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) Dalam Pelaksanaan Standar Asuhan Persalinan Normal (APN)	119
Hubungan Antara Persepsi Atas Mutu Layanan Dengan Keikutsertaan BPJS "Mandiri" Pada Pasien Obstetri di RSUD Cilacap Tahun 2016	129
Pengaruh Faktor Lingkungan Sosial Terhadap Perilaku Seksual Beresiko Pada Anak Jalanan di Kabupaten Banyumas Tahun 2016	137
Tanda Gejala Fisik dan Psikologis Serta Presepsi Ibu Dengan Kehamilan Palsu (<i>Pseudocyesis</i>)	150
Pengaruh Tingkat Penghasilan Keluarga Terhadap Keterlambatan Pencarian Pengobatan Pasien Tuberkulosis Paru Di Kabupaten Banyumas	157
Keluaran Maternal dan Neonatal Pada Ibu Hamil Dengan Sindrom Hellp di RS Margono Soekardjo Purwokerto	165

Hubungan Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Dengan Status Gizi Anak 1-4 Tahun	178
Hubungan Konsep Diri dan Metakognitif Dengan Prestasi Belajar di Akbid Ummi Khasanah	189
Hubungan Pemberian KIE Dengan Pengetahuan Nutrisi Masa Nifas di Puskesmas Kedungdung Sampang	199
Efektifitas Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Wanita Terhadap IVA Test di Wilayah Puskesmas Sukoharjo 1 Tahun 2016	207
Hubungan Motivasi Terhadap Kinerja Bidan Desa Dalam Pelaksanaan Program Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Kabupaten Purbalingga	215
Pengaruh Paritas dan Riwayat Penggunaan KB Hormonal Terhadap Kejadian Kanker Payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto	222
Pengaruh Paritas dan Riwayat Penggunaan KB Hormonal Terhadap Kejadian Kanker Payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto	232
IbM di Posyandu RW 4 dan RW 5 Desa Tambaksari	241
Pengaruh Minuman Rempah Jahe Asam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Haid Primer Pada Remaja	252
Hubungan Dukungan Suami Dengan Ketepatan Antenatal Care di Desa Bagi Kabupaten Madiun	263
Hubungan Pendidikan dan Pekerjaan Dengan Kepatuhan Ibu Hamil Dengan HIV Dalam Mengonsumsi ARV di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto	272
Pengaruh Dukungan Keluarga dan Dukungan Tenaga Kesehatan Terhadap Pemberian ASI Eksklusif	284
Pengaruh Kadar Hb Dengan Lama Pengeluaran Plasenta Pada Kala III Persalinan	292
Analisis Faktor Ibu Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017	300
Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Lama Pengeluaran Kolostrum Pada Ibu Post Sectio Caesaria di RSUD Kota Madiun	313
Hipnolaktasi Meningkatkan Komitmen Ibu Dalam Pemberian ASI Eksklusif di Surabaya	320
Studi Korelasi Umur Kehamilan Dengan Kejadian Nyeri Punggung Ibu Hamil	328
<i>Coaching</i> Dengan Pendekatan <i>Peer Education</i> Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Upaya Pencegahan HIV/AIDS	334

Perbedaan Berat Badan Lahir dan Nilai APGAR Bayi Pada Ibu Paritas Tinggi dan Paritas Rendah di RSUD Cilacap Tahun 2016	343
Studi Deskripsi Pengetahuan Ibu Tentang Infeksi Cacing Pada Balita di Desa Karangendep Patikraja Banyumas	354
Prediktor Perilaku Seks Bebas Remaja SMA	364

EVALUASI PENGGUNAAN OKSIGEN SEBAGAI PENGHASIL UAP TERAPI NEBULIZER PADA PASIEN ASMA

Agus Santosa ¹⁾, Endiyono ²⁾
Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Purwokerto
Email: agussantosa@ump.ac.id

ABSTRACT

In regional hospitals are still found nebulizer therapy using oxygen as a as a driving gas, but there is already a tool Jet nebulizer is intended specifically for producing steam therapy for asthma patients. This study aims to evaluate the effectiveness of oxygen as a driving gas for nebulisers steam therapy in asthmatic patients. This study is an observational analytic study. Popolation in this study was asthma patients who received nebulizer therapy by using oxygen as a driving gas, the number of samples in this study amounted to 30 respondents. The measured variables were Breath Pattern, Respiration Rate (RR), Breath Sound, Oxygen Saturation (SpO2). The results showed that, the nebulizer using oxygen as a driving gas is still effective against changes in breath patterns from fast and shallow (Tachypne) to become normal (Eupnea). Nebulizer using oxygen as a driving gas is still effective for lowering RR of asthma patients. Nebulizer using oxygen as a driving gas is still effective against changes in breath sound from rhonchi / wheezing to vesicular. Nebulizer using oxygen as a driving gas is still effective against the increase in blood spO2 in asthmatic patients. The conclusions of this study are nebulizer therapy by using oxygen as a driving gas, still effective a changes in breath sound from tachypne to eupnea , can increase SpO2 in blood and decrease RR, and change breath pattern from rhonchi / wheezing to vesicular.

Keywords: Nebulizer, Asthma

PENDAHULUAN

Penyakit asma merupakan salah satu masalah kesehatan seluruh dunia, yang mempengaruhi kurang lebih 300 juta jiwa. Angka kematian di dunia akibat asma sekarang diperkirakan 250.000 orang per tahun (Ikawati, 2017). Kasus di dunia cukup besar, berdasarkan data World Health Organization (WHO) memperkirakan 100-150 juta penduduk di dunia menderita asma (WHO, 2011).

Asma merupakan angka sepuluh penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia, penelitian menemukan prevalensi asma pada tahun 2001 sebesar 11,5% dan tahun 2008 sebesar 12,2% (Fitriani, 2011). Penyakit asma menjadi salah satu penyakit utama yang menyebabkan pasien memerlukan perawatan, baik di Rumah

Sakit (RS) maupun dirumah. Intervensi pada pasien asma bertujuan untuk perbaikan gejala dengan mengurangi obstruksi jalan napas, salah satunya adalah dengan melakukan nebulizer.

Saat ini, sudah ditemukan alat khusus untuk untuk merubah obat cair menjadi uap untuk terapi pasien asma yang disebut jet nebulizer. Namun pada kenyataan di RS, terutama RS Daerah masih menggunakan oksigen untuk nebulizer sebagai pengganti alat jet nebu. Berdasarkan survey di 4 (empat) RS di karesidenan Banyumas, yaitu RSUD Banyumas, RSUD Goetheng Taroenadibrata Purbalingga, RSUD Ajibarang dan RS Margono Soekarjo, dalam pemberian terapi nebulizer masih banyak menggunakan oksigen sebagai penghasil uap dengan tekanan oksigen sebesar 8-10 liter/menit.

Secara prinsip baik nebulizer menggunakan jet nebu maupun nebulizer menggunakan oksigen adalah sama. Obat asma seperti ventolin dan flexotid sebagai bronkodilator akan diubah menjadi uap dan dihirup oleh pasien asma dengan tujuan untuk mengurangi sesak napas dengan mekanisme vasodilatasi bronkus. Namun penggunaan oksigen sebagai penghasil uap untuk terapi nebulizer pasien asma perlu di evaluasi keefektifannya, agar tetap bisa dapat digunakan atau harus ditinggalkan sebagai terapi pasien asma. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan penggunaan oksigen sebagai penghasil uap untuk terapi nebulizer pada pasien asma terhadap Pola Napas, Respirasi Rate (RR), Suara Napas, Saturasi Oksigen (SpO₂).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional (Sugiyono. 2013). Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien asma yang mendapatkan terapi nebulizer dengan menggunakan oksigen sebagai penghasil uap, jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 responden, sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik simple random sampling (Dahlan, 2010). Variable yang diukur adalah Pola Napas, Respirasi Rate (RR), Suara Napas, Saturasi Oksigen (SpO₂). Data dalam penelitian ini merupakan data primer yang diambil langsung dari responden. Teknik pengambilan data dengan mengobservasi secara langsung pola napas, menghitung

respirasi rate, mendengarkan suara napas dan mengukur SpO₂ dengan oksimetri, sebelum dan setelah terapi nebulizer. Data dianalisis dengan menggunakan pair t-test untuk data interval/rasio dan mc nemar untuk data dengan skala nominal (Dahlan, 2011).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada variabel pola napas, hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi nebulizer, seluruh responden memiliki pola napas cepat dan dangkal (*Tachypne*), namun setelah dilakukan terapi nebulizer dengan bantuan oksigen sbagai penghasil uap, pola napas responden seluruhnya menjadi normal (*Eupnea*). Hasil analisis menunjukkan nebulizer menggunakan oksigen sebagai penghasil uap masih efektif terhadap perubahan pola napas dari *tachypne* menjadi menjadi *eupnea*, hasil analisis terlihat pada Tabel 1.

Pada variabel RR, hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi nebulizer, RR pasien rata-rata sebesar $30 \pm 5,4$ x/mnt namun setelah dilakukan nebulizer menggunakan oksigen sebagai penghasil uap, RR pasien asma menurun menjadi $23 \pm 1,2$ x/mnt. Hasil analisis menunjukkan nebulizer menggunakan oksigen sebagai penghasil uap masih efektif untuk menurunkan RR pasien asma $p < 0,05$), hasil analisis terlihat pada Tabel 2.

Pada variabel pola napas, hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi nebulizer seluruh responden memiliki suara napas rhonchi/wheezing. Setelah dilakukan nebulizer menggunakan oksigen sebagai penghasil uap, masih terdapat 10 responden yang suara napasnya *rhonchi/wheezing*. Namun hasil analisis menunjukkan nebulizer menggunakan oksigen sebagai penghasil uap masih efektif terhadap perubahan suara napas dari *rhonchi/wheezing* menjadi *vesikuler*. hasil analisis terlihat pada Tabel 3.

Pada variabel SpO₂, hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi nebulizer, SpO₂ pasien rata-rata sebesar $93,8 \pm 4,1$ % namun setelah dilakukan nebulizer menggunakan oksigen sebagai penghasil uap, SpO₂ pasien asma menurun menjadi $97,8 \pm 1,5$ %. Hasil analisis menunjukkan nebulizer menggunakan oksigen

sebagai penghasil uap masih efektif terhadap peningkatan SpO₂ dalam darah pada pasien asma ($p < 0,05$), hasil analisis terlihat pada Tabel 4.

Tabel 1. Perbedaan Perubahan Pola Napas

Variabel/observasi	Pola napas		Jumlah	p-value
	Cepat (<i>tachypne</i>)	Normal (<i>eupnea</i>)		
Pre	30	0	30	1*
Post	0	30	30	

Keterangan: konstant (mc Nemar)

Tabel 2. Perbedaan Penurunan Respirasi Rate

Variabel/observasi	Respirasi Rate		T	p-value
	Mean±sd	Mean dif		
Pre	30±5,4 x/mnt	7 x/mnt	8.284	0,000
Post	23±1,2 x/mnt			

Keterangan: signifikan (pair t-test)

Tabel 3. Perbedaan Perubahan Suara Napas

Variabel/observasi	Suara Napas		Jumlah	p-value
	<i>Rhonchi/wheezing</i>	<i>Vesikuler</i>		
Pre	30	0	30	1*
Post	10	20	30	

Keterangan: konstant (mc Nemar)

Tabel 2. Perbedaan Peningkatan SpO₂

Variabel/observasi	SpO ₂		T	p-value
	Mean±sd	Mean dif		
Pre	93,8±4,1 %	4 %	-8.284	0,000
Post	97,8±1,5 %			

Keterangan: signifikan (pair t-test)

Pada pasien asma terjadi proses hipersensitivitas yang distimulasi oleh agen fisik seperti suhu dingin, debu, serbuk tanaman dan lainnya sehingga menyebabkan sel mast di sepanjang bronkhi melepaskan bahan seperti histamin dan leukotrien yang menyebabkan terjadinya bronkokonstriksi. Otot-otot polos bronkus mengalami kejang, jaringan yang melapisi saluran napas mengalami pembengkakan karena adanya peradangan dan terjadi pelepasan lendir ke dalam saluran napas sehingga

memperkecil diameter saluran napas yang berakibat penderita harus sekuat tenaga supaya dapat bernapas (Chang E, et al, 2012).

Secara teoritis bila nebulizer menggunakan alat khusus yang disebut jet nebulizer, mekanisme kerjanya adalah dengan mengubah obat cair menjadi aerosol, partikel aerosol yang dihasilkan jet nebu berukuran antara 2-5 mikron (μ), sehingga dapat langsung dihirup penderita dan menempel pada trakeobronkial. Ukuran partikel yang dihasilkan jet nebu pun sangat tepat menuju organ target yaitu bronkus, karena bila partikel yang dihasilkan $> 5 \mu$ maka partikel akan menempel pada orofaring, dan bila partikel $< 1 \mu$ maka akan keluar saluran napas bersama dengan proses ekspirasi sehingga efek terapeutik obat tidak maksimal (Pradjanparamita, 2008; Roche et al, 2013).

Teori yang menjelaskan bahwa oksigen digunakan sebagai alat nebulizer tidak ditemukan dalam referensi, sehingga tidak bisa menjelaskan berapa mikron partikel penguapan obat yang dihasilkan dari bantuan oksigen. Besar kemungkinan partikel penguapan obat yang dihasilkan dari tekanan oksigen ukurannya lebih dari 5μ sehingga obat hanya menempel pada trakea atau oral sehingga efek terapeutik obat tidak maksimal.

Aliran udara yang kuat dari tekanan oksigen akan membuat banyak partikel obat keluar lewat lubang sungkup sehingga hanya sedikit obat yang masuk ke dalam saluran napas yang juga menyebabkan efek terapeutik obat tidak maksimal. Aliran udara yang kuat juga akan menyebabkan tabrakan antara O_2 dan CO_2 di paru-paru, sehingga menyebabkan banyak CO_2 yang masih terperangkap di dalam rongga paru.

Penelitian menemukan pemakaian oksigen 100% atau oksigen aliran tinggi dapat menyebabkan hiperkapnia dan asidosis respiratori, sehingga meningkatkan terjadinya kematian pada pasien asma yang dilakukan nebulizer pre hospital (Austin et al, 2010). Penelitian terdahulu tentang aman tidaknya oksigen yang digunakan sebagai penghasil uap pada nebulizer menyimpulkan bahwa nebulizer dengan oksigen sebagai penghasil uap akan meningkatkan PCO_2 dan RR pada pasien asma walaupun tidak signifikan serta menurunkan APE pasien asma, sedangkan pada pasien asma dengan retensi CO_2 akan menyebabkan narcosis CO_2 (Gunawardena et al, 1984).

Terdapat 10 orang responden yang setelah dilakukan nebulizer menggunakan oksigen masih terdengar suara napas *rhonchi/wheezing*. Suara napas *rhonchi* menandakan masih adanya lendir di dalam saluran napas, sedangkan bunyi *wheezing* menandakan bronkus belum berdilatasi secara maksimal. Masih adanya lendir disaluran pernapasan kemungkinan diakibatkan karena efek obat yang tidak maksimal dalam mengencerkan lendir sehingga tidak bisa dikeluarkan oleh pasien, sedangkan bunyi *wheezing* dikarenakan obat yang tidak tepat sasaran yaitu hanya menempel pada trakea atau oral.

Secara keseluruhan parameter yang diteliti dalam penelitian ini, nebulizer dengan menggunakan oksigen sebagai penghasil gas masih efektif digunakan untuk terapi pada pasien asma, namun dari referensi yang ada lebih baik mengganti oksigen sebagai penghasil gas untuk nebulizer dengan menggunakan jet nebulizer yang memang diperuntukkan khusus untuk terapi pasien asma. Penelitian ini perlu dikembangkan lebih lanjut dengan cara membandingkan nebulizer dengan menggunakan jet nebu dan nebulizer dengan menggunakan oksigen sebagai penghasil gas terhadap status respirasi pasien asma.

SIMPULAN

Terapi nebulizer dengan menggunakan oksigen sebagai penghasil uap, masih efektif terhadap perubahan suara napas dari tachypne menjadi eupnea, dapat meningkatkan SpO₂ dalam darah dan penurunan RR, dan perubahan pola napas dari *rhonchi/wheezing* menjadi vesikuler, namun perlu ditinjau ulang dalam penggunaannya, mengingat akan adanya resiko komplikasi yang disebabkan penggunaan yang tidak tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Austin A, Michael. (2010). *Effect of High Flow Oxygen on Mortality in Chronic obstructive Pulmonary Disease Patients in Prehospital Setting: Randomised Controlled Trial*. BMJ. 2010;341:c5462
- Chang E, Daly J, Elliott D. (2012). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktik keperawatan*. Jakarta: EGC

- Dahlan MS. (2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta: Salemba Medika
- Dahlan MS. (2011). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Fitriani F, Yunus F, Rasmin M. (2011). *Prevalens Asma pada Siswa Usia 13-14 Tahun dengan Menggunakan Kuesioner ISSAAC dan Uji Provokasi Bronkus di Jakarta Selatan*. J Respir Indo. 2011;31(2):81-89.
- Gunawardena KA, Patel B, Campbell IA, Macdonald JB, Smith AP. (1984). *Oxygen as a Driving Gas for Nebulisers: Safe or Dangerous?*. Br Med J (Clin Res Ed). 1984;288(6413):272-274
- Ikawati Z. (2007). *Farmakoterapi Penyakit Sistem Pernapasan*. Yogyakarta: Pustaka Adipura
- Pradjanparamita. (2008). *Terapi Inhalasi*. CKD. 2008;35(7):389-392.
- Roche N, Chrystyn H, Lavorini F, Agusti A, Virchow JC, Dekhuijzen R, et al. (2013). *Effectiveness of Inhaler Devices in Adult Asthma and COPD*. EMJ Respir. 2013;1:64-71
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- World Health Organization. (2011). *The Public Health Implication of Astma*. Bulletin of The Public Health Revier

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI HIRSCHSPRUNG DI RUMAH SAKIT PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Artathi Eka Suryandari
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: artathi.ylpp@gmail.com

ABSTRACT

Hirschsprung is a complex genetic disease with a low, sex-dependent penetrance and is the most common cause of neonatal obstruction of the colon. The incidence 1 : 4400 to 1 : 7000 live birth. The male/female ratio in patient with classic hirschsprung's disease is generally reported as 4 : 1. The purpose of this study is to analyze the factors that affect the incidence of hirschsprung disease in Prof. Hospital. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. The research method used is with case control design. The population in this study were patients with hirschsprung disease and patients who were not diagnosed with hirschsprung disease. The sample of this study amounted to 42 cases and 42 controls. Univariate data were analyzed descriptively while for bivariate data was analyzed by chi square. The results showed that maternal age did not affect the occurrence of hirschsprung (-value: 0.649) and sex influenced the occurrence of hirschsprung (-value: 0,042).

Keywords: *hirschsprung, age, gender*

PENDAHULUAN

Penyakit Hisprung atau Hirschsprung Disease adalah suatu kondisi langka yang menyebabkan feses menjadi terjebak di dalam usus besar. Bayi baru lahir yang memiliki Megacolon congenital, nama lain penyakit Hirschsprung, akan mengalami kesulitan buang air besar, tinja banyak tertahan dalam usus besar sehingga terlihat perutnya membuncit. Insiden penyakit hirschsprung di dunia adalah 1 : 5000 kelahiran hidup dengan angka kematian berkisar antara 1 – 10%. Sedangkan menurut Ryan (1995) insiden penyakit hirschsprung adalah 1 : 4400 sampai dengan 1 : 7000 kelahiran hidup dengan rasio 4 : 1 pada pasien laki-laki dibandingkan perempuan. Pasien dengan penyakit hisprung pertama kali dilaporkan oleh Frederick Ruysch pada tahun 1691, tetapi yang baru mempublikasikan adalah Harald Hirschsprung yang mendeskripsikan megacolon kongenital pada tahun 1863. (Kartono, 1993)

Penyakit hirschsprung diakibatkan oleh kegagalan migrasi kraniokaudal prekursor sel ganglion di sepanjang saluran cerna selama minggu ke-5 hingga ke-12

masa gestasi. Inervasi parasimpatis yang tidak lengkap pada segmen aganglionik menyebabkan peristaltik abnormal, konstipasi, dan obstruksi usus fungsional.

Anak yang menderita penyakit hirschsprung sering mengalami keterlambatan pasase mekonium. Pada bayi normal, 94% akan mengeluarkan mekonium dalam 24 jam pertama kehidupannya, dibandingkan dengan hanya 6% bayi yang menderita penyakit hirschsprung. Penyakit hirschsprung, penyebab tersering obstruksi kolon pada neonatus, dapat muncul pada periode neonatus dengan muntah, anoreksia, dan kegagalan mengeluarkan feses. Anak-anak ini dapat mengalami diare yang terjadi sekunder akibat peningkatan sekresi cairan ke dalam proksimal usus hingga obstruksi parsial. Diare akan berlanjut menjadi enterokolitis, menyebabkan dehidrasi hebat dan gangguan elektrolit. Enterokolitis cenderung berulang dan dapat fatal.

Sebagian besar penyakit hirschsprung tidak dikenali hingga akhir tahun pertama kehidupan saat anak mengalami konstipasi kronis. Feses yang keluar berukuran kecil dan seperti pita, sehingga pada akhirnya memiliki riwayat kegagalan pertumbuhan. (Schwartz, 2005)

Diagnosis penyakit hirschsprung dapat ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan fisik dan laboratorium. Pemeriksaan fisik pada anak dengan hirschsprung ditemukan abdomen sering mengalami distensi dengan feses yang teraba di kolon kiri. Pada neonatus penderita enterokolitis dan peritonitis mekonium dapat terlihat nyeri lepas dan tanda-tanda peritoneum. Ampula rekti kecil dan kosong. Sedangkan pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan dengan radografi abdomen maupun pemeriksaan barium enema tanpa persiapan. (Schwartz, 2005).

Pengobatan penyakit Hirschsprung terdiri atas pengobatan non bedah dan pengobatan bedah. Pengobatan non bedah dimaksudkan untuk mengobati komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi atau untuk memperbaiki keadaan umum penderita sampai pada saat operasi definitif dapat dikerjakan. Pengobatan non bedah diarahkan pada stabilisasi cairan, elektrolit, asam basa dan mencegah terjadinya overdistensi sehingga akan menghindari terjadinya perforasi usus serta mencegah terjadinya sepsis. Tindakan-tindakan nonbedah yang dapat dikerjakan adalah pemasangan infus, pemasangan pipa nasogastrik, pemasangan pipa rektum,

pemberian antibiotik, lavase kolon dengan irigasi cairan, koreksi elektrolit serta penjagaan nutrisi. (Kartono, 2010).

Tindakan bedah pada penyakit Hirschsprung terdiri atas tindakan bedah sementara dan tindakan bedah definitif. Tindakan bedah sementara dimaksudkan untuk dekompresi abdomen dengan cara membuat kolostomi pada kolon yang mempunyai ganglion normal bagian distal. Tindakan ini dapat mencegah terjadinya enterokolitis yang diketahui sebagai penyebab utama terjadinya kematian pada penderita penyakit Hirschsprung. (Langer, 2005).

Tindakan bedah definitif yang dilakukan pada penyakit Hirschsprung antara lain prosedur Swenson, prosedur Duhamel, prosedur Soave, prosedur Rehbein, prosedur transanal dan bedah laparoskopik. Saat ini prosedur transanal satu tahap telah berkembang dan dikerjakan pada saat penderita masih neonatus (Pratap et al., 2007).

Tahap pre operasi yang harus dilakukan pada bayi adalah 1) berhenti menyusu dan menggantikan nutrisi dengan cairan langsung melalui pemasangan infus, 2) pemasangan pipa berupa tabung elastis melalui hidung dengan tujuan untuk menguras cairan dan udara yang ada di lambung, 3) pembersihan feses secara teratur melalui tabung tipis yang dimasukkan ke anus menggunakan air garam hangat untuk melunakkan dan membersihkan feses, 4) pemberian antibiotik apabila terjadi enterokolitis. Teknik operasi “pull-through” dimana bagian usus yang terkena dibuang dan bagian usus yang sehat disambungkan merupakan teknik operasi yang paling sering dilakukan pada bayi. Operasi pada bayi biasanya dilakukan pada saat bayi berusia sekitar tiga bulan. Apabila kondisi bayi tidak memungkinkan, maka operasi dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama dengan melakukan kolostomi, dilakukan beberapa hari setelah lahir dengan pembuatan lubang sementara (stoma) buatan di perut oleh dokter bedah sehingga kotoran akan melewati lubang tersebut sampai kondisi bayi cukup baik untuk menjalani operasi tahap kedua yang biasanya dilakukan di sekitar usia tiga bulan, yaitu untuk mengambil bagian usus yang terkena, menutup lubang dan menggabungkan usus yang sehat bersama-sama. (Muhlisin, 2016).

Angka mortalitas penyakit Hirschsprung pada neonatus yang tidak ditangani masih sangat tinggi yaitu mencapai 80%, sedang kematian pada kasus-kasus yang telah ditangani 30% disebabkan oleh karena enterokolitis. (Lee, 2002).

Teknik operasi baru yaitu *Posterior Sagittal Neurektomi Repair for Hirschsprung Disease* (PSNRHD) telah ditemukan oleh Rochadi di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta sejak tahun 2005. Sedangkan prosedur yang lain meliputi: prosedur Duhamel, prosedur Soave modifikasi, prosedur transanal dan prosedur miomektomi rektal. Setiap tahun penderita Penyakit Hirschsprung tercatat rata-rata 50 pasien. Teknik *Posterior Sagittal Neurektomi Repair for Hirschsprung Disease*, dilakukan dengan irisan intergluteal untuk mencapai derah rektum, satu tahap tanpa kolostomi dan tanpa dilakukan proses pull through atau tarik terobos endorektal (Rochadi, 2007).

Jumlah kasus penyakit hirschsprung di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto mencapai 307 kasus selama kurun waktu 2010 – 2016. Dengan demikian rata-rata kejadian penyakit hirschsprung di Purwokerto mencapai 44 kasus setiap tahun. Hal ini berarti insiden penyakit hirschsprung di Purwokerto termasuk tinggi dimana kejadian di Rumah Sakit Pusat Cipto Mangunkusumo sebagai pusat rujukan adalah 40-60 pasien setiap tahun. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian hirschsprung di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

METODE PENELITIAN

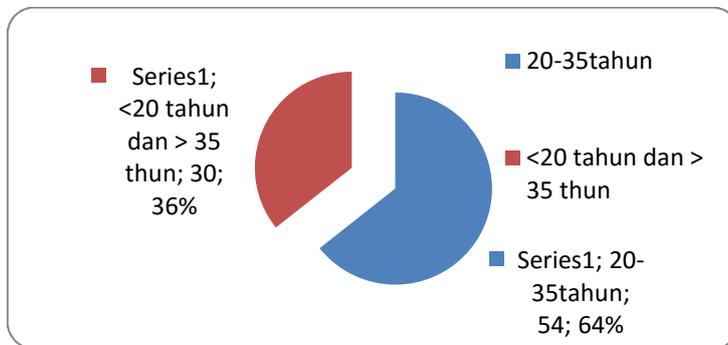
Penelitian ini bersifat analitik, dengan menggunakan desain *case-control*. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Waktu penelitian dilakukan dari bulan Januari sampai dengan Maret tahun 2017. Populasi penelitian adalah bayi yang menderita hirschsprung yang tercatat di rekam medik RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto tahun 2013 sampai dengan tahun 2016 sebanyak 170 anak. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah 42 anak yang menderita hirschsprung sebagai sampel kasus dan 42 anak yang tidak menderita hirschsprung sebagai sampel kontrol. Kriteria inklusi adalah anak yang menderita

hirschsprung dan dirawat di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Kriteria eksklusi adalah pasien dengan data yang tidak lengkap.

Data penelitian ini adalah data sekunder, meliputi kejadian hirschsprung, umur ibu, dan jenis kelamin anak. Data univariat dianalisis secara deskriptif sedangkan data bivariat dianalisis dengan uji *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan *-value* 0,005. Data diolah dengan program *SPSS for window* 17.0 (Sopiyudin, 2009).

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Distribusi responden berdasarkan umur ibu

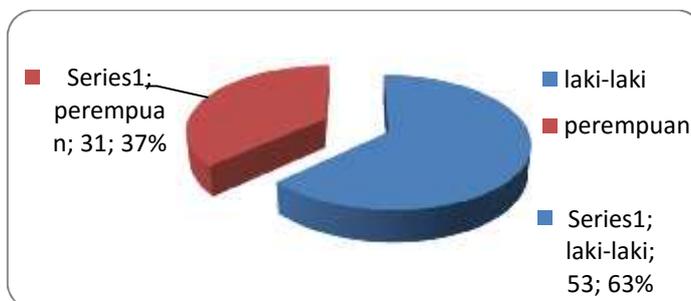


Gambar 1. Distribusi Responden berdasarkan Umur Ibu

Sumber: Rekam Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo (2017)

Berdasarkan Gambar 1. di atas dapat dilihat bahwa kelompok umur ibu reproduksi sehat 20-35 tahun lebih banyak yaitu 54 responden dibandingkan kelompok umur ibu yang berisiko < 20 tahun dan > 35 tahun yaitu 30 responden.

b. Distribusi frekuensi jenis kelamin



Gambar 2. Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Sumber: Rekam Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo (2017)

Berdasarkan Gambar 2. di atas dapat dilihat bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak yaitu 53 responden dibandingkan responden dengan jenis kelamin perempuan yaitu 31 responden.

c. Umur Ibu Mempengaruhi Hirschsprung

Tabel 1. Pengaruh Umur Ibu terhadap Kejadian Hirschsprung

			Hirsprung		Total	- value	OR
			Tidak	Ya			
Umur Ibu	20-35	Count	28	26	54	,649	1,231
	tahun	% within Hirsprung	66,7%	61,9%	64,3%		
	<20 tahun	Count	14	16	30		
	dan >35 tahun	% within Hirsprung	33,3%	38,1%	35,7%		
Total		Count	42	42	84		
		% within Hirsprung	100%	100%	100%		

Berdasarkan Tabel 1. di atas dapat dilihat bahwa proporsi umur ibu lebih banyak pada kelompok umur reproduksi sehat yaitu 20 – 35 tahun yaitu 64,3% dibandingkan kelompok umur < 20 tahun atau > 35 tahun (35,7%). Hasil uji *chi-square* menunjukkan *-value* $0,649 > 0,05$, artinya tidak ada pengaruh antara umur ibu dengan kejadian penyakit hirschsprung. Dengan nilai **Odds Ratio** 1, 231 artinya pada kelompok umur reproduksi sehat memiliki risiko 1,231 kali lebih banyak anaknya mengalami hirschsprung.

Penyebab terjadinya penyakit hirschsprung sebenarnya dimulai sejak masa kehamilan dimana sel-sel krista neuralis berasal dari bagian dorsal neural tube yang kemudian melakukan migrasi keseluruh bagian embrio untuk membentuk bermacam-macam struktur termasuk sistim saraf perifer, sel-sel pigmen, tulang kepala dan wajah serta saluran saluran pembuluh darah jantung. Sel-sel yang membentuk sistim saraf intestinal berasal dari bagian vagal krista neuralis yang kemudian melakukan migrasi ke saluran pencernaan. Sebagian kecil sel-sel ini berasal dari sakral krista neuralis untuk ikut membentuk sel-sel saraf dan sel-sel glial pada kolon. Selama waktu migrasi disepanjang usus, sel-sel krista neuralis akan melakukan proliferasi untuk mencukupi kebutuhan jumlah sel diseluruh saluran pencernaan. Sel-sel tersebut kemudian berkelompok

membentuk agregasi badan sel. Kelompok-kelompok ini disebut ganglia yang tersusun atas sel-sel ganglion yang berhubungan dengan sel bodi saraf dan sel-sel glial. Ganglia ini kemudian membentuk dua lingkaran cincin pada stratum sirkularis otot polos dinding usus, yang bagian dalam disebut pleksus submukosus Meissner dan bagian luar disebut pleksus mienterikus Auerbach (Fonkalsrud,1997).

Secara embriologis sel-sel neuroenterik bermigrasi dari krista neuralis menuju saluran gastrointestinal bagian atas dan selanjutnya meneruskan kearah distal. Pada minggu ke lima kehamilan sel-sel saraf tersebut akan mencapai esofagus, pada minggu ke tujuh mencapai mid-gut dan akhirnya mencapai kolon pada minggu ke dua belas. Proses migrasi mula pertama menuju ke dalam pleksus Auerbachi dan selanjutnya menuju ke dalam pleksus submukosa Meissneri. Apabila terjadi gangguan pada proses migrasi sel-sel kristaneuralis ini maka akan menyebabkan terjadinya segmen usus yang aganglionik dan terjadilah penyakit Hirschsprung. (Fonkalsrud,1997).

Pada tahun 1994 ditemukan dua gen yang berhubungan dengan kejadian penyakit Hirschsprung yaitu RET (receptor tyrosin kinase) dan EDNRB (endothelin receptor B). RET ditemukan pada 20% dari kasus penyakit Hirschsprung dan 50% dari kasus tersebut bersifat familial, sedang EDNRB dijumpai pada 5 sampai 10% dari semua kasus penyakit Hirschsprung. Interaksi antara EDN-3 dan EDNRB sangat penting untuk perkembangan normal sel ganglion usus. Pentingnya interaksi EDN-3 dan EDNRB didalam memacu perkembangan normal sel-sel krista neuralis telah dibuktikan dengan jelas. Baik EDN-3 maupun EDNRB keduanya ditemukan pada sel mesenkim usus dan sel neuron usus, dan ini memperkuat dugaan bahwa EDN-3 dan EDNRB dapat mengatur regulasi antara krista neuralis dan sel mesenkim usus yang diperlukan untuk proses migrasi normal (Duan, 2003).

Genom lain yang berperan sebagai penyebab terjadinya penyakit Hirschsprung adalah Glial cell line Derived Neurothrophic Factor (GDNF), Neurturin (NTN), Endotelin Converting Enzym 1, SOX 10 dan SIP 1 (Amiel, et al, 2008).

Dengan demikian kemungkinan terjadinya penyakit hirschsprung karena faktor lainnya sangat besar sehingga perlu penelitian lebih lanjut.

d. Jenis Kelamin Mempengaruhi Hirschsprung

Tabel 2. Pengaruh Jenis Kelamin terhadap Penyakit Hirschsprung

		Hirschsprung		Total	- <i>value</i>	<i>OR</i>
		Tidak	Ya			
Jenis kelamin	Perempuan	Count	20	11	31	
		% within Hirschsprung	47,6%	26,2%	36,9%	
	Laki-laki	Count	22	31	53	
		% within Hirschsprung	52,4%	73,8%	63,1%	0,042 2,562
Total	Count	42	42	84		
	% within Hirschsprung	100%	100%	100%		

Berdasarkan Tabel 2. di atas dapat dilihat bahwa jenis kelamin responden sebagian besar adalah laki-laki yaitu 63,1%, sedangkan responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 36,9%. Hasil uji *chi-square* menunjukkan *-value* $0,042 < 0,05$ berarti jenis kelamin mempengaruhi terjadinya penyakit hirschsprung. *Odds Ratio* menunjukkan 2,562 berarti bahwa jenis kelamin laki-laki mempunyai risiko 2,562 kali dibandingkan jenis kelamin perempuan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Corputty, Lampus dan Monoarfa pada tahun 2015 dengan judul Gambaran Pasien Hirschsprung di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Periode Januari 2010 – September 2014 yang menyebutkan bahwa penyakit hirschsprung lebih banyak ditemukan pada laki-laki dari perempuan dengan rasio 1,3:1. Demikian juga hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Verawati, Muda dan Hiswani pada tahun 2013 dengan judul Karakteristik Bayi yang Menderita Penyakit Hirschsprung di RSUP H. Adam Malik Kota Medan Tahun 2010-2012 yang menyebutkan bahwa proporsi jenis kelamin laki-laki dari perempuan adalah 2,7:1.

Penyakit Hirschprung lebih sering terjadi pada jenis kelamin laki-laki daripada perempuan dengan rasio perbandingan 4:1. Namun pada kasus segmen usus yang mengalami aganglionosis lebih panjang maka insidensi pada perempuan lebih besar daripada laki-laki. Serabut saraf intrinsik yang berfungsi mengatur motilitas normal saluran cerna terdiri dari pleksus Meissner, pleksus Aurbachii, dan pleksus mukosa kecil. Ganglia ini berfungsi mengatur kontraksi dan relaksasi otot halus (lebih dominan relaksasi). Ganglia ini juga berintegrasi dan terlibat dalam semua kerja usus meliputi absorpsi, sekresi dan motilitas. Serabut saraf ekstrinsik terdiri dari serabut kolinergik dan adrenergik. Serabut kolinergik berperan dalam menghambat kontraksi usus, sedangkan serabut adrenergik berperan dalam menghambat kontraksi usus. Apabila inervasi serabut ekstrinsik hilang, namun fungsi usus tetap adekuat karena yang lebih berperan dalam mengatur fungsi usus adalah serabut saraf intrinsik. Pada penyakit Hirschprung terdapat absensi ganglion Meissner dan Aurbach dalam lapisan dinding usus, mulai dari sfingter ani ke arah proksimal dengan panjang yang bervariasi, 70-80% terbatas di daerah rectosigmoid, 10% sampai seluruh kolon dan sekitar 5% dapat mengenai seluruh usus sampai pylorus. Aganglionosis mengakibatkan usus yang bersangkutan tidak bekerja normal. Peristaltik usus tidak mempunyai daya dorong dan tidak propulsif, sehingga usus tidak ikut dalam evakuasi feses ataupun udara. Obstruksi yang terjadi secara kronis akan menampilkan gejala klinis berupa gangguan pasase usus. Tiga tanda yang khas adalah mekonium keluar >24 jam, muntah hijau dan distensi abdomen.

Penampilan makroskopik yaitu bagian kolon yang aganglionik terlihat spastik, lumen kolon kecil, kolon tidak dapat mengembang sehingga tetap sempit dan defekasi terganggu. Gangguan defekasi ini berakibat kolon proksimal yang normal akan melebar oleh tinja yang tertimbun, membentuk megacolon.

SIMPULAN

- a. Sebagian besar responden dengan penyakit hirschsprung pada kelompok umur ibu reproduksi sehat yaitu 64,3%.
- b. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 63,1%.
- c. Umur ibu tidak mempengaruhi terjadinya penyakit hirschsprung (p -value: 0,642)
- d. Jenis kelamin mempengaruhi terjadinya penyakit hirschsprung (p -value: 0,042)

REFERENSI

- Amiel J., Emison E., Barcello G., Lantieri F., Bursynsky G., Bornego S., et al. (2008). *Hirschsprung disease, associated syndromes and genetics: a Review for the Hirschsprung Disease Consortium. J. Med. Genet.* 2008;45;1-14.
- Corputty E.D., Lampus H.F., Monoarfa A. (2015). *Gambaran Penyakit Hirschsprung di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Periode Januari 2010 – September 2014. Jurnal e-Clinic (eCI)*, Vol. 3. No: 1, Januari-April 2015; hal: 229-236.
- Fonkalsrud. (2012). *Hirschsprung 's Disease*. In: Zinner M.J., Schwartz S.I., Ellis H. editors. *Maingot's Abdominal Operation*. 10th ed. New York: Prentice Hall Intl.inc. p.2097-105
- Kartono D. (1993). *Penyakit Hirschsprung: Perbandingan Prosedur Swenson dan Duhamel Modifikasi*. Disertasi Pascasarjana FK UI Jakarta.
- Kartono D. (2010). *Penyakit Hirschsprung*. Jakarta: Sagung Seto.
- Langer J. C. (2005). *Hirschsprung's Disease in Principles and Practice of Pediatric Surgery*. Lippincott William & Wilkin, Philadelphia. pp 1347-1364.
- Muhlisin A. (2016). *Penyakit Hirschsprung pada Bayi*. url: <https://mediskus.com/penyakit/penyakit-hirschsprung-pada-bayi> diunduh 21 Juli 2017.
- Nanny V. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Pratap A, Gupta DK, Tiwari A, Sinha AK, Bhatta N, Singh SN, et al. (2007). *Application of a plain abdominal radiograph transition zone (PARTZ) in Hirschsprung's disease*. BMC Pediatric 2007;7:5.
- Rochadi. (2007). *Faktor Prognostik Kesembuhan Penyakit Sagittal Repair* . Usulan Penelitian untuk Disertasi. Yogyakarta: FK UGM

Stafrace, S., Blickman, J.G. (2016). *Radiological Imaging of The Digestive Tract in Infants and Children 2nd Ed.* Switzerland: Springer International Publishing.

Schwartz M.W. (2005). *Pedoman Klinis Pediatri.* Jakarta: EGC.

Sopiyudin D.M. (2009). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan.* Jakarta: Salemba Medika.

Tambayong, J. *Patofisiologi untuk Keperawatan.* Jakarta: EGC.

Verawati S., Muda S., Hiswani. (2013). *Karakteristik Bayi yang Menderita Penyakit Hirschsprung di RSUP H. Adam Malik Kota medan Tahun 2010-2012.* Skripsi. USU Medan.

PERILAKU PEMBERIAN AIR SUSU IBU (ASI) PADA MASYARAKAT DESA KENDAGA

Barni

Program Studi Kesehatan Lingkungan Politeknik Banjarnegara
Email: *barnibanjar@yahoo.co.id*

ABSTRACT

Various forms of socialization about the importance of exclusive breastfeeding is often done by the government, but there are still various behaviors of breastfeeding in communities that are not alignet with government expectations. The local community has a cognitive basic in every form of breastfeeding behavior it carries. This study aims to reveal community behavior in giving breastmilk. This research is descriptive research and conducted by Anthropology approach. The number of informants was 34 people. The data wascollected through observation and in-depth interviews. Data analysis used descriptive ethnographic analysis with interactive analysis model includes data reduction, data presentation, and conclusion or verification. The results showed there are three forms of breastfeeding behavior that is 1). Giving Formula Milk, Breast Milk and Companion Food, 2). Giving breastmilk and Companion Food, 3). Giving Exclusive Breastmilk. These behaviors show more dominant behavior that is not alignea with the government program that is behavior of giving comlementary feeding of milk is given less than 6 months. Decision making toward form of breastfeeding behavior is strongly determined by the influence of family nearby and other factors.

Keywords: *Behavior, Breast milk, Society*

PENDAHULUAN

Salah satu kewajiban seorang ibu adalah memberikan ASI yang terbaik ketika bayinya lahir ke dunia. Data di Kabupaten Banjarnegara tahun 2015 menunjukkan baru tercapai 65,14% pemberian ASI Eksklusif. Usaha yang dilakukan pemerintah tentang sosialisasi pentingnya ASI Eksklusif belum menunjukkan hasil yang optimal. Hal tersebut dapat dilihat dari beragamnya bentuk perilaku pemberian ASI di masyarakat. Ada yang telah selaras dengan program kesehatan dan ada yang tidak selaras dengan program kesehatan. Artinya ada yang sudah melaksanakan ASI Eksklusif dan ada yang belum melaksanakan ASI Eksklusif. Melalui pendekatan Antropologi Kesehatan, maka permasalahan belum optimalnya perilaku pemberian ASI Eksklusif di Desa Kendaga akan dilihat dari sudut pandang masyarakat sebagai

pelaku budaya. Sudut pandang masyarakat yang berbeda dengan harapan pemerintah itulah yang menyebabkan kurang berhasilnya program kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan Antropologi Kesehatan. Data disajikan dalam bentuk deskriptif. Penelitian dilakukan di Desa Kendaga Kecamatan Banjarmangu Kabupaten Banjarnegara. Jumlah Informan 34 orang. Data diperoleh melalui metode partisipasi observasi dan wawancara secara mendalam. Analisis data dilakukan melalui tahap reduksi data (*data reduction*), tahap sajian data (*data display*) dan tahap pengambilan kesimpulan/verifikasi data dengan melibatkan peneliti dalam proses interpretasi; penetapan makna dari data yang tersaji (N.K. Denzin dan Y.S. Lincoln, 2009).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pola Pemberian ASI

Bentuk atau pola pemberian ASI yang dianjurkan pemerintah saat ini adalah pemberian ASI Eksklusif. Ada beragam bentuk perilaku pemberian ASI yang berkembang di masyarakat Desa Kendaga. Hal tersebut dapat dilihat dari beragamnya jawaban yang disampaikan oleh informan. Klasifikasi perilaku pemberian ASI berikut ini merupakan klasifikasi pemberian ASI perspektif masyarakat dibandingkan dengan konsep pemberian ASI Eksklusif. Menurut pemerintah, pemberian ASI eksklusif diberikan usia 0 sampai 6 bulan tanpa pendamping makanan apapun. Oleh karena itu, klasifikasi berikut ini juga didasarkan pada bentuk perilaku pemberian ASI antara 0-6 bulan.

Meskipun kebanyakan ibu mengetahui jika konsep ASI eksklusif yaitu dengan memberikan ASI sejak lahir, namun tidak jarang seorang ibu melanggarnya. Hal tersebut dilakukan karena sang ibu atau keluarganya merasa tidak tega terhadap bayinya, sehingga bayinya sementara diberi susu formula atau dalam istilah lokalnya *disambung* susu formula sambil menunggu ASInya lancar. Pada keadaan demikian, nampak dominan anggota keluarga yang lain terutama neneknya menentukan diberi keputusan pemberian susu formula atau

tidak, meskipun sang ibu sebenarnya ingin mempertahankan memberikan ASI. Tindakan yang menunda pemberian ASI sesaat setelah melahirkan, secara medis justru merugikan. Secara medis, dengan bayi tidak menghisap puting susu pada setengah jam setelah persalinan, hormon pro laktin akan turun dan sulit merangsang prolaktin sehingga ASI baru akan keluar pada hari ketiga atau lebih ASI (Ambarwati, ER dan Wulandari D. (2008). Semakin sering diberi ASI semakin banyak produksinya karena isapan akan mempengaruhi produksi ASI selanjutnya. Berikut ini bentuk perilaku pemberian ASI di Desa Kendaga Kecamatan Banjarmangu Kabupaten Banjarnegara:

1) Perilaku Pemberian Susu Formula, ASI dan Makanan Pendamping Sebelum 6 Bulan

Pada kelahiran anak pertama umumnya ibu mengalami permasalahan ASI kurang lancar sekitar 0-3 hari atau bahkan ada yang sampai satu minggu karena lahir cesar. Pada keadaan demikian anak belum dapat mendapatkan ASI maksimal, oleh karena itu banyak keluarga yang akhirnya memberikan susu formula terlebih dahulu sambil menunggu ASI lancar dan siap diberikan dengan maksimal pada anak. Informan Bu Anti saat ini ia memiliki anak pertama berusia 15 bulan menceritakan pengalamannya tentang pemberian ASI sebagai berikut:

“Pertama tidak lancar, jadi diberi susu formula dua hari, terus hari ketiganya menggunakan ASI, lalu pada usia 5 bulan dikasih makan karena kelihatannya minum susunya kurang”.

Berdasarkan pengalaman informan Bu Anti, ada tahapan yang diberikan pada anaknya yaitu pertama diberikan susu formula, kemudian memberikan ASI namun tidak sampai usia enam bulan yakni pada usia 5 bulan diberi makanan tambahan. Hal tersebut dilakukannya karena ada anggapan bahwa minum susunya masih kurang sehingga tidak mengenyangkan. Oleh karena itu, agar anaknya nyaman maka diberi makanan tambahan pada usia 5 bulan. Artinya Informan Bu Anti belum menjalankan sepenuhnya konsep ASI Eksklusif. Adapun

alasan lainnya yang diungkapkan masyarakat tentang pemberian makanan pendamping belum sampai usia enam bulan adalah karena anak kurang ASI, dengan tanda-tanda anak sering menangis (*rewel*), dan tidak sabar. Selain itu ada rasa kasihan sering terlihat ingin makan jika melihat orang dewasa makan. Pemberian makan juga bisa karena faktor ketidaksengajaan, misal anak dibawa saudara dan diberi makan tanpa seijin ibunya akhirnya menjadi permulaan diberi makan sesungguhnya.

Pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan justru menjamin bayi tercukupi kebutuhannya. Maka ibu tidak perlu khawatir. Sedangkan yang dimaksud tanda anak kurang cukup ASI antara lain 1) air seni bayi berwarna kuning pekat, berbau tajam, dan jumlahnya sedikit. 2). Perkembangan berat badan bayi kurang dari 500 gram per bulan dan hal ini mengindikasikan bayi kurang asupan yang baik selama satu bulan terakhir (Saleha, S. 2009).

Jika masyarakat beralasan memberikan makanan saat usia 5 bulan karena kurang ASI, maka kita perlu memahami, bagaimana tanda anak cukup ASI. Tanda anak cukup ASI antara lain jumlah kencingnya paling sedikit 6 kali dalam sehari, warna seni tidak berwarna kuning pucat, BAB bayi berwarna kekuningan berbiji, bayi paling sedikit menyusu 10 kali dalam 24 jam, dan bayi bertambah berat badannya. Lebih lanjut menurut Ambarwati ER dan Wulandari D (2008), bayi menangis belum tentu kurang ASI oleh karena itu perlu diketahui penyebabnya. Oleh karena itu perlu memperhatikan mengapa bayi menangis apakah karena laktasi belum berjalan baik, kurang lama menyusu, atau sebab lain seperti mengompol, bab belum diganti, sakit, hidung tersumbat, merasa jemu ingin digendong atau disayang.

2) Perilaku Pemberian ASI dan Makanan Pendamping Sebelum 6 Bulan.

Pemberian makanan pendamping hendaknya dilakukan setelah bayi berusia 6 bulan, namun di Desa Kendaga banyak juga yang memberikan makanan pendamping sebelum usia 6 bulan. Walaupun sejak lahir full ASI namun pada usia 4 bulan, 4,5 bulan, atau 5 bulan sudah diberi makanan pendamping. Sebagian besar menganggap karena anak menunjukkan perilaku kurang ASI (*kurang susu*) ditunjukkan dengan sering menangis tanpa sebab yang

jelas (*rewel*) dan susah tidur. Padahal ada banyak faktor penyebab anak menangis seperti yang diuraikan di bagian atas. Selain itu alasan lainnya anak dianggap menunjukkan tanda ingin makan yaitu ketika melihat orang dewasa makan seperti ingin makan. Bahkan ada yang menganggap pemberian makanan sejak awal sebagai proses *melatih rasa* atau disebabkan karena salah satu payudara mengalami sakit, seperti diungkapkan Informan Bu Kin berikut ini.

“Anakku diberi ASI sejak lahir dan diberi makan sejak usia 4 bulan karena kelihatannya kurang ASI, karena hanya satu payudara yang bisa untuk menyusui, sementara yang satu lecet. Kalau disusukan membuat saya meriang”.

Seperti pengalaman informan Bu Kin, maka informan Bu Dila juga memiliki pengalaman serupa. Ia mengatakan:

“Begitu lahir langsung di beri ASI dan pada usia 4,5 bulan saya kasih makanan, kelihatannya sudah tidak sabar. Saya kasih makanan tapi jarang. Awalnya saya tinggal terus sama mbahnya dikasih bubur, jadi keterusan”.

Meskipun sang ibu menghendaki ASI Eksklusif banyak kegagalan akibat orang terdekat seperti saudara, atau nenek yang mengasuhnya kurang mendukung. Informan lainnya yaitu Bu Mila juga mengungkapkan pengalamannya bahwa anak pertamanya tidak menggunakan ASI Eksklusif dan anak ke dua memakai ASI Eksklusif. Anak pertamanya niatnya diberi ASI Eksklusif namun karena neneknya memberikan makanan saat usia lima bulan akhirnya mulai makan. Biasanya keluarga tanpa izin terlebih dahulu ketika memberikan makanan dan akhirnya menjadi berlanjut diberi makanan pendamping. Makanan pendamping yang diberikan biasanya buah pisang dan bubur putih yang dibuat dari tepung beras maupun bubur instan yang dibeli di toko.

Pemberian makanan pendamping empat bulan ke atas juga terdapat indikasi adanya pengaruh pemahaman informan tentang program ASI Eksklusif

program terdahulu yang menerapkan pemberian makanan pendamping pada usia 4 bulan. Hal tersebut seperti diceritakan oleh informan Ibu Arya tentang pemberian ASI pada anak pertama dan anak ke duanya. Ia mengatakan :

“Diberikan ASI dari lahir dan diberikan makanan sejak enam bulan, karena adanya atauran. Saya tahu hal itu dari Bidan. Kalau anak pertama empat bulan karena dahulu empat bulan aturannya”.

Hal ini yang sepertinya belum dipahami pemerintah sebagai dampak program terdahulu yang belum tergantikan dengan konsep 6 bulan pemberian ASI Eksklusif. Oleh karena itu, perlu penegasan ulang kepada masyarakat bahwa pemberian ASI penuh tanpa makanan pendamping sampai 6 bulan, agar masyarakat tidak bingung tentang peraturan 4 atau 6 bulan.

3) Perilaku ASI Sampai 6 Bulan (ASI Eksklusif)

Para peserta kegiatan Kelas Ibu Menyusui di Desa Kendaga beberapa diantaranya telah sukses ASI Eksklusif. Meskipun masih jauh dari harapan namun setidaknya informasi tersampaikan. Informasi tentang ASI eksklusif selain diperoleh dari kelas ibu menyusui juga banyak diperoleh saat periksa ke bidan maupun dokter. Informan Bu Moya saat kelahiran anak keduanya. Ia menceritakan:

“Pertama dikasi ASI karena sudah lancar, terus dikasih makan pas usia enam bulan. Minggu ini baru dikasih bubur. Kadang mbahnya ada yang bilang disuap aja begitu lalu saya bilang “kone kumpulan kon nganti enam wulan garep tok jajal bae sampe enam wulan” (disuruh saat kumpulan (kelas ibu menyusui) supaya sampai enam bulan maka mau dicoba sampai enam bulan)”

Berdasarkan pengalaman informan Bu Moya menunjukkan kuatnya pengaruh dari orang sekitar terutama orang tua untuk menentukan kapan cucunya diberi makan. Maka bagi ibu yang kuat dengan prinsip ASI Eksklusif seperti informan Bu Moya tidak akan goyang dengan pengaruh orang tua. Bu

Moya termasuk salah satu peserta kelas ibu menyusui yang sudah dibekali ilmu pengetahuan tentang pentingnya ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah makanan dan minuman terbaik bayi satu-satunya hingga usia 6 bulan pertama. Tidak ada makanan maupun minuman yang lain yang diperlukan pada periode ini, mudah dicerna dan kaya gizi. Pemberian ASI eksklusif membantu penyerapan nutrisi, sebagai zat antibodi, membantu perkembangan dan pertumbuhan serta melindungi bayi dari berbagai penyakit (Depkes RI, 2008).

Bentuk Perilaku Pemberian ASI di Desa Kendaga dapat diringkas pada tabel 1.1 berikut ini:

Tabel 1.1. Bentuk Perilaku Pemberian ASI di Desa Kendaga

No.	Bentuk Perilaku	Keterangan Waktu Pemberian
1	<i>Pemberian Susu Formula, ASI dan Makanan Pendamping :</i>	
	a. Susu Formula	0-2 hari
	b. ASI	3 hari – 4 bulan
	c. Makanan Pendamping	4 atau 4,5 atau 5 bulan / < 6 bulan
2	<i>Pemberian ASI dan Makanan Pendamping :</i>	
	a. ASI	0-4 bulan
	b. Makanan Pendamping	4 atau 4,5 atau 5 bulan / < 6 bulan
3	<i>Pemberian ASI Eksklusif</i>	
	a. ASI	0-6 bulan
	b. Makanan Pendamping	6 bulan

B. Keekerabatan dan Pola Pemberian ASI

Salah satu ciri pola kehidupan masyarakat Jawa pedesaan menurut Koenjaraningrat (1994) sangat erat dalam kekerabatan yakni pada umumnya orang Jawa berhubungan dengan keluarga inti, saudara kandung dan anak-anaknya, kakek dan nenek, saudara ipar dan sebagainya dalam berbagai hal. Sedangkan menurut Kalangie, SN (1994), salah satu hambatan sosial budaya terhadap suatu pembangunan kesehatan ialah aspek kemasyarakatan khususnya dalam hal pengambilan keputusan. Hal yang sama juga nampak pada pengambilan keputusan berkaitan dengan perilaku pemberian ASI di Desa Kendaga sebagaimana telah disebutkan di atas. Keputusan nenek, saudara, dan kerabat dekat turut menentukan perilaku pemberian makanan pendamping ASI

sebelum bayi berusia 6 bulan. Sosialisasi tentang pemberian ASI Eksklusif tentu sudah disampaikan dalam berbagai kesempatan baik di posyandu, kelas ibu menyusui, kelas ibu hamil, saat pemeriksaan bidan dan sebagainya. Informasi tersebut diharapkan dapat mempengaruhi pengambilan keputusan untuk menerapkan ASI Eksklusif, namun kenyataannya dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat kerabat dan saudara terdekat nampak lebih dominan mempengaruhi keputusan ASI Eksklusif atau tidak.

SIMPULAN

Perilaku pemberian ASI pada masyarakat Desa Kendaga belum sepenuhnya sukses ASI Eksklusif. Terdapat tiga pola perilaku pemberian ASI antara lain : 1). *Pemberian Susu Formula, ASI dan Makanan Pendamping*, 2). *Pemberian ASI dan Makanan Pendamping*, 3). *Pemberian ASI Eksklusif*. Kedua perilaku di atas menunjukkan perilaku yang tidak mendukung ASI Eksklusif dengan alasan beragam antara lain alasan bayi menunjukkan kurang ASI, faktor payudara yang tidak lancar/lecet, menunjukkan ingin makan, coba-coba / latihan rasa, terlanjur disuap makanan oleh kerabat dan sebagainya. Pengaruh keluarga atau kerabat dalam menentukan keputusan pemberian makanan tambahan atau makanan pendamping sebelum usia enam bulan nampak lebih dominan. Oleh karena itu, dalam rangka mensukseskan program ASI Eksklusif di Desa Kendaga maka dapat dipertimbangkan melibatkan keluarga atau kerabat terdekat dalam sosialisasi pentingnya ASI Eksklusif.

REFERENSI

- Ambarwati, ER dan Wulandari D. (2008). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta, Mitra Cendikia Press.
- Denzin, N.K. dan Lincoln, Y.S. (2009). *Manajemen Data dan Metode Analisis*. Handbook of Qualitative Research. Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Paket Modul Kegiatan Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif 6 bulan*. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- Kalangie, N.S. (1994). *Kebudayaan dan Kesehatan: Pengembangan Pelayanan Kesehatan Primer Melalui Pendekatan Sosial budaya*. Jakarta, Kesaint Blane.

Koentjaraningrat. (1994). *Kebudayaan Jawa*. Jakarta, Balai Pustaka.

Saleha, S. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta, Salemba Medika.

INDIKATOR OUTPUT KELAS IBU HAMIL DI PUSKESMAS PONED KABUPATEN BANJARNEGARA TAHUN 2016

Dewie Sulistyorini
Program Studi DIII Kebidanan Politeknik Banjarnegara
Email: dewiesulistyorini@gmail.com

ABSTRACT

The efforts at decreasing MMR should be done by integrating several related programs from the beginning of pregnancy, childbirth, childbed, infant, toddler and couples of childbearing age. The occurrence of maternal and neonatal death depends on the speed and accuracy of the action when the emergency occurs. The presence of Public Health Center capable of PONED is one of the answers to close community access toward to midwife and newborn care to prevent complication and or get first service when emergency obstetric and newborn emergency condition with service requirement fulfill adequate service standard. Maternal Woman class is group studying pregnant mothers with gestational age between 20 weeks to 32 weeks (before childbirth) with maximum number of participants 10 people. In this class, pregnant women will learn together, discuss and exchange experiences about mother and child health as a whole and systematically and can be carried out on a scheduled and continuous basis. The purpose of this research is to know the monitoring and evaluation the implementation of pregnant class at PONED Public Health Center at working area of Banjarnegara Regency. The purpose of this research is to know the monitoring and evaluation of pregnant class implementation in PONED Public Health Center at work area of Banjarnegara Regency. The indicator of maternal class success consists of 3 things: input indicators, process indicators and out put indicators. The result of the research is 1). All (100%) Pregnant women have Maternal Children Health books. 2). Most of them (92%) K4 100% which means it has met the target. Only 1 Public Health Center (8%) alone have not met the target because only (79.7%). 3). All (100%) Pregnant women who fill P4K. 4). Most (92%) all (100%) pregnant women are pregnant women who get Fe tablets. Only 1 Public Health Center (8%) are not all (84.1%) pregnant women in pregnant women who get Fe tablets. 5). Most (85%) of all (100%) pregnant women are pregnant mothers who choose delivery help to health personnel either at Public Health Center, maternity clinic or hospital. There are still 2 Public Health Center (15%) which not all (98,9% and 97,2%) pregnant mother of pregnant class participant who choose delivery aid to health worker either at Public Health Center, birthing clinic or hospital. 6). Most (92%) of all (100%) pregnant women of pregnant class participants carry out the KN completely. Only 1 Public Health Center (8%) are not all (98,7%) pregnant mother of pregnant class participant carry out KN completely. 7). There are (77%) of all (100%) of babies born to pregnant women in pregnant mothers class by IMD. There are still 3 puskesmas (23%) which are not all (98,7%, 85% and 53,78%) of babies born by pregnant mother pregnant class participant is done IMD. 8). There are (61%) Public Health Center involving less than 10 cadres in the class of pregnant women and there are (39%) Public Health Center involving less than 10 cadres in the class of pregnant women.

Keywords: Indicator Out put class of pregnant women.

PENDAHULUAN

Program pembangunan kesehatan di Indonesia dewasa ini masih diprioritaskan pada upaya peningkatan derajat kesehatan Ibu dan anak, terutama pada kelompok yang paling rentan kesehatan yaitu ibu hamil, bersalin dan bayi pada masa perinatal. Hal ini ditandai dengan tingginya AKI dan AKB. Tahun 2014 AKI di Provinsi Jawa Tengah adalah 126,55 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di Kabupaten Banjarnegara sebesar 123,6 per 100.000 kelahiran hidup. Penggunaan Buku KIA diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta gizi sehingga salah satu tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu penurunan AKI dan AKB dapat tercapai. Upaya penurunan AKI harus dengan mengintegrasikan beberapa program yang terkait mulai dari sejak awal masa kehamilan, melahirkan, nifas, bayi, balita dan pasangan usia subur. Terjadinya kematian ibu dan bayi baru lahir sangat tergantung dari kecepatan dan ketepatan tindakan pada saat kegawatdaruratan terjadi (Kemenkes RI, 2014). Keberadaan Puskesmas mampu PONEID adalah salah satu jawaban untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kebidanan dan bayi baru lahir untuk mencegah komplikasi dan atau mendapatkan pelayanan pertama saat terjadi kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir dengan persyaratan pelayanan yang diberikan memenuhi standar pelayanan yang adekuat (Kemenkes RI, 2012).

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20 minggu s/d 32 minggu (menjelang persalinan) dengan jumlah peserta maksimal 10 orang (Kemenkes RI, 2014). Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil nantinya akan sangat membantu masalah-masalah ketidakpastian baik fisik maupun mental yang ibu alami selama kehamilan dan akan berdampak sampai proses persalinan nanti. Selama hamil selain adanya perubahan fisik, ibu hamil juga mengalami perubahan psikologis dan emosional. Kehamilan, persalinan dan nifas merupakan suatu hal yang alami tetapi bukan berarti tanpa resiko (Prawirohardjo, 2002).

Penelitian monitoring evaluasi kelas ibu hamil ini sangat penting dilakukan untuk mengetahui keberhasilan yang sudah dicapai dan juga hambatan yang terjadi sehingga segera dicarikan solusi pemecahan masalahnya dalam rangka mengoptimalkan pelaksanaan kelas ibu hamil yang sesuai dengan manfaat untuk menurunkan AKI dan AKB.

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah evaluasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Puskesmas Poned wilayah kerja Kabupaten Banjarnegara? Tujuan penelitian ini untuk mengetahui evaluasi (input, proses dan output) pelaksanaan kelas ibu hamil di Puskesmas Poned wilayah kerja Kabupaten Banjarnegara.

Hasil penelitian terdahulu : 1) Dyah Purwarini tahun 2012, UNS kelas ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kehamilan dan persalinan, 2) Hilda P tahun 2013, UNDIP pengetahuan ibu meningkat, ketrampilan bidan sesuai, jumlah kelas ibu hamil masih kurang dan sarana prasarana belum lengkap.

METODE PENELITIAN

A. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lokasi penelitian di 13 Puskesmas wilayah kerja Kabupaten Banjarnegara
2. Waktu penelitian dilakukan dari bulan Mei sampai dengan Agustus 2017

B. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang menggambarkan suatu fenomena ini terjadi dengan pendekatan waktu secara *cross sectional*, yaitu rancangan penelitian dengan melakukan observasi dan wawancara (Notoatmodjo, 2005). Pengambilan data pada penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder.

2. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2010). Sampel adalah sebagian objek yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *non probability sampling*

dengan teknik pengambilan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2005). Sampel dalam penelitian ini adalah 13 Puskesmas PONED wilayah kerja Kabupaten Banjarnegara.

C. Tehnik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yaitu cara atau metode yang digunakan untuk mengumpulkan data. Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan data :

1. Data primer yaitu sumber informasi yang langsung berasal dari yang mempunyai wewenang dan bertanggung jawab terhadap data tersebut atau melalui pengisian format pengkajian (Notoatmodjo, 2005).
2. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari instansi kesehatan berupa dokumen-dokumen resmi dan data lain yang menunjang.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Instrumen penelitian yang digunakan adalah form instrumen monitoring dan evaluasi pelaksanaan kelas ibu hamil (Tingkat Puskesmas).

E. Analisis Data

Analisis data yang digunakan yaitu analisis *univariat* yaitu analisis yang dilakukan secara universal yaitu untuk mengetahui distribusi, frekuensi dan proporsi masing-masing variable yang akan diteliti. Analisis ini dilakukan dengan cara mentabulasi data, kemudian disusun dalam table dengan presentasi sebagai berikut (Sugiono, 2006) :

$$P = \frac{x}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

x = Jumlah jawaban

n = Jumlah seluruh item soal

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memiliki buku KIA di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memiliki buku KIA di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada diagram 1 di bawah ini.

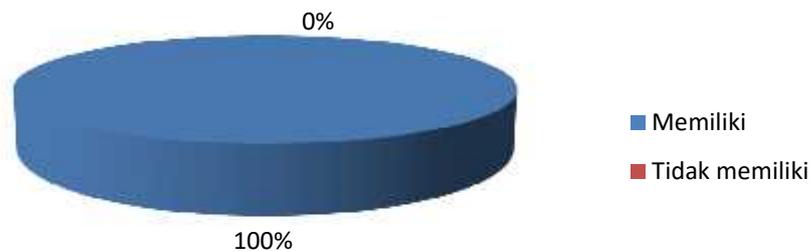


Diagram 1. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memiliki buku KIA di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa semua (100%) peserta kelas ibu hamil memiliki buku KIA. Kelas ibu hamil merupakan kegiatan penerapan Buku KIA dengan fokus terhadap ibu hamil agar tercapai tujuan penggunaan Buku KIA di masyarakat. Tindak lanjut dirumah setelah para ibu mengikuti kelas ibu hamil adalah kader dalam membantu petugas kesehatan untuk memastikan bahwa ibu hamil tersebut telah memahami dan melakukan sesuai pesan tertulis dalam buku KIA. Penggunaan buku KIA merupakan salah satu langkah strategis dalam meningkatkan kemandirian masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak termasuk penerapan keluarga dalam pemenuhan gizi serta stimulasi perkembangan anak (Depkes RI, 2009-b). Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas)

dan anak (bayi baru lahir sampai anak usia 6 tahun) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak (Kemenkes RI, 2016).

B. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang datang K4 di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang datang K4 di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada Diagram 2 di bawah ini.

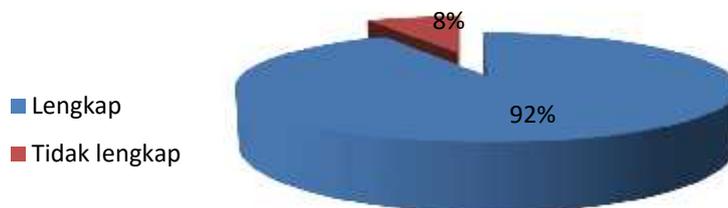


Diagram 2. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang datang K4 di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian bahwa di 12 puskesmas (92%) K4 nya 100% yang artinya sudah memenuhi target, dimana target 2014 adalah 95. Hanya 1 puskesmas (8%) saja yang belum memenuhi target karena hanya (79,7%). K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut : minimal satu kali pada trimester I (0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester ke-2 (>12 – 24 minggu) dan minimal 2 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan/ indikasi dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan (Kemenkes RI, 2013-b).

C. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mengisi P4K di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mengisi P4K di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada diagram 3 di bawah ini.

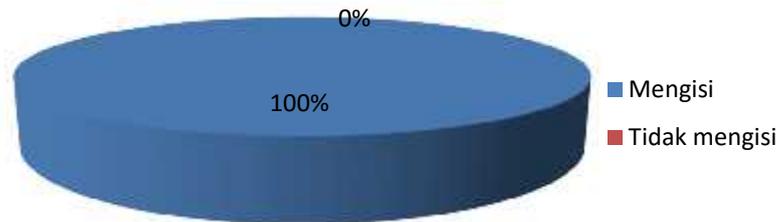


Diagram 3. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mengisi P4K di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian semua (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil mengisi P4K. Pelaksanaan kelas ibu hamil sejalan dengan kegiatan posyandu, puskesmas dan P4K untuk menuju persalinan yang aman atau *Making Pregnancy Safer-MPS* (Depkes RI, 2009-b). Target nasional tahun 2014 sebanyak 75 (Kemenkes RI, 2013). Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) bertujuan untuk mewujudkan persalinan yang aman dan selamat, berupa stiker yang berisi nama ibu, taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi dan calon donor darah. Stiker P4K diisi oleh tenaga kesehatan bersama dengan ibu hamil dan pendamping, setelah terisi semua stiker P4K harus ditempel di depan rumah dengan harapan siapa saja yang lewat rumah tersebut mengetahui bahwa ada ibu hamilnya (Kemenkes RI, 2016).

D. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada Diagram 4 di bawah ini.



Diagram 4. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian bahwa di 12 puskesmas (92%) semuanya (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe. Hanya 1 puskesmas (8%) saja yang belum semua (84,1%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe. Anjuran Fe selama hamil adalah 90 tablet dalam 3 bulan. Zat besi merupakan mineral yang dibutuhkan tubuh untuk pembentukan sel darah merah (hemoglobin), membentuk mioglobin (protein yang membawa oksigen ke otot), kolagen (protein yang terdapat pada tulang, tulang rawan dan jaringan penyambung) serta enzim. Zat besi memiliki peran vital terhadap pertumbuhan janin. Asupan zat besi yang diberikan oleh ibu hamil kepada janinnya melalui plasenta akan digunakan janin untuk kebutuhan tumbuh kembangnya termasuk perkembangan otak sekaligus menyimpannya dalam hati sebagai cadangan hingga bayi berusia 6 bulan. Anemia merupakan salah satu resiko kematian ibu, kejadian BBLR, infeksi terhadap janin dan ibu, keguguran dan kelahiran prematur (Kemenkes RI, 2015).

E. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada Diagram 5 di bawah ini.

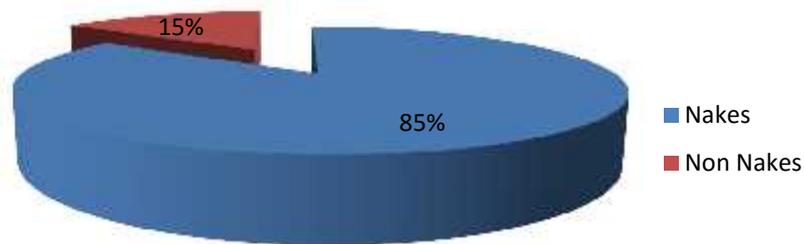


Diagram 5. Jumlah ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian bahwa di 11 puskesmas (85%) semuanya (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan baik di puskesmas, klinik bersalin ataupun RS. Masih ada 2 puskesmas (15%) yang belum semua (98,9% dan 97,2%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan baik di puskesmas, klinik bersalin ataupun RS. Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran. Hal ini yang membuktikan bahwa dengan meningkatnya pengetahuan ibu tentang persalinan membuat ibu memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan, hal ini didukung oleh penelitian Dyah Purwarini tahun 2012 UNS kelas ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kehamilan dan persalinan, dan juga penelitian Hilda P tahun 2013 UNDIP bahwa kelas ibu hamil membuat pengetahuan ibu meningkat. Dengan memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan berarti ibu hamil sudah mencegah komplikasi yang dapat mengancam jiwa, sebagaimana yang disampaikan oleh Kemenkes (2013) bahwa diperkirakan 15% kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi.

F. Jumlah KN di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah KN di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada Diagram 6 di bawah ini.

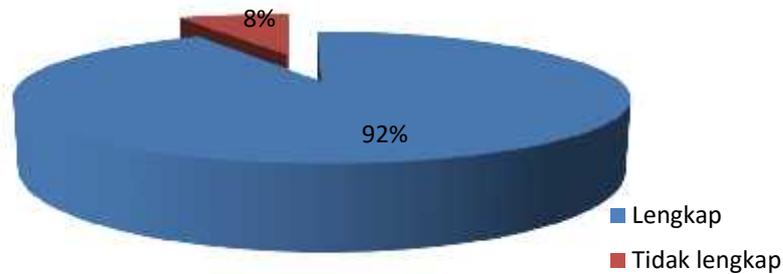


Diagram 6. Jumlah KN di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian bahwa di 12 puskesmas (92%) semuanya (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil melaksanakan KN dengan lengkap. Hanya 1 puskesmas (8%) saja yang belum semua (98,7%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil melaksanakan KN dengan lengkap. Tindak lanjut dirumah setelah para ibu mengikuti kelas ibu hamil oleh petugas kesehatan bersamaan dengan kegiatan kunjungan rumah seperti KN (Depkes RI, 2009-b).

Pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir (KN) oleh bidan/ perawat/ dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu pertama (6-48 jam setelah lahir), kedua (hari ke 3-7 setelah lahir) dan ketiga (8-28 setelah lahir). Jenis pemeriksaan terdiri dari berat badan, panjang badan, suhu, frekuensi nafas, frekuensi denyut jantung, kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, ikterus, diare, kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/ minum, status Vit K1, status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1, bagi daerah yang sudah melaksanakan skrining hipotiroid kongenital (SHK) dan tindakan (Kemenkes RI, 2016).

G. Jumlah IMD di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah IMD di Puskesmas PONEB Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada Diagram 7 di bawah ini.

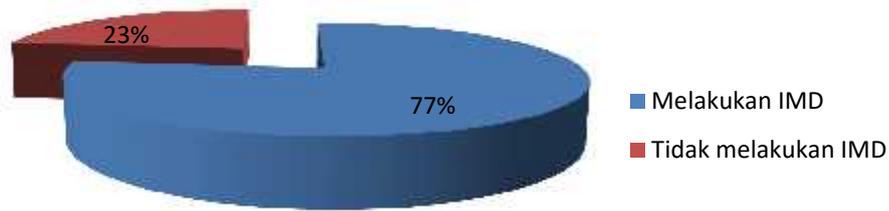


Diagram 7. Jumlah IMD di Puskesmas PONED Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian bahwa di 10 puskesmas (77%) semuanya (100%) bayi yang dilahirkan oleh ibu hamil peserta kelas ibu hamil dilakukan IMD. Masih ada 3 puskesmas (23%) saja yang belum semua (98,7%, 85% dan 53,78%) bayi yang dilahirkan oleh ibu hamil peserta kelas ibu hamil dilakukan IMD.

Protokol *evidence based* yang baru telah diperbaharui oleh WHO dan UNICEF tentang asuhan bayi baru lahir untuk satu jam pertama menyatakan bahwa bayi harus mendapat kontak kulit ke kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam. Bayi harus dibiarkan untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bahwa bayi siap untuk menyusu serta memberikan bantuan jika diperlukan. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir sampai dengan inisiasi menyusu dini selesai dilakukan (Retna, 2008).

Memulai menyusu dini akan 1) Mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari kebawah, 2) Meningkatkan keberhasilan menyusu secara eksklusif dan lamanya bayi disusui, 3) Merangsang produksi ASI, dan 4) memperkuat refleks menghisap bayi. Refleks menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir (Depkes RI, 2008).

H. Jumlah kader yang terlibat pada kelas ibu hamil di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Jumlah kader yang terlibat pada kelas ibu hamil di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 dapat dilihat pada diagram 8 di bawah ini.

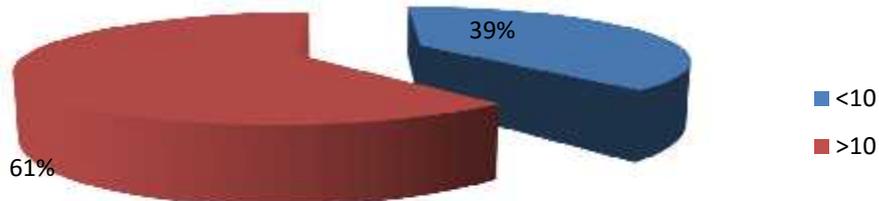


Diagram 8. Jumlah kader yang terlibat pada kelas ibu hamil di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat (61%) puskesmas yang melibatkan kader kurang dari 10 orang pada kelas ibu hamil dan ada (39%) puskesmas yang melibatkan kader kurang dari 10 orang pada kelas ibu hamil.

Kader diperlukan karena kader berada ditengah-tengah masyarakat membantu petugas kesehatan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, memotivasi dan menggerakkan ibu hamil, ibu balita datang dan membawa balitanya ke sarana pelayann kesehatan, merujuk ibu atau balita yang mempunyai masalah kesehatan ke petugas kesehatan (Depkes RI, 2009-b).

SIMPULAN

Indikator output kelas ibu hamil di Puskesmas Poned Kabupaten Banjarnegara Tahun 2016 :

1. Semua (100%) Ibu hamil memiliki buku KIA.
2. Sebagian besar yaitu (92%) K4 nya 100% yang artinya sudah memenuhi target. Hanya 1 puskesmas (8%) saja yang belum memenuhi target karena hanya (79,7%).
3. Semua (100%) Ibu hamil yang mengisi P4K.

4. Sebagian besar (92%) semuanya (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe. Hanya 1 puskesmas (8%) saja yang belum semua (84,1%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe.
5. Sebagian besar (85%) semuanya (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan baik di puskesmas, klinik bersalin ataupun RS. Masih ada 2 puskesmas (15%) yang belum semua (98,9% dan 97,2%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan baik di puskesmas, klinik bersalin ataupun RS.
6. Sebagian besar (92%) semuanya (100%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil melaksanakan KN dengan lengkap. Hanya 1 puskesmas (8%) saja yang belum semua (98,7%) ibu hamil peserta kelas ibu hamil melaksanakan KN dengan lengkap.
7. Terdapat (77%) semuanya (100%) bayi yang dilahirkan oleh ibu hamil peserta kelas ibu hamil dilakukan IMD. Masih ada 3 puskesmas (23%) saja yang belum semua (98,7%, 85% dan 53,78%) bayi yang dilahirkan oleh ibu hamil peserta kelas ibu hamil dilakukan IMD.
8. Terdapat (61%) puskesmas yang melibatkan kader kurang dari 10 orang pada kelas ibu hamil dan ada (39%) puskesmas yang melibatkan kader kurang dari 10 orang pada kelas ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. (2010). *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. JNPK-Kespro. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Balita*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Umum Manajemen Penerapan Buku KIA*. Jakarta (b)
- Direktorat Bina Kesehatan Ibu Dirjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Pedoman Penyelenggaraan Kelas Ibu Balita, Ibu Hamil dan Ibu Menyusui* : Jakarta

- Direktorat Bina Kesehatan Ibu Dirjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia*: Jakarta (a)
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua*: Jakarta (b)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Pelatihan Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita Untuk Petugas Kesehatan*; Jakarta
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.(2015). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Direktorat Kesehatan Keluarga. Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Tesis Dyah P. (2012). *Pengaruh Kelas Ibu Hamil Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Kehamilan dan Persalinan*. UNS
- Tesis Hilda P. (2013). *Evaluasi Program Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Wilayah Kabupaten Batang Tahun 2012*. UNDIP Semarang.

KARAKTERISTIK PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DI PUSKESMAS CILACAP TENGAH 1 DAN 2

Dewi Prasetyani¹, Evy Apriani²
STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: prasetyanidewi78@gmail.com

ABSTRACT

Diabetes type 2 patients continues to increase. Health research results show that there is currently no difference in the number of DM patients between urban and rural communities. The results also show that many DM patients who are still in productive age. Likewise with other factors such as gender, knowledge and education. The success of DM management is influenced by the ability of patients to perform self-care activities to keep blood sugar level within normal limits. The purpose of the study: the study was to describe the characteristics of type 2 DM patients consisting of age, gender, education, occupation, income, duration of DM, knowledge and self-care ability. Type of research: the research used descriptive survey research. A total of 152 people were determined using total sampling technique. The instrument of the research is questionnaire about demographic data of respondent, knowledge and ability of self-care. Data analysis uses the mean, minimum, maximum, standard deviation and frequency distribution. Result: the average of the respondent have age 60,8 year. The majority of respondent were 101 women (66,4), high school or college education level of 78 people (51,3). Most of the work was retired respondent or housewives is as many as 129 people (84,9%). Most of the respondent had an income of more than and equal to the UMR89 people (58,6%). The average DM experience was 5 years. The level of knowledge about DM is mostly in the good category that is 85 people (55,9%). Most respondent have bad self-care ability that is 86 people (56,6%).

Keywords: type 2 diabetes mellitus, characteristics

PENDAHULUAN

Penyakit *Diabetes Mellitus* (DM) merupakan penyakit yang bersifat kronis dan dikenal sebagai *the silent killer* karena seringkali penderitanya tidak merasakan tanda dan gejala. *International Diabetes Federation* [IDF] (2011) memperkirakan sebanyak 183 juta orang tidak menyadari bahwa mereka mengidap DM. DM juga telah menjadi penyebab dari 4,6 juta kematian di dunia.

Prevalensi *Diabetes Mellitus* (DM) dari tahun ke tahun semakin meningkat seiring perubahan gaya hidup. *The International Diabetes Federation* (IDF) melaporkan bahwa pada tahun 2013 jumlah pasien DM di dunia sebesar 382 juta. Jika tidak ada upaya pencegahan, jumlah ini diprediksi akan meningkat sebesar 55%

menjadi 592 juta orang atau 10 juta setiap tahun sampai tahun 2035. DM tipe II merupakan tipe yang paling banyak jumlahnya, bahkan meliputi lebih dari 90% dari semua populasi DM (Scott, et al., 2009; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009; IDF, 2013, 2014).

Jumlah pasien DM di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan dari 8.6 juta jiwa pada tahun 2013 menjadi 9 juta jiwa pada tahun 2014 (IDF, 2014). Hasil riset kesehatan yang dilakukan BPPK Kemenkes (2013) menunjukkan bahwa prevalensi DM tahun 2013 meningkat 2,1 % dibanding tahun 2007, yaitu 1,1 %.

Data yang sama juga ditunjukkan oleh hasil riset kesehatan dasar tahun 2013. Berdasarkan hasil riset tersebut, kejadian DM di provinsi Jawa Tengah lebih tinggi (1,6%) dibanding persentase kejadian DM di Indonesia (1,5%). Data tersebut adalah data kejadian DM yang terdiagnosa oleh dokter. Sementara yang belum terdiagnosa diyakini lebih banyak lagi.

Sedangkan di kabupaten Cilacap, kejadian DM menunjukkan angka tertinggi yaitu 3,9 % pada tahun 2009 (BPPK Kemenkes RI, 2009). Meskipun pada tahun 2012 prevalensi DM di Cilacap bukan yang tertinggi, namun jumlah penderita DM tipe II mencapai 7.064 orang (Dinkes Prop. Jawa Tengah, 2012).

Tingginya kejadian DM kemungkinan terjadi karena pola kebiasaan makan masyarakat Cilacap yang menyukai makanan yang tinggi lemak dan kolesterol seperti jeroan dan gorengan, dan kebiasaan mengonsumsi makanan dan minuman yang manis. Faktor genetik menjadi faktor lain yang menyebabkan kejadian DM. Seringkali dalam satu keluarga peneliti menjumpai suami, istri yang menderita diabetes dan menurun kepada anak-anaknya. Kebiasaan utama yang sulit ditinggalkan oleh masyarakat adalah makan mendonan dan gorengan sejenisnya serta kebiasaan minum yang manis.

Puskesmas Cilacap Tengah 1 dan 2 merupakan puskesmas yang telah menyelenggarakan program PTM dan Prolanis secara kontinyu. Data pasien yang teridentifikasi menunjukkan penyakit DM merupakan penyakit PTM terbanyak kedua setelah hipertensi. Jumlah pasien yang teridentifikasi di puskesmas Cilacap Tengah 1 adalah 105 orang, sementara di puskesmas Cilacap Tengah 2 adalah 80

orang. Diperkirakan terdapat pasien DM yang tidak tercakup dalam penjangkaran tersebut.

Hasil survey awal menunjukkan bahwa pasien DM anggota prolanis di Puskesmas Cilacap Tengah 1 dan 2 memiliki karakteristik yang berbeda. Hal ini ternyata berpengaruh terhadap kemampuan pasien dalam melakukan perawatan dan menjaga kadar gula darahnya tetap dalam batas atau mendekati normal.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian survey deskriptif yang mempunyai tujuan untuk menggambarkan karakteristik pasien DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Cilacap Tengah 1 dan 2. Besar sampel yang didapatkan adalah 152 orang. Pengambilan data dilakukan pada bulan Agustus – September 2017.

Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner tentang karakteristik responden yaitu tentang umur, alamat, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama DM, pengetahuan dan kemampuan *self-care*. Kemampuan *self care* pasien DM dinilai menggunakan kuesioner *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) yang dikembangkan oleh Toobert et al (2000).

HASIL

Hasil olah data menunjukkan bahwa dari 152 responden, rata-rata memiliki umur 60,8 tahun, dengan umur termuda 39 tahun dan tertua 89 tahun. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan 101 orang (66,4%), sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMA atau Perguruan Tinggi sejumlah 78 orang (51,3%). Sedangkan untuk pekerjaan, mayoritas responden pensiunan atau ibu rumah tangga yaitu sebanyak 129 orang (84,9%). Sebagian besar responden memiliki penghasilan lebih dari sama dengan UMR yaitu sejumlah 89 orang (58,6%), rata-rata mengalami DM adalah 5 tahun dengan rentang terkena DM minimum satu tahun hingga 21 tahun. Tingkat pengetahuan responden tentang DM sebagian besar berada pada kategori baik yaitu sejumlah 85 orang (55,9%) dan sebagian besar responden memiliki kemampuan self-care buruk yaitu sejumlah 86 orang (56,6%). Karakteristik demografi pasien ditunjukkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik demografi pasien DM tipe 2 di Prolanis Puskesmas Cilacap Tengah 1 dan 2

Variabel	Jml	Frek.	Mean
Umur			60,8
Jenis Kelamin :			
1. Perempuan	101	66,4	
2. Laki-laki	51	33,6	
Pekerjaan:			
1. PNS/swasta	23	15,1	
2. Pensiun/lain	129	84,9	
Pendidikan:			
1. SD/SMP	74	48,7	
2. SMA/PT	78	51,3	
Penghasilan:			
1. < UMR	63	41,4	
2. UMR	89	58,6	
Lama DM			5,2
Pengetahuan:			
1. Rendah	2	1,3	
2. Sedang	65	42,8	
3. Baik	85	55,9	
Self-care:			
1. Rendah	86	56,6	
2. Baik	66	43,4	
Jumlah	152	100	

Sumber: Data primer diolah 2017

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata umur responden adalah 60 tahun. Hal ini sesuai dengan pendapat Smeltzer dan Bare (2008), bahwa umur sangat erat kaitannya dengan kenaikan gula darah, dimana semakin meningkat umur maka resiko mengalami DM tipe 2 semakin tinggi. Proses menua akan menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi dan biokimia tubuh yang salah satu dampaknya adalah meningkatnya resistensi insulin. Menurut WHO, setelah usia 30 tahun, kadar gula darah akan naik 1-2 mg/dL/tahun pada saat puasa, dan akan naik 5.6-13 mg/dL pada 2 jam setelah makan (Sudoyo, 2006). Selain itu, pada individu yang lebih tua juga mengalami penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin (*Yale News*, 2010). Pada usia tua juga cenderung memiliki gaya hidup yang kurang aktif dan pola makan tidak seimbang

Hasil penelitian menggambarkan bahwa jumlah pasien DM perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Kondisi tersebut dapat disebabkan oleh adanya perbedaan komposisi lemak tubuh dan kadar hormon seksual antara perempuan dan laki-laki dewasa. Kadar lemak normal pada laki-laki berkisar antara 15 – 20% sedangkan pada perempuan berkisar antara 20 – 25% dari berat badan (Ernawati, et al., 2004). Kadar HbA1c pada perempuan usia lebih dari 50 tahun lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hal ini diduga akibat penurunan hormon estrogen pada perempuan yang mengalami menopause (Yang et al., 1997). Penurunan hormon estrogen juga menyebabkan peningkatan cadangan lemak tubuh terutama di daerah abdomen (Thorand et al., 2007).

Tingkat pendidikan responden merata untuk tingkat pendidikan dasar (SD/SMP) dan pendidikan tinggi (SMA/PT). Tingkat pendidikan berpengaruh tidak langsung terhadap kontrol gula darah pasien. Pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi lebih mudah memahami informasi tentang diabetes yang diberikan dan kebutuhan-kebutuhan terkait perawatan diabetes (Wilkinson, Whitehead & Ritchie, 2014). Hal ini juga ditunjukkan dari mayoritas responden memiliki pengetahuan baik tentang DM. Tingkat pengetahuan yang baik ini dapat dijadikan modal bagi tenaga kesehatan untuk selalu memotivasi pasien DM dalam melakukan *self-care* dan untuk memilih metode edukasi yang tepat sehingga dapat mencapai sasaran.

Mayoritas penghasilan responden berada diatas UMR, yaitu dengan penghasilan perbulan lebih dari Rp.1.200.000. Meskipun demikian pendapatan tersebut belum sebanding dengan besarnya biaya yang harus dikeluarkan pasien untuk mengelola penyakitnya. Karena dibutuhkan biaya yang cukup besar untuk perawatan DM, seperti kunjungan rutin ke puskesmas atau pemeriksaan gula darah secara rutin. Namun dengan adanya program BPJS dapat membantu meringankan beban biaya pada pasien DM.

Rata-rata lama responden menderita DM adalah 5,2 tahun. Lama menderita DM sering dihubungkan dengan komplikasi. Komplikasi biasanya timbul setelah pasien mengalami DM selama lebih dari 10 tahun. Penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata responden menderita DM kurang dari 10 tahun, sehingga pasien belum

beresiko untuk mengalami komplikasi. Namun tidak menutup kemungkinan untuk terjadinya komplikasi karena faktor obesitas, dislipidemia dan lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kategori rendah untuk kemampuan *self-care* DM. *Self-care* DM merupakan tindakan yang dilakukan perorangan untuk mengontrol DM yang meliputi diet, peningkatan aktivitas fisik, minum obat teratur, kontrol teratur dan perawatan kaki (Sigurdardotir, 2005). Aktivitas *self-care* idealnya dilakukan selama 7 hari dalam seminggu agar tercapai kontrol gula darah yang optimal. Akan tetapi jika pasien tidak sanggup, minimal dapat dilakukan 3 – 5 hari perminggu. Rendahnya kemampuan *self-care* DM sebagian besar disebabkan karena jenuh, bosan atau merasa dibatasi. Faktor kurang informasi dan biaya juga menjadi alasan kurangnya kemampuan *self-care* pasien DM.

Keseluruhan aspek *self-care* DM harus dilakukan oleh pasien dalam kehidupan sehari-hari agar tercapai pengontrolan kadar gula darah yang optimal sehingga dapat meminimalkan terjadinya komplikasi. Oleh karena itu, perawat sebagai petugas kesehatan harus memahami secara mendalam tentang aktifitas *self-care* DM agar dapat memberikan informasi secara benar dan luas kepada pasien DM.

KESIMPULAN

1. Rata-rata umur pasien DM tipe 2 di Puskesmas Cilacap Tengah 1 dan 2 adalah 60,8 tahun
2. Sebagian besar pasien DM tipe 2 berjenis kelamin perempuan (66,4%)
3. Rata-rata lama menderita DM adalah 5,2 tahun
4. Sebagian besar pasien memiliki pengetahuan baik tentang DM (55,9%)
5. Sebagian besar responden memiliki kemampuan *self-care* kategori rendah (56,6%).

SARAN

1. Perlu dilakukan edukasi dengan metode pemberian edukasi DM yang selalu dimodifikasi seperti metode *Focuss Group Discussion* atau *Small Group Discussion*

2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang karakteristik pasien DM tipe 2 dengan memasukkan variabel-variabel lain seperti kebiasaan makan, kebiasaan olah raga, keturunan dan obesitas.
3. Perlu pengembangan lebih lanjut penelitian tentang kemampuan *self-care* pasien DM tipe 2.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). (2013). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 36, 11 – 66
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar 2013*. Diunduh pada tanggal 7 Februari 2015 dari <http://www.litbang.depkes.go.id>.
- Black, J.,M.& Hawks, J.H. (2005). *Medical surgical nursing* (7th ed.). Saint Louis : Elsevier Saunders
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Diabetes report card 2012*. Diunduh pada tanggal 20 Februari 2014 dari <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/DiabetesReportCard.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). *National diabetes statistics report, 2014*. Diunduh pada tanggal 20 Oktober 2014 dari <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>
- Day, John L. (2001). *Living with diabetes : the diabetes UK guide for those treated with diet and tablets*. London : Diabetes UK.
- Hastono, Sutanto Priyo. (2006). *Analisis multivariat*. Depok :Departemen Biostatistika. FKM UI.
- Hill, Jill. (2011). Diabetes monitoring: Risk factors, complications and management. *Nurse Prescribing*. 9 : 122-130.
- Info Datin (2014). Situasi dan analisis diabetes. Diunduh pada tanggal 7 Juli 2016 dari <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-info-datin.html>
- International Diabetes Federation (IDF). (2014). *Diabetes facts and figures*. Diunduh pada tanggal 19 Februari 2015 dari <http://www.idf.org/diabetesatlas>

- Irawan, D. (2010). Tesis: Prevalensi dan faktor resiko kejadian Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di daerah Urban Indonesia (Analisa data sekunder Riskesdas 2007). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Nathan, D.M. & Delahanty, L.M. (2005). *Beating diabetes: The first program clinically proven to dramatically improve your glucose tolerance*. New York : Mc.Graw Hill
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni). (2011). *Konsensus pengendalian dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia 2011*.
- Siagian, Priska. Trik mensiasati hormone stress. <http://preventionindonesia.com/article.php?channel=prevention&name=/trik-mensiasati-hormon-stres>. Diperoleh tanggal 27 Februari 2017
- Sigal, R. J., Kenny, G. P., Wasserman, D. H., Castaneda-Sceppa, C., & White, R. D. (2006). Physical activity/exercise and type 2 diabetes : A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 29, 1433 - 1438
- Smeltzer, S.O. & Bare, B.G. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
- Sudoyo, A., et al. (2006). *Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Sujaya, I.Ny. (2009). Pola konsumsi makanan tradisional Bali sebagai faktor resiko diabetes mellitus tipe 2 di Tabanan Bali. *Jurnal Skala Husada*. Vol. 6 No.1: 75-81
- Swanson, V. (2012). *Diabetes diet*. UK : Xlibris Corporation LLC
- Teixeria-Lemos, Nunes S., Teixeira F., Reis F. (2011). Regular physical exercise training assists in preventing type 2 diabetes development. *Biomed Central Cardiovascular Diabetology*, 10 1-15.
- Thorand, B., Boumert, J., Kolb, H., Meisinger, Ch., Chambless, L., Koenig, W. & Herder, Ch. (2007). Sex differences in the predictions of type 2 diabetes by inflammatory markers. *Diabetes Care*, 30, 854 – 860
- Yale University Library (2010). Yale News. Diunduh pada tanggal 10 Maret 2017 dari http://web.library.yale.edu/librarynews/2010/11/glad_records_donated_to_yale_1.html.

DROP OUT PENGOBATAN HIV PADA IBU BERDASARKAN FAKTOR PREDISPOSISI DI KABUPATEN BANYUMAS TAHUN 2016

Dyah Fajarsari
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: *dhie_aah@yahoo.co.id*

ABSTRACT

HIV-infected women must face challenges and threats such as doctor's verdicts about HIV-positiveness, people's stigma, HIV testing, the handling problems, poverty, and gender roles. Long-term treatment is frequent in every chronic illness, including HIV-AIDS, treatment including antiretroviral (ARV) medication, prophylaxis, or treatment for opportunistic infections. The adherence of therapy is the most essential thing to suppress HIV replication and avoid the occurrence of resistance. This study is aimed to acquire the detailed and in-depth description of the case of Drop-Out HIV Treatment to mothers in Banyumas District in 2016. The method of Qualitative research with case study design. The Informants selection of in this study was conducted by using non-probability sampling technique, how to collect the data in-depth interview method (indepth interview). the main Informants are mothers who are dropped out in HIV treatment as much as 5 people. The secondary informants are husband/family and health workers. The results showed that the duration drop out of HIV treatment between 7 - 16 months, when lost follow-up had opportunistic infection forming tuberculosis and ulcers on neck The side effects of ARV treatment experienced were nausea, dizziness and itching of skin, The mothers' limited understanding in how to take medication and its benefits, beliefs about HIV treatment and treatment benefits.

PENDAHULUAN

Kurang lebih 40 % diantara 18.000 kasus baru ditemukan setiap tahun adalah IRT. Laporan di Indonesia tahun 2015 perempuan yang mengalami HIV sebesar 40 %, sedangkan th 2016 sampai bulan Juni sebesar 38 % menunjukkan peningkatan yg cukup signifikan. Kejadian AIDS berdasarkan pekerjaan IRT sampai bulan Juni 2016 sebanyak 11,655 (th 2015 :1.350 dan Juni 2016 sebanyak 548).

Perempuan yang terinfeksi HIV harus menghadapi tantangan dan ancaman spt vonis dokter tentang positif HIV, stigma masyarakat, tes HIV, masalah penanganan, kemiskinan, dan peran jenis kelamin. Terkait stigma masyarakat menjadikannya tekanan yang luar biasa bagi penderita. Perasaan tertekan, cemas, tegang yang merupakan bagian dari stress dan mempengaruhi aktivitas dan semangat hidup pasien.

Pengobatan yang harus dilakukan untuk jangka panjang adalah hal yang biasa pada setiap penyakit kronis, termasuk HIV-AIDS. Kendala memulai ARV : blm melakukan pemeriksaan CD4 dan VL karena biaya, jarak jauh dan lain-lain, sehingga datang konsul kondisi infeksi HIV sudah memburuk. Awal menjalani pengobatan: masalah fisik dan kelelahan berdampak pada isolasi diri dan semakin kuatnya persepsi mengenai stigma. Hambatan lain : ketakutan akan efek samping (statistik hanya 10-30 ODHA yang mengalami efek samping). Terapi ART merupakan komitmen jangka panjang, kepatuhan terapi adalah hal yang paling penting dalam menekan replikasi HIV dan menghindari terjadinya resistensi. Lost to follow up dengan terapi ART dapat menyebabkan berhentinya terapi, meningkatkan risiko kematian, menyulitkan untuk evaluasi dan pelayanan terapi ART. Bila resistensi terjadi maka pengobatan menjadi tidak efektif sehingga diperlukan upaya baru melawan infeksi dengan obat lain. Dari sudut ekonomi ketidakpatuhan berobat mengakibatkan biaya berobat dengan mahalnnya harga obat pengganti dan lamanya perawatan di RS.

Banyumas terdapat 5 tempat yang menyediakan layanan ART yaitu RSMS, RSBMS, RS Ajibarang, Puskesmas cilongok I dan Puskesmas Baturaden II. Meskipun efektifitas layanan ARV meningkat namun masih terdapat ODHA yang belum memulai pengobatan /mengalami lost follow up maupun menghentikan program ART.

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan penyebab drop out pengobatan HIV pada ibu dari faktor predisposisi yaitu riwayat pengobatan HIV, efek samping pengobatan, pengetahuan ibu tentang pengobatan, dan keyakinan ibu tentang pengobatan HIV.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *kualitatif*, jenis penelitiannya dirancang dengan menggunakan metode studi kasus.

Ada dua jenis informan dalam penelitian ini yaitu informan utama dan sekunder selain itu juga ada informan kunci yang mengetahui keberadaan dan kondisi dari subyek utama dalam penelitian ini yaitu petugas kesehatan yang berada di klinik

VCT. Pemilihan informan pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik non probability sampling (sampel non probabilitas) yaitu purposive sampling. Berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan didapatkan informan utama sebanyak 5 orang, informan sekunder dari keluarga didapatkan informan sekunder sebanyak 3 orang, Informan sekunder petugas kesehatan pada penelitian ini sebanyak 3 orang, 1 orang yang bertugas di klinik VCT RSMS, 1 orang petugas kesehatan Puskesmas Cilongok I dan 1 orang petugas kesehatan Puskesmas Baturaden II.

Cara pengumpulan data menggunakan metode wawancara mendalam (indepth interview) dalam pengumpulan data terhadap informan utama dan informan sekunder. Data dianalisis dengan menggunakan metode konten analisis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Riwayat Penyakit dan Drop Out Pengobatan

Riwayat penyakit dan pengobatan semua informan saat wawancara merasa dalam kondisi sehat. Terdapat 1 informan utama yang menambahkan bahwa merasakan jendolan 4 pada pangkal lidah warnanya seperti lidah, tidak sakit untuk menelan dan tidak panas, namun hal tersebut tidak menjadikan masalah baginya. Kecenderungan orang datang ke fasilitas kesehatan adalah saat sudah merasa sakit atau jika sudah mengganggu aktifitasnya sehari-hari. Hal ini sesuai dengan penelitian Rosiana (2014) yang menyatakan bahwa 19,05% pasien yang tidak melanjutkan lagi terapinya dengan alasan sehat sehingga tidak memerlukan terapi ARV. Hal ini sesuai dengan penelitian V Friedman dkk, sebanyak 25,2% pasien tidak pernah berobat lagi setelah kunjungan pertama dengan alasan pasien merasa cukup sehat dan tidak membutuhkan perhatian medis.

Kurangnya motivasi dan rasa putus asa bisa menjadi penghambat kepatuhan. Hal yang paling umum dirasakan oleh ODHA yaitu jenuh/bosan karena harus mengkonsumsi obat secara terus menerus. Dari sisi psikologi lainnya ada juga yang merasa tertekan karena harus minum obat atau memang sudah putus asa sehingga berimbas pada perilakunya menjadi malas minum obat.

Perempuan sering mendapatkan status HIV melalui kejadian yang terduga, sesudah suami/pasangan/anak menunjukkan gejala, sehingga perempuan mengalami beban krisis ganda. Di beberapa kasus, perempuan HIV positif juga dicap sebagai perempuan amoral. Ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV dipekirakan mengawali proses berduka saat mendapatkan informasi pertama kali terdiagnosa HIV/AIDS. Hal ini menyebabkan stress fisik, psikologis dan sosial. Stress adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap tuntutan bebannya. Stress juga dapat diartikan sebagai respon biologik, psikologik dan sosial individu akibat perbedaan tuntutan dari hasil interaksi dengan lingkungannya.

Respon pertama adalah dapat berupa menyangkal (tidak percaya, kaget/shock, tidak adil dan marah), tawar menawar (pengandaian), maupun depresi (menarik diri, khawatir akan masa depan dan perasaan sedih terhadap keadaan yang dialami). Fase tawar menawar diawali dengan reaksi kemarahan, yang merupakan fase yang sangat sensitif sehingga orang dengan kondisi tersebut paling mudah tersinggung dan marah. Hal ini merupakan proses koping individu untuk menutupi perasaan kecewa dan merupakan manifestasi kecemasan terhadap penyakit yang dideritanya. Keadaan seseorang akan membuat perbandingan dan mencari pembenaran terhadap penyakit yang dideritanya. Keadaan seseorang akan membuat perbandingan dan mencari pembenaran terhadap perasaannya dan sakit karena HIV yang dideritanya. Psikologi sangat berkaitan dengan kebutuhan psikologis, artinya perilaku akan mengikuti kebutuhannya yaitu seseorang yang mempunyai kebiasaan perilaku berisiko lebih siap menerima keadaannya dibandingkan dengan seseorang yang tidak melakukan perilaku berisiko.

Banyak hal yang menyebabkan stress pada ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV. Berdasarkan hasil penelitian di Jabotabek 2007 sebagian stress yang dialami karena kecemasan, terutama ketika mereka didiagnosis HIV, pada masa ini mereka mengalami keterkejutan karena perubahan hidup yang mendadak, ketidakbahagiaan, prasangka negatif pada suaminya, serta harus menjalani hidup dengan berbagai masalah. Demikian juga yang diungkapkan

oleh satu informan yang masih belum bisa menerima status HIVnya. Selain itu juga akan karena adanya masalah yang dihadapi antara lain beban ganda, stigma negatif wanita dalam masyarakat dan keluarga, serta masalah keinginan memiliki anak

Semua informan terkena HIV dari tahun 2014-2015 rentang lama mengalami/mengidap HIV antara 5 bulan- 3 tahun, lama pengobatan HIV yang dijalani oleh ibu antara 2 minggu hingga 18 bulan dan rentang lost follow up pengobatan HIV yang dilakukan oleh ibu antara 6 bulan hingga 17 bulan. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa informan menderita HIV sebagian besar belum lama, sehingga alasan penghentian pengobatan ARV karena timbulnya rasa bosan yang disebabkan pemakaian jangka panjang obat tidak terjadi.

Lost to follow-up dengan terapi ARV dapat menyebabkan berhentinya terapi, meningkatkan risiko kematian, menyulitkan untuk evaluasi dan pelayanan terapi ARV. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien untuk minum obat. ketidak patuhan berobat mengakibatkan kegagalan pengobatan yang menyebabkan resistensi dan terjadi kegagalan imunologik sehingga keadaan klinis memburuk. Bila terjadi resistensi terhadap pengobatan maka pengobatan menjadi tidak efektif atau berhenti bekerja sehingga diperlukan upaya baru untuk melawan infeksi dengan obat lain atau obat yang sama dengan dosis yang berbeda atau kombinasi. Dampak dari drop out pengobatan HIV dialami oleh 3 orang informan yaitu 1 orang mengalami TBC bahkan sampai mondok di RS, 1 orang mengalami bisul/abces, dan 1 orang merasakan benjolan pada pangkal lidahnya.

2. Efek samping pengobatan

Pengobatan yang harus dilakukan untuk jangka panjang adalah hal yang biasa pada setiap penyakit kronis, termasuk HIV-AIDS. Kegagalan terapi ARV sering diakibatkan oleh ketidakpatuhan pasien untuk minum obat. ketidak patuhan berobat mengakibatkan kegagalan pengobatan yang menyebabkan resistensi dan terjadi kegagalan imunologik sehingga keadaan klinis memburuk.

Gejala-gejala tidak minum obat yang dialami oleh informan adalah mengalami bisul dan TBC yang membuat informan harus dirawat.

Efek samping atau toksisitas merupakan salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam pemberian ARV. Selain itu, efek samping atau toksisitas ini sering menjadi alasan medis untuk mengganti (substitusi) dan/atau menghentikan pengobatan ARV. Pasien, bahkan kadang menghentikan sendiri terapinya karena adanya efek samping.

Hambatan yang sering dijumpai adalah ketakutan akan efek samping. Ketakutan akan efek samping ARV harus dirubah melalui pendidikan dan sosialisasi terus menerus supaya tidak terjadi drop out (putus obat) dan akan mengancam jiwa penderita HIV

Sebagian besar informan merasakan efek samping dari pengobatan ARV namun gejalanya berbeda-beda berupa mual, pusing, gatal-gatal seluruh tubuh yang pada akhirnya memutuskan untuk berhenti mengkonsumsi obat, dan ada informan yang juga mengalami efek samping dari antibiotik yang merupakan rangkaian pengobatan HIV, tetapi tidak ada informan yang mengalami dampak efek samping dari obat ARV yang sampai mengakibatkan dirawat. Statistik menunjukkan hanya 10-30 ODHA yang mengalami efek samping tetapi masih dapat diobati. Dampak dari efek samping yang dialami oleh informan sebagian besar melakukan tindakan menghentikan pengobatan dan hanya satu orang yang mendapatkan obat untuk mengurangi efek samping berupa mual.

Pendapat Sasmitaaji (2010) menemukan pengalaman efek samping mempunyai kecenderungan lebih besar untuk melaksanakan kepatuhan yang tinggi daripada yang tidak memiliki pengalaman efek samping pengobatan.

Akan tetapi tidak semua ODHA akan mengalami efek samping obat dan pada umumnya efek samping yang timbul dapat diatasi dengan baik mengingat keuntungan dari terapi lebih besar dari pada risiko kesakitan maupun kematian yang mengancam ODHA, maka terapi ARV tetap perlu dilakukan, selain itu semua pengobatan yang panjang dan pada penyakit yang bersifat kronis akan menimbulkan efek samping

3. Pengetahuan Tentang Pengobatan HIV

Pengetahuan pada umumnya merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku dan mempengaruhi tindakan sehari-hari. Sehingga pemahaman pengetahuan yang baik tentang pengobatan HIV dapat membentuk perilaku kepatuhan dalam pengobatan HIV. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo bahwa pengetahuan merupakan komponen pendukung perilaku yang utama. Pendapat yang sama juga dikemukakan Lawrence Green bahwa pengetahuan merupakan antesenden perilaku yang menyediakan landasan utama atau motivasi melakukan suatu tindakan

Pengetahuan ibu tentang pengobatan ARV hanya sebatas tahu saja dan hal itu juga terlihat dari cara menjawab ibu yang tampak ragu-ragu bahkan beberapa mengatakan lupa Pengetahuan informan tentang obat ARV hanya 1 orang yang menyebutkan jenis obat HIV yang dikonsumsinya, semua informan mengetahui tentang manfaat pengobatan HIV, sedangkan efek samping dari pengobatan HIV, semua informan hanya menyebutkan yang sesuai dengan yang dialaminya saja, dan sebagian besar mengetahui akibat dari berhenti pengobatan HIV.

Pengetahuan yang diperoleh ODHA berasal dari konseling yang diberikan oleh petugas kesehatan sebelum dilakukan tes, setelah dilakukan tes, sebelum memulai pengobatan dan saat datang kontrol ke klinik VCT, namun melihat lamanya informan menderita HIV dan frekuensi untuk datang ke klinik VCT yang baru beberapa kali bahkan ada yang baru pertama kali menunjukkan bahwa informan kurang dalam mendapatkan konseling pengobatan, dan karena sebagian besar informan tertular HIV oleh suaminya dan saat sebelum tes ibu tidak menunjukkan gejala sakit sehingga sebelum dilakukan tes HIV, kondisi psikologis informan masih dalam proses berduka sehingga saat diberikan konselingpun menjadi tidak maksimal sehingga mempunyai pengetahuan yang kurang.

4. Keyakinan Tentang Pengobatan HIV

Keyakinan ibu dalam menjalankan pengobatan HIV tergantung dari pengalaman ibu selama mengikuti pengobatan HIV seperti efek samping yang dialami akan merubah pandangan ibu dalam meyakini akan manfaat pengobatan HIV, menurut Malta dan kumarasamy menyatakan bahwa persepsi ODHA terhadap keparahan penyakit dan keyakinan manfaat ARV mempengaruhi kepatuhan dalam meminum ARV.

Kurangnya pemahaman tentang HIV yang ditunjukkan dari jawaban informan yang masih ragu-ragu dalam menjawabnya dan masih adanya rasa tidak yakin akan manfaat dan kepatuhan pengobatan dikarenakan informan mengalami efek samping yang justru dirasakan merugikan informan. Salah satu informan menghentikan pengobatan HIV dikarenakan adanya efek samping dan beralih kepada pengobatan tradisional (jawa).

Hasil penelitian Karl Peltzer di Afrika Selatan menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan ODHA yang tinggal diperkotaan, tingkat depresi rendah, memiliki nilai lebih tinggi dalam informasi, kemampuan berperilaku serta dukungan sosial. Sedangkan kurangnya kepatuhan disebabkan karena faktor lingkungan yang kurang mendukung, mengalami diskriminasi atau menggunakan obat herbal untuk pengobatan HIV.

SIMPULAN

Rentang lama pengobatan yang dilakukan informan antar 3 hari – 8 bulan, dimana mengalami/mengidap HIV antara 5 bulan- 3 tahun, dan rentang *lost follow up* pengobatan HIV yang dilakukan oleh ibu antara 6 bulan hingga 17 bulan. Efek samping pengobatan HIV yang dialami ibu terutama pada saat awal pengobatan yaitu mual, gatal-gatal dikulit dan juga pusing. Sebagian besar pengetahuan informan tentang pengobatan HIV kurang dan hanya mengetahui tentang manfaat pengobatan HIV. Sebagian besar informan mempunyai keyakinan tentang Pengobatan HIV

DAFTAR PUSTAKA

- Treerutkuarkul, Apiradee. (2007). *40% of new AIDS cases are housewives*, Bangkok Post 5
- RI, Kemenkes. (2016). *Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS dan PIMS di Indonesia April-Juni 2016*. Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta
- Pittiglio Laura, HoughEdythe. *Coping With HIV: Perspectives of Mothers*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, Volume 20, Issue 3, May–June 2009, Pages 184-192.
- Lemly D. (2009) *Being Female Linked to poorer survival*. The journal of infectious Diseases,; 199 :000-000.
- Djoerban Zubairi. (2015) *Memastikan Kualitas Hidup ODHA*.
- Collazos J et al. (2007). *Sex differences in the clinical, immunological and virological of HIV-Infected patient treated with HAART*. AIDS 21 : 835-843
- RI, KEMENKES. (2011). *Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa*. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan,
- Carter Michael.(2016). *Penggunaan ART Telah Mencegah Lebih Dari 850.000 Infeksi Oportunistis Di Negara Berpenghasilan Rendah Dan Menengah*. <http://spiritia.or.id>. Diunduh pada tanggal : 21 Maret 2016
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999) *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, CA. Mayfield
- Agustinova, Danu Eko. (2015) *Memahami Metode Penelitian Kualitatif*. Penerbit Calpulis :
- Moleong JL, Prof,DR. (2009) *Metode penelitian Kualitatif*. ROSDA, Bandung
- Oktarida. (2011). *Stigmatisasi, Diskriminasi dan ketidak setaraan Gender pada ODHA Perempuan Study Life History Pada Perempuan yang terpapar HIV/AIDS*
- Ubra R reynold. (2012). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien HIV di Kabupaten Mimika-Provinsi Papua*
- Sarmiaji. (2010). *Kepatuhan pasien HIV dan AIDS terhadap terapi Antiretroviral di RSUP Dr Kariadi J Promosi Kesehatan Indonesia; Vol 5;No 1*

- Duffy L. (2005). *Suffering, shame, and silence; the stigma of HIV/AIDS di Jakarta.* J Malta M Et dan Kumurasamy N et al. *Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in chennai, India : a Qualitative study.* AIDS patient care STDS. Aug ; 19(8):526-37)
- Watt M H, Mawans, Earp, Setel PW, Golin CE, Jacobson M. (2009) *It's all the time in my mind: facilitators of adherence to antiretroviral therapy in tanzania selting Soc Sci Med.*2009 May: 68(10): 1793-800.epub
- Walter H. (2010). *et al understanding the facilitators and barriers antiretroviral adherence in peru : a qualitative study.* BMC Public Health, 10:13
asoc Nurses AIDS Care.2005; 16 (1); 13-20
- Rosiana AN, *Faktor-faktor yang mempengaruhi lost follow up pada pasien HIV/AIDS dengan terapi ARV di RSUP DR. Kariadi Semarang*
- Purwatiningtias A, Subronto YW, Hasanbasri M. (2007). *Pelayanan HIV/AIDS Di RSUP DR.Sardjito Yogyakarta.* KMK Universitas Gadjah Mada. Working Paper Series

HUBUNGAN ANTARA ASUPAN ZAT GIZI ENERGI, PROTEIN, ZAT BESI DAN POLA MENSTRUASI DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI BERDASARKAN JENJANG PENDIDIKAN DI KABUPATEN KEBUMEN

Ely Eko Agustina
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: agustinaely84@gmail.com

ABSTRACT

Bleeding as a major cause of high maternal mortality rate in Indonesia begins with anemia. The prevalence of anemia was found different in other countries. *Adolescence is a vulnerable age group to anemic. Anemia in adolescence girls will have an impact on reproductive health.* The purpose of this study to determine *the relationship between the intake of energy nutrients, iron protein and menstrual pattern with the incidence of anemia in adolescent girls in Kebumen regency in 2016.* This research is an analytic observational with case control design. The sample in this study of 120 respondents. The study was conducted in May-June 2016. Data were collected by questionnaire instruments and *Semi Quantitative- Food Frequency Questionnaire (SQ-FFQ).* Data analysis included univariate analysis of the frequency distribution of research variables, bivariate analysis with chi-square test, and multivariate logistic regression analysis. *The results showed that there was a significant relationship between energy intake of $p = (0.047)$, protein $p = (0,000)$, iron $p = (0.002)$, menstrual pattern $p = (0.001)$ with anemia incidence in adolescent girls. Multivariate analysis of logistic regression showed the most dominant variable on the occurrence of anemia was protein nutrient intake of OR 4.255 in CI (1,850-9,784). Kebumen District Health Office needs to socialize School Intensive Nutrition Program intensively and comprehensively to reduce the incidence of adolescent anemia. The activities of socialization and provision of iron supplementation should be carried out continuously with good evaluation after implementation.*

Keywords: Anemia, Adolescence Girl, Nutrient Intake, Menstrual Pattern

PENDAHULUAN

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) masih menjadi masalah utama dalam *Sustainable Development Goals (SDGs) 2015-2030.* Anemia menjadi salah satu faktor non-obstetri AKI. Prevalensi anemia yang berbeda ditemukan di berbagai negara. *World Health Organization (WHO)* memprediksi sekitar 27% remaja putri di negara berkembang menderita anemia. Hasil penelitian di India yang meneliti hubungan antara anemia pada populasi wanita di India dan didapatkan hasil prevalensi tertinggi anemia pada kelompok umur > 20 tahun (Teja *et al*, 2014).

Remaja putri dan putra menderita defisiensi Fe, dan anemia Fe karena meningkatnya kebutuhan Fe selama proses pertumbuhan (Kirana, 2011). Pengetahuan remaja terhadap anemia akan mempengaruhi pola konsumsi makanan. Perilaku remaja terkait dengan kebiasaan pola makan yang berakibat pada status gizi. (Imran *et al*, 2014) meneliti pengetahuan dan sikap anemia dengan status hemoglobin remaja putri, didapatkan hasil tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang anemia dengan status hemoglobin. Kebutuhan zat gizi dan zat besi remaja putri semakin meningkat dengan adanya menstruasi. Rupali *et al* (2015) meneliti hubungan antara pola menstruasi terhadap anemia pada remaja India, dengan hasil prevalensi anemia adalah 90,83%. Secara signifikan lebih banyak jumlah remaja dengan anemia memiliki siklus menstruasi tidak teratur, dismenorea dan sindrom pramenstruasi. Faktor risiko anemia lain yang pernah diteliti yaitu status gizi dengan berbagai indikator pengukuran. Penelitian Arumsari (2008) remaja putri yang berstatus gizi kurus cenderung untuk mengalami anemia 8.32 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja putri yang berstatus gizi gemuk. Remaja putri dengan status gizi normal mengalami kecenderungan 6.73 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibandingkan dengan remaja putri dengan status gizi gemuk.

Fajrin (2012) dalam penelitiannya menyebutkan penyebab anemia diantaranya karena konsumsi dan absorpsi zat besi yang rendah, kehilangan darah yang terus menerus, infeksi cacing, asupan protein dan sosial ekonomi yang rendah. Penyakit infeksi seperti malaria, *schistosomiasis*, dan kecacingan mempengaruhi absorpsi dan meningkatnya kehilangan Fe dari dalam tubuh (Iswandari 2014). Berdasarkan hasil observasi awal peneliti sejak tahun 2013 Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen telah melakukan sosialisasi dan pemberian tablet Fe untuk remaja putri. Kegiatan penyuluhan tentang bahaya anemia dan pemberian tablet Fe belum menjadi agenda rutin dari kebijakan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen sudah melakukan pemeriksaan dasar rutin secara komprehensif pada jenjang Sekolah Dasar, sedangkan pada jenjang pendidikan menengah dan jenjang perguruan tinggi belum teraksana karena beberapa kendala. Data *baseline* kesehatan termasuk prevalensi anemia remaja tidak dimiliki. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara asupan zat gizi energi, protein, zat

besi dan pola menstruasi dengan kejadian anemia pada remaja putri berdasarkan jenjang pendidikan di Kabupaten Kebumen.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain kasus kontrol. Populasi dalam penelitian ini adalah siswi Sekolah menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas dan Perguruan Tinggi di Kabupaten Kebumen tahun 2016. Besar sampel dalam penelitian ini 120 responden. Teknik sampel yang digunakan adalah *purposif sampling*. Penelitian dilakukan pada bulan Mei-Juni 2016. Pengambilan data dilakukan dengan kuisisioner dan *Semi Quantitative- Food Frequency Quotionare* (SQ-FFQ). Analisis data meliputi analisis univariat (frekuensi kejadian anemia, asupan zat gizi energi, protein, zat besi dan pola menstruasi); analisis bivariat dengan uji *chi_square* (hubungan antara kejadian anemia dengan asupan zat gizi energi, protein, zat besi dan pola menstruasi); dan analisis multivariat dengan regresi logistik untuk mengetahui faktor paling dominan yang mengakibatkan anemia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kejadian Anemia: Kejadian anemia pada remaja putri berdasarkan jenjang sekolah di kelompokkan menjadi kelompok kasus (remaja dengan anemia) dan kelompok kontrol (remaja yang tidak mengalami anemia), dari 120 responden remaja putri yang tidak anemia 63 responden (52,5 %), dan anemia 57 responden (47,5 %).

Hubungan Asupan Zat Gizi Energi Dengan Kejadian Anemia: Asupan zat gizi energi pada remaja putri berdasarkan jenjang sekolah dikategorikan menjadi asupan zat gizi energi kurang dan asupan zat gizi energi cukup. Asupan zat gizi energi pada remaja putri sebagian besar cukup 101 responden (84,2 %), dan sebagian kecil kurang 19 responden (15,8 %). Hubungan asupan zat gizi energi dengan kejadian anemia pada remaja putri disajikan pada Tabel 2:

Tabel 2. Hubungan Antara Asupan Zat Gizi Energi Dengan Kejadian Anemia

Asupan Zat Gizi Energi	Status Anemia				Total	p/OR	
	Anemia		Tidak Anemia				
	N	%	N	%			
Kurang	13	68,4	6	31,6	19	100	0,047
Cukup	44	43,6	57	56,4	101	100	2,807
Jumlah	57	47,5	63	52,5	120	100	

Responden di SMP N I Alian memiliki asupan zat gizi energi kurang 8 responden (21,6 %) dan zat gizi energi cukup 29 responden (78,3 %). Responden di SMK Batik Sakti I memiliki asupan zat gizi energi kurang 6 responden (16,6 %) dan zat gizi energi cukup 30 responden (83,3 %). Responden di STIE Putra Bangsa memiliki asupan zat gizi energi kurang 5 responden (10,6 %) dan zat gizi energi cukup 42 responden (89,3 %). Remaja SMP I Alian memiliki persentase terbesar asupan zat gizi energi kurang (21,6 %), dan lebih berpotensi mengalami anemia, sedangkan responden di STIE Putra Bangsa memiliki presentase terbesar asupan zat gizi energi cukup (89,3 %). Energi sangat dibutuhkan remaja untuk proses metabolisme tubuh. Kekurangan asupan zat gizi energi kemungkinan disebabkan karena jumlah asupan yang kurang pada sebagian remaja putri. Padatnya kegiatan sekolah dan tidak diimbangi dengan intake makanan yang cukup. Persentase terbesar asupan energi yang kurang berasal dari jenjang SMP. Berdasarkan pengisian SQ-FFQ, konsumsi sumber makanan penghasil energi bervariasi, kebiasaan sarapan dapat menjadi faktor pemungkin dari kurangnya asupan zat gizi energi responden.

Hubungan Asupan Zat Gizi Protein Dengan Kejadian Anemia: Asupan zat gizi protein pada remaja putri berdasarkan jenjang sekolah dikategorikan menjadi asupan zat gizi protein kurang dan asupan zat gizi protein cukup. Asupan zat gizi protein pada remaja putri sebagian besar cukup 82 responden (68,3 %), dan sebagian kecil kurang 38 responden (31,7 %). Hubungan antara asupan zat gizi protein dengan kejadian anemia pada remaja putri disajikan pada Tabel3:

Tabel 3. Hubungan Antara Asupan Zat Gizi Protein Dengan Kejadian Anemia

Asupan Zat Gizi Protein	Status Anemia				Total	<i>p/OR</i>	
	Anemia		Tidak Anemia				
	N	%	N	%			
Kurang	27	71,1	11	28,9	38	100	0,000
Cukup	30	36,6	52	63,4	82	100	4,255
Jumlah	57	47,5	63	52,5	120	100	

Responden di SMP N I Alian memiliki asupan zat gizi protein kurang 16 responden (43,2 %) dan zat gizi protein cukup 21 responden (56,7 %). Responden di SMK Batik Sakti I memiliki asupan zat gizi protein kurang 7 responden (19,4 %) dan zat gizi protein cukup 29 responden (80,5 %). Responden di STIE Putra Bangsa memiliki asupan zat gizi protein kurang 16 responden (34,0 %) dan zat gizi protein cukup 31 responden (65,9 %). Remaja SMP I Alian memiliki persentase terbesar asupan zat gizi protein kurang (43,2 %), dan lebih berpotensi mengalami anemia, sedangkan responden di SMK Batik Sakti I memiliki persentase terbesar asupan zat gizi protein cukup (80,5 %). Berdasarkan AKG, kebutuhan protein remaja usia 10-12 tahun sebesar 50 g, 13-15 tahun sebesar 60 g, 16-18 tahun sebesar 65 g. Protein berfungsi sebagai pembangun, pengatur dan bahan bakar metabolisme tubuh. Protein merupakan penyedia asam amino yang merupakan komponen dari semua sel dalam tubuh. Transferin dan ferritin merupakan jenis protein yang membantu mengangkut dan menyimpan zat besi. Kekurangan asupan protein dapat mengakibatkan rendahnya kadar hemoglobin yang merupakan ikatan protein globin dan heme. Konsumsi protein yang rendah dapat disebabkan karena konsumsi protein lebih didominasi protein nabati daripada hewani yang seharusnya seimbang. Protein digunakan untuk proses pertumbuhan dan sebagai cadangan energi jika asupan energi kurang. Kurnia (2014) meneliti tentang hubungan antara asupan makanan (zat gizi) dengan kejadian anemia pada siswa SMK N dan mendapatkan hasil terdapat hubungan yang bermakna antara asupan makanan (zat gizi) dengan kejadian anemia pada siswa SMKN I Buduran Sidoarjo.

Hubungan Asupan Zat Gizi Zat Besi Dengan Kejadian Anemia: Asupan zat besi pada remaja putri berdasarkan jenjang sekolah dikategorikan menjadi asupan zat besi kurang dan asupan zat besi cukup. Asupan zat besi pada remaja putri sebagian besar cukup 68 responden (56,7 %), dan sebagian kecil kurang 52 responden (43,3 %). Hubungan antara asupan zat gizi zat besi dengan kejadian anemia pada remaja putri disajikan pada Tabel 6:

Tabel 6. Hubungan Antara Asupan Zat Besi Dengan Kejadian Anemia

Asupan Zat Besi	Status Anemia				Total	p/OR	
	Anemia		Tidak Anemia				
	N	%	N	%			
Kurang	33	63,5	19	36,5	52	100	0,002
Cukup	24	35,3	44	64,7	68	100	3,184
Jumlah	57	47,5	63	52,5	120	100	

Responden di SMP N I Alian memiliki asupan zat besi kurang 19 responden (51,3%) dan zat besi cukup 18 responden (48,6%). Responden di SMK Batik Sakti I memiliki asupan zat besi kurang 15 responden (41,6%) dan zat besi cukup 21 responden (58,3%). Responden di STIE Putra Bangsa memiliki asupan zat besi kurang 18 responden (38,2%) dan zat besi cukup 29 responden (61,7%). Remaja SMP N I Alian memiliki persentase terbesar asupan zat besi kurang (51,3%), sedangkan responden di STIE Putra Bangsa memiliki persentase terbesar asupan zat besi cukup (61,7%). Zat besi merupakan komponen utama pembentuk hemoglobin yang berfungsi untuk mensintesis hemoglobin. Kelebihan besi dalam bentuk protein feritin disimpan dalam hati, sumsum tulang belakang, limpa dan otot. Ketidakseimbangan akan terjadi jika simpanan zat besi tidak cukup untuk pembentukan sel darah merah, akibatnya feritin serum menurun dan terjadi anemia defisiensi besi. Zat besi mempunyai peran yang penting dalam tubuh diantaranya membantu hemoglobin mengangkut oksigen dan membantu berbagai macam enzim mengikat oksigen untuk proses pembakaran/metabolisme tubuh. Kebutuhan zat besi pada remaja meningkat dari saat sebelum remaja sebesar 0.7-0.9 mg Fe/hr menjadi 2.2 mg Fe/hr, saat menstruasi berat kebutuhan Fe semakin meningkat, kebutuhan zat besi remaja sebesar 26 mg/hr. Kurangnya asupan zat besi yang sebagian besar terjadi

pada remaja putri jenjang SMP dapat disebabkan karena sebagian besar responden tidak pernah mengonsumsi suplemen Fe. Pengetahuan tentang anemia yang rendah juga terjadi di jenjang SMP, hal ini dapat menjadi faktor pemungkin kurangnya asupan zat gizi dengan kandungan zat besi yang rendah. Febrianti, *et all* (2013) dalam penelitiannya tentang lama haid dan kejadian anemia pada remaja putri dengan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan makan protein hewani dan nabati dengan kejadian anemia remaja putri di MAN 2 Bogor. Hasil berbeda ditunjukkan pada penelitian Adhisti (2011) tentang hubungan status antropometri dan asupan gizi dengan kadar HB dan feritin remaja putri dengan hasil tidak terdapat hubungan yang bermakna antara asupan gizi dengan kadar Hb dan kadar ferritin.

Hubungan Pola Menstruasi Dengan Kejadian Anemia: Pola menstruasi pada remaja putri berdasarkan jenjang sekolah dikategorikan menjadi pola menstruasi tidak normal dan pola menstruasi normal. Pola menstruasi pada remaja putri sebagian besar normal yaitu 78 responden (65,0 %), dan sebagian kecil tidak normal yaitu 42 responden (35,0 %). Hubungan antara pola menstruasi dengan kejadian anemia pada remaja putri disajikan pada Tabel 7:

Tabel 7. Hubungan Antara Pola Menstruasi Dengan Kejadian Anemia

Pola Menstruasi	Status Anemia				Total		p/OR
	Anemia		Tidak Anemia		N	%	
	N	%	N	%			
Tidak Normal	29	69	13	31	42	100	0,001
Normal	28	35,9	50	64,1	78	100	3,984
Jumlah	57	47,5	63	52,5	120	100	

Beberapa jenis gangguan menstruasi yang dialami oleh remaja diantaranya hipermenore, hipomenore, polimenore dan oligomenore. Dikatakan hipermenore apabila remaja mengalami menstruasi dengan volume darah haid lebih banyak (>80 ml/hr) dan lama/durasi haid lebih dari 8 hari. Hipomenore adalah menstruasi dengan volume haid lebih sedikit dan durasi lebih pendek dari biasanya. Polimenore merupakan pemendekan dari siklus haid (< 21 hari)/ frekuensi haid lebih sering. Sedangkan oligomenore adalah siklus haid lebih panjang dari biasanya (>35 hari) dan frekuensi haid lebih jarang dari biasanya. Jumlah darah yang hilang selama

satu periode menstruasi antara 20-25 cc, jumlah ini setara dengan kehilangan zat besi 12.5-15 mg/bulan atau 0.4-0.5 mg/hr.

Hasil penelitian menunjukkan jumlah responden dengan pola menstruasi tidak normal adalah 42 responden (29 kasus dan 13 kontrol). Sebagian besar responden pada kelompok kasus mengalami hipermenore (16 responden) dan polimenore (7 responden). Responden dengan hipomenore adalah 4 responden, oligomenore 2 responden. Pada kelompok kontrol responden yang mengalami hipermenore (1 responden), hipomenore (2 responden), polimenore (4 responden) dan oligomenore (6 responden). Gangguan menstruasi yang berpotensi mengakibatkan anemia yaitu hipermenore dan polimenore dan lebih banyak dialami oleh responden pada kelompok kasus. Pada kelompok kontrol sebagian besar gangguan menstruasi yang dialami adalah oligomenore dan tidak berpotensi mengakibatkan anemia.

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna antara pola menstruasi dengan kejadian anemia pada remaja putri (OR 3,984 pada CI 1,788-8,876), analisis multivariat menunjukkan bahwa pada model akhir (step 3) variabel yang bermakna berupa pola menstruasi yang tidak normal berpeluang mengalami anemia sebesar 3,743 dibandingkan responden dengan pola menstruasi normal. Rupali *et al* (2015), meneliti hubungan antara pola menstruasi terhadap anemia pada remaja India, dengan hasil prevalensi anemia adalah 90,83%. Anemia secara bermakna dikaitkan dengan panjang siklus menstruasi serta adanya dismenorea dan sindrom pramenstruasi tapi tidak dengan usia menarche dan durasi aliran darah. Secara signifikan lebih banyak jumlah remaja dengan anemia memiliki siklus menstruasi tidak teratur, dismenorea dan sindrom pramenstruasi. Faktor risiko anemia lain yang pernah diteliti yaitu status gizi dengan berbagai indikator pengukuran. Hasil yang berbeda ditunjukkan oleh penelitian Kirana (2011) tentang hubungan asupan zat gizi dan pola menstruasi dengan kejadian anemia pada remaja putri di Semarang dengan hasil tidak terdapat hubungan antara pola menstruasi dengan kejadian anemia.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara asupan zat gizi energi, protein, zat besi, dan pola menstruasi dengan kejadian anemia pada remaja putri. Analisis multivariat regresi logistik menunjukkan variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian anemia pada remaja putri adalah asupan zat gizi protein.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhisti, A. P., & Puruhita, N. (2011). *Hubungan status antropometri dan asupan gizi dengan kadar hb dan ferritin remaja putri (Penelitian pada remaja putri pondok pesantren At-Taqwa Semarang)*. Retrieved from <http://eprints.undip.ac.id/32867/1/Anyndya.pdf>
- Ali, M. A., & Sugiyanto, Z. (2012). *Hubungan inveksi helminthiasis dengan kadar hemoglobin (HB) Pada Siswa SD Gedongbina Remaja Kota Semarang 201*. *Jurnal Visikes* Volume 11(2), 80–87.
- Arlina (2013). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri Tentang Pencegahan Anemia Defisiensi Besi di MTS Pakel Kabupaten Tulungagung*. Skripsi. Kediri. Stikes Surya Mitra Husada.
- Arumsari, E. (2008). *Faktor Risiko Anemia pada Remaja Putri Peserta Program Penanggulangan Anemia Gizi Besi di Kota Bekasi*, 76.
- Dahlan, S. (2012). *Analisis Multivariat Regresi Logistik*. Salemba Medika: Jakarta.
- Damayani (2014). *Hubungan pengetahuan gizi dan pola makan pada remaja putri dengan kejadian anemia di SMP N 2 Kota Pinang Kabupaten Labuhan Batu Selatan Tahun 2014*. Skripsi. Medan. Sumatra utara. Universitas Sumatra Utara.
- Fajrin A (2012). *Faktor risiko sosial ekonomi, asupan protein, asupan zat besi terhadap kejadian anemia pada anak sekolah*. *Jurnal Gizi Indonesia* Volume 35 (1): 22-29.
- Fatmah, (2010). *Pengalaman Negara Lain dalam Perbaikan Gizi Remaja Sekolah Menengah*. *Majalah Kedokteran Indonesia*, pp.55–59.
- Febrianti, Utomo, W. B., & Adriana. (2013). *Lama Haid dan Kejadian Anemia pada Remaja Putri*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 4(No 1), 11–15.

- Imran, N. Indriasari, R. Najamudin, U. (2014). *Pengetahuan dan sikap tentang anemia dengan status hemoglobin remaja putri di SMA Negeri 10 Makasar.*
- Kirana, D. P. (2011). *Hubungan Asupan Zat Gizi dan Pola Menstruasi dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMAN 2 Semarang.*
- Kurnia, F. (2014). *Hubungan asupan makanan dengan kejadian anemia dan nilai praktik pada siswa kelas XI Boga SMKN 1 Buduran Sidoarjo. E-Jurnal Boga, 3(februari), 46–53. Retrieved from <http://www.scribd.com/document/downloads/200865992?extension=pdf&from=embed&source=embed>*
- Notoatmojo. S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan.* Rineka Cipta: Jakarta
- Pada, H., Hamil, I. B. U., & Pangemanan, D. H. C. (2015). *Hubungan Infeksi Cacing Dengan Tnf Dan Kadar Feritin. Jurnal e-Biomedik (e-Bm), 3(April), 3–8.*
- Qin, Y., Melse-boonstra, A., Pan, X., Yuan, B., Dai, Y., Zhao, J., ... Shi, Z. (2013). *Anemia in relation to body mass index and waist circumference among chinese women, 10–12.*
- Raharjo, B. (2003). *Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian anemia pada pekerja perempuan di Kelurahan Jetis Kecamatan Sukoharjo. Tesis.* Semarang. Universitas Diponegoro.
- Ramzi, M., Haghpanah, S., Malekmakan, L., Cohan, N., Baseri, A., Alamdari, A., & Zare, N. (2011). *Archive of SID Anemia and Iron Deficiency in Adolescent School Girls in Kavar Urban Area , Southern Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal. 13(2), 128–133.*
- Rupali, P. A., Sanjay, K. S., & Patle, R. A. (2015). *Anemia: Does it Have Effect on Menstruation? Scholars Journal of Applied Medical SciencesOnline) Sch. J. App. Med. Sci, 3(1G), 514–517. Retrieved from www.saspublisher.com*

HUBUNGAN ANTARA STATUS GIZI STUNTING DAN PERKEMBANGAN BALITA USIA 12-59 BULAN

Ema Wahyu Ningrum¹⁾, Tin Utami²⁾
STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
Email: em4wahyuningrum@gmail.com

ABSTRACT

Stunting is a problem of chronic malnutrition caused by the lack of nutrient intake in a long time due to feeding that is not in accordance with nutritional needs. Toddlers who have stunting have a risk of decreased intellectual ability, productivity, and increased risk of degenerative diseases in the future. Descriptive analytic research design with cross sectional approach. The sample size of 60 toddlers aged 12-59 months consisted of 60 infants. Sampling technique purposive sampling. The data collected are categorical data. The instrument measures stunting using microtoase and z-score, to detect developments using Denver II. Univariate analysis with frequency distribution, bivariate analysis using chi square and alternative test Fisher Exact test. The result of this research is there is no correlation between nutritional status with infant development ($p = 1,000$), there is no relation between sex with development of toddler ($p = 0,643$), no relation between age with infant development ($p = 0,307$) between birth weight history and infant development ($p = 0,612$). Midwives pay more attention to the growth and development of stunting children and conduct continuous health education to the family about the impact and how to prevent stunting complications, to the family to give more attention to the child stunting and can provide optimal health efforts so that children can achieve the process of growth that is his age.

Keywords: stunting nutrition status, development, toddlers

PENDAHULUAN

Bangsa yang maju akan tercapai dengan tersedianya sumber daya manusia yang berkualitas. Menciptakan manusia yang berkualitas tidak terlepas dari upaya pembangunan kesehatannya. Pelayanan kesehatan ibu dan anak sebagai prioritas urutan pertama dalam pembangunan kesehatan. Hal ini didasarkan pada pertimbangan bahwa anak yang sehat akan menghasilkan manusia yang berkualitas. Namun, upaya perbaikan masalah kesehatan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dianggap terlambat jika dimulai ketika anak memasuki masa sekolah. Oleh karenanya, kesehatan anak penting diperhatikan sejak dini, yaitu ketika anak masih berada pada masa yang sering disebut “*Window of Opportunity*” atau masa emas pertumbuhan anak yang berlangsung selama anak masih berada didalam

kandungan hingga berusia dua tahun. Hal ini turut disebutkan dalam slogan “*1000 days can shape a child’s future*” (Claudia, 2012).

Berdasarkan laporan *Nutrition in the First 1000 Days of the World’s Mothers* tahun 2012 menyatakan bahwa kejadian stunting dipengaruhi oleh kondisi pada masa 1000 hari kehidupan yaitu mulai yaitu mulai janin berada dalam perut atau ketika wanita dalam kondisi hamil sampai anak tersebut berusia 2 tahun dan masa ini disebut dengan masa windows critical, oleh karena pada masa ini terjadi perkembangan otak atau kecerdasan dan pertumbuhan badan yang cepat, sehingga pada masa ini bila tidak dilakukan asupan nutrisi yang cukup oleh ibu hamil, pemberian ASI Eksklusif dan pemberian MPASI dan asupan nutrisi yang cukup sampai anak berusia 2 tahun maka potensial terjadi stunting (Imtihanatun, 2012).

Stunting merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (Fitrah, 2013). Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2010, prevalensi stunting dikatakan tinggi apabila mencapai 30%-39% dan dikatakan sangat tinggi jika prevalensinya mencapai 40%. Prevalensi anak stunting di Indonesia termasuk dalam kategori tinggi karena berdasarkan Riskesdas tahun 2013, secara nasional prevalensi stunting adalah 30,7%. Prevalensi stunting meningkat secara nasional dalam tiga tahun 2010-2013 sebanyak 1,6%. Angka prevalensi tersebut masih lebih tinggi dibandingkan angka prevalensi gizi kurang dan buruk (17,9%), kekurusan (13,3%) serta kegemukan (14%) (Riskesdas, 2013).

Pembangunan kesehatan dalam periode 2015-2019 difokuskan pada empat program prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (stunting), pengendalian penyakit menular dan pengendalian penyakit menular dan pengendalian penyakit tidak menular. Upaya peningkatan status gizi masyarakat termasuk penurunan prevalensi balita pendek menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Tahun 2015-2019. Target penurunan prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (bawah dua tahun) adalah menjadi 28% (Depkes,2016).

Stunting pada balita perlu menjadi perhatian khusus karena dapat menghambat perkembangan fisik dan mental anak. Stunting berkaitan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian serta terhambatnya pertumbuhan kemampuan motorik dan mental. Balita yang mengalami stunting memiliki risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual, produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degeneratif di masa mendatang (Eka Kusuma, 2013). Pernyataan ini didukung oleh penelitian dari Alizna Hizni (2010) di Wilayah Pesisir Pantai Utara Kecamatan Lemahwungkuk Kota Cirebon yang menyatakan ada hubungan antara stunted dengan perkembangan motorik halus ($p=0,01$), ada hubungan antara stunted dengan bahasa ($p<0,001$), ada hubungan antara stunted dan motorik kasar ($p<0,001$) (Hizni, 2010)

Kabupaten Purbalingga pada tahun 2014 didapatkan prevalensi stunting (20,2%), gizi kurang dan buruk (7,06%) dan kekurusan (4,06%). Berdasar data surveilans gizi Kabupaten Purbalingga pada tahun 2015, Puskesmas Padamara memiliki proporsi kejadian status gizi pendek tertinggi (Dinkes Purbalingga, 2015).

METODE PENELITIAN

Desain penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel 60 balita usia 12-59 bulan terdiri dari 60 balita. Teknik sampling *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan berupa data kategorikal. Instrument mengukur stunting menggunakan *microtoase* dan z-score, untuk mendeteksi perkembangan menggunakan Denver II. Analisis univariat dengan distribusi frekuensi, analisis bivariat menggunakan *chi square* dan uji alternatif *Fisher Exact tes*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. HASIL

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita di wilayah Puskesmas Padamara Kabupaten Purbalingga

Umur		f	%
12-23 bulan		16	26,7
24-35 bulan		10	16,7
36-47 bulan		18	30,0
48-59 bulan		16	26,7
Total		60	100
Jenis Kelamin		f	%
Laki-laki		36	60,0
Perempuan		24	40,0
Total		30	100
Berat Badan Lahir		f	%
BBLR		30	50
BBL Normal		30	50
Total		60	100

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan data bahwa sebagian besar balita pada rentang usia 36-47 bulan yaitu sejumlah 18 balita (30%), memiliki jenis kelamin laki-laki sejumlah 36 responden (60%) dan sama besar untuk riwayat berat badan lahir yaitu 50% untuk BBLR dan berat lahir normal.

Tabel 2. Hubungan antara status gizi stunting dan perkembangan balita di wilayah Puskesmas Padamara Kabupaten Purbalingga

Status Gizi	Perkembangan				Jumlah		p value
	Normal		Suspek		F	%	
	f	%	f	%	F	%	
Normal	31	93,9	2	6,1	33	100%	1,000
Pendek	25	92,6	2	7,4	27	100%	

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar balita dengan gizi normal memiliki perkembangan normal 31 responden (93,9%), balita dengan status gizi pendek memiliki perkembangan normal sejumlah 25 responden (92,6%). Hasil uji *Fisher exact tes* menunjukkan $p(1,000) < 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan balita

Tabel 3. Hubungan antara jenis kelamin dengan perkembangan balita di wilayah Puskesmas Padamara Kabupaten Purbalingga

Jenis Kelamin	Perkembangan				Jumlah		p value
	Normal		Suspek		F	%	
	f	%	F	%			
Laki-laki	33	91,7	3	8,3	36	100%	0,643
Perempuan	23	95,8	1	4,2	24	100%	

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar balita dengan jenis kelamin laki-laki memiliki perkembangan normal 33 responden (91,7%), balita dengan jenis kelamin perempuan memiliki perkembangan normal sejumlah 23 responden (95,8%). Hasil uji *Fisher exact tes* menunjukkan $p(0,643) < 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perkembangan balita.

Tabel 4. Hubungan antara umur dengan perkembangan balita di wilayah Puskesmas Padamara Kabupaten Purbalingga

Umur	Perkembangan				Jumlah		p value
	Normal		Suspek		F	%	
	f	%	f	%			
12-35 bulan	23	88,5	3	11,1	26	100%	0,307
> 35 bulan	33	97,1	1	2,9	34	100%	

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar balita dengan usia 12-35 bulan memiliki perkembangan normal 23 responden (88,5%), balita dengan usia > 35 bulan memiliki perkembangan normal sejumlah 33 responden (97,1%). Hasil uji *Fisher exact tes* menunjukkan $p(0,307) < 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara usia dengan perkembangan balita.

Tabel 5. Hubungan antara riwayat berat lahir dengan perkembangan balita di wilayah Puskesmas Padamara Kabupaten Purbalingga

Umur	Perkembangan				Jumlah		p value
	Normal		Suspek		F	%	
	f	%	f	%			
BBLR	27	90,0	3	10	30	100%	0,612
BBLN	29	96,7	1	3,3	30	100%	

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian balita dengan riwayat BBLR memiliki perkembangan normal 27 responden (90%), balita dengan riwayat berat lahir normal memiliki perkembangan normal sejumlah 29 responden (96,7%). Hasil uji *Fisher exact tes* menunjukkan $p(0,612) < 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara riwayat berat lahir dengan perkembangan balita.

2. PEMBAHASAN

Hasil uji statistik pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan balita ($p=1,000$). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Fitriana dan Maria (2006) dengan hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pertumbuhan dan perkembangan motorik anak pengungsi korban gempa dan tsunami (Desmika, 2012). Hasil penelitian ini berbeda pula dengan hasil penelitian dari Alina (2010) yang menunjukkan ada hubungan antara status gizi stunted dengan perkembangan motorik halus ($p=0,01$), dengan bahasa ($p<0,001$), motorik kasar ($p<0,001$).

Anak yang stunting mengalami pertumbuhan rangka yang lambat dan pendek. Kondisi ini diakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan makanan dan meningkatnya kesakitan dalam masa waktu yang lama. Prevalensi anak stunting dan kurus banyak terjadi pada tahun ke-2 dan ke-3 dalam kehidupan. Pengaruh perbedaan genetik dan suku menjadi pertimbangan ketika melakukan evaluasi tinggi badan terhadap usia (Alina Hizni, 2010). Untuk mencapai tumbuh kembang yang baik diperlukan nutrisi yang adekuat. Makanan yang kurang baik secara kualitas maupun kuantitas akan menyebabkan gizi kurang. Keadaan gizi kurang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan, khusus pada perkembangan dapat mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi otak. Otak manusia mengalami perubahan struktural dan fungsional yang luar biasa antara minggu ke-24 sampai minggu ke-42 setelah konsepsi. Perkembangan ini berlanjut saat setelah lahir hingga usia 2 atau 3 tahun, periode tercepat usia 6 bulan pertama kehidupan. Dengan demikian pertumbuhan sel otak berlangsung sampai usia 3 tahun (Gladys, 2011).

Selain itu dalam penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perkembangan balita. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian

Ades (2014) yang menyatakan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perkembangan ($p=1,000$). Secara teori disebutkan fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan dan perkembangan anak laki-laki akan lebih cepat (Kemenkes, 2010). Pada umumnya anak perempuan lebih pintar dan lebih rajin dalam hal belajar. Sedangkan anak laki-laki cenderung lebih aktif dalam bermain, tanpa berpikir akan tugas perkembangannya. Hal ini didukung dengan teori Wong (2008) yang mengemukakan bahwa pada anak perempuan kematangan psikis dan organ lebih cepat, sehingga sangat mempengaruhi perkembangan sosial mereka (Laili, 2014). Menurut Soetjiningsih (2012) anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan anak perempuan, tetapi belum diketahui secara pasti, mungkin sebabnya perbedaan adalah perbedaan kromosomantara anak laki-laki (xy) dan perempuan (xx), sehingga anak laki-laki dimungkinkan lebih mengalami keterlambatan perkembangan daripada anak perempuan.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak didapatkan hubungan antara usia dengan perkembangan balita ($p=0,307$). Setiap masa tumbuh kembang anak memiliki ciri khas dan perbedaan dalam anatomi, fisiologi, biokimia, dan karakternya. Orangtua, pengasuh dan pendidik perlu mengetahui tahapan perkembangan anak, apakah perkembangannya normal atau ada penyimpangan. Bila orangtua menjumpai adanya penyimpangan atau keterlambatan berkembang dibanding usianya maka dapat memberitahu orangtua agar segera memeriksakan anaknya ke fasilitas kesehatan agar ditanggulangi secara dini (Soetjiningsih, 2012).

Stimulasi merupakan bagian dari kebutuhan dasar anak yaitu asah. Dengan mengasah kemampuan anak secara terus-menerus, kemampuan anak akan semakin meningkat. Pemberian stimulus dapat dengan cara latihan dan bermain. Anak yang mendapat stimulus terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan anak yang kurang mendapatkan stimulus. Pada penelitian Gladys di Kabupaten Bandung (2011), ditemukan terdapat hubungan antara usia dengan perkembangan ($p=0,009$), pada penelitiannya dikemukakan pada anak usia 1-2 tahun, sebagian besar anak masih mendapat perhatian dari ibunya mengenai makanannya, dan masih meminum ASI sehingga perkembangan termasuk dalam kategori meragukan belum ada

perkembangan dengan kategori penyimpangan. Subjek pada usia 1-2 tahun masih berada dibawah pengawasan ibunya dan mendapat stimulasi perkembangan yang adekuat. Pola asuh orang tua berupa pemberian stimulasi yang tepat juga memiliki hubungan signifikan terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini selaras dengan penelitian dari (Ades, 2014). yang menyatakan ada hubungan antara stimulasi dengan perkembangan ($p=0,009$) dan pertumbuhan ($p \text{ value}=0,003$). Tumbuh kembang anak membutuhkan stimulasi pada setiap tahapan usianya, khususnya dalam keluarga. Semakin banyak anak menerima stimulasi dari lingkungan akan semakin luas pula pengetahuannya sehingga proses tumbuh kembang anak akan berjalan secara optimal.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat berat lahir dengan perkembangan balita ($p=0,612$). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian dari Iman (2016), dimana dalam penelitiannya menyatakan anak dengan riwayat BBLR mempunyai risiko 5 kali lipat untuk masalah keterlambatan motorik halus. BBLR rentan terhadap abnormal tanda-tanda neurologis, koordinasi dan reflex, karena komplikasi neonatal yang menyebabkan perkembangan defisit motor dan penundaan pada anak yang menunjukkan gangguan motorik yang akan mempengaruhi fungsi tangan dan kinerja sekolah mereka (Ema, 2017). Anak yang ketika lahir BBLR, pertumbuhan dan perkembangannya akan lebih lambat dibandingkan anak yang ketika lahir memiliki berat badan normal. Hadi, Hamam (2005) menambahkan bahwa keadaan ini lebih buruk lagi jika bayi BBLR kurang mendapat asupan energi dan zat gizi, pola asuh yang kurang baik dan sering menderita penyakit infeksi sehingga pada akhirnya bayi BBLR cenderung mempunyai status gizi kurang atau buruk.

SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan balita ($p=1,000$), tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perkembangan balita ($p=0,643$), tidak ada hubungan antara usia dengan perkembangan balita ($p=0,307$), tidak ada hubungan antara riwayat berat lahir dengan perkembangan balita ($p=0,612$). Peneliti mengharapkan agar para bidan lebih memperhatikan perhatian kepada anak stunting terutama pada pertumbuhan dan

perkembangannya serta melakukan pendidikan kesehatan secara kontinue kepada keluarga tentang dampak dan cara mencegah komplikasi yang disebabkan oleh stunting, serta untuk pihak keluarga adar lebih memberikan perhatian kepada anak stunting dan dapat memberikan upaya kesehatan yang optimal sehingga anak dapat mencapai proses tumbuh kembang yang sesuai usianya.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga. (2015). *Profil Kesehatan Kabupaten Purbalingga*. Dinkes Purbalingga: Purbalingga.
- Ernawati, Fitrah. (2013). Pengaruh Asupan Protein Ibu Hamil dan Panjang Badan bayi Lahir Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12 bulan di kabupaten Bogor (*Effect of The Pregnant Women's Protein Intake and Their Baby Length an Birth To Incidence of Stunting Among Children Aged 12 Months In Bogor District*). *Jurnal Penelitian Gizi dan makanan*. 36 (1), 1-11.
- Gunawan, Gladys, et.al. (2011). Hubungan Status Gizi dan Perkembangan Anak usia 1-2 tahun. *Sari Pediatri*.13(2), 142-146
- Hizni, A. (2010). Status Stunted dan hubungannya dengan perkembangan anak balita di wilayah Pesisir Pantai Utara Kecamatan Lemahwungkuk Kota Cirebon. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 6 (3), 131-137
- Imtihanatun, N. (2014). *Faktor Risiko Panjang lahir Bayi Pendek di Ruang Bersalin RSUD patuh Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat*. *Jurnal Media Bina Ilmiah*. 8(1), 66-76.
- Kemendes. (2016). *Situasi balita Pendek*. Jakarta: Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kemendes RI. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kemendes RI
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. <http://depkes.go.id/downloads/riskesdas2013/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf> (diperoleh tanggal 10 April 2016)
- Kukuh, Eka Kusuma. (2013). Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 tahun (Studi di Kecamatan Semarang Timur.eprint Undip.

- Kurniawati, LD., Ika M. *Pola Asuh Orang Tua Mempengaruhi Perkembangan Balita di Posyandu Arjuna RW IV Pos 3 Kelurahan Kemayoran Kecamatan Krembangan Surabaya*. Jurnal Ilmiah Kesehatan. 7(12), 9-16
- Notoatmodjo S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Santi,A., Antarini, I., Bina, MG. (2014). *Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak usia Toddler (1-3 tahun) dengan riwayat bayi berat lahir rendah*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 5(1), 63-70.
- Soetjiningsih. (2012). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Wahyu Ningrum, Ema. (2017). *Perbedaan Status Gizi Stunting dan Perkembangan antara Balita Riwayat Bblr Dengan Balita Berat Lahir Normal*. Jurnal Kesehatan Al-Irsyad. 10(2), 1-12.
- Wantika Sari, Desmika, dkk. (2012). *Hubungan antara Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia 1-5 Tahun di Posyandu Buah Hati Ketelan Banjarsari Surakarta*. Jurnal Kesehatan. 5(2).157-164.

PENGARUH KOMPRES BAWANG MERAH TERHADAP SUHU TUBUH ANAK DEMAM

Etika Dewi Cahyaningrum
STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
Email: *tita.etika@gmail.com*

ABSTRACT

Fever is the increase of body temperature above normal: when it is $> 38^{\circ} C$ ($100.4^{\circ} F$) measured at rectal, $> 37.8^{\circ} C$ measured at oral, and $> 37.2^{\circ} C$ ($99^{\circ} F$) measured on axilla. Lowering fever in children can be done through pharmacological and non-pharmacological treatment i.e. by the use of heat energy through conduction and evaporation methods. The method can be implemented with warm compress or home remedies such as red onion. Warm compress is commonly applied while compress with red onion is rarely used. This study aims to prove the decreased of body temperature on children with fever using red onion compress. This study used pre-experimental research design with one-group pre-post-test approach. Sampling technique used was Purposive Sampling. The samples of this study were children with fever in the Community Health Center of Kembaran I of Banyumas in the periode of May to July in 2017. Univariate analysis was conducted to every variable. Meanwhile, bivariate analysis used Wilcoxon analysis technique. The results showed that there was a difference between the average temperature before and after applying red onion compress $0.734^{\circ} C$. It was noticed that the significance value was 0.000 (< 0.005) meaning that there was a significant body temperature difference between before and after applying the red onion compress. In conclusion, red onion compress affects the body temperature on children with fever.

Keywords: *red onion compress, body temperature, children with fever*

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, karena anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Berdasarkan alasan tersebut, masalah kesehatan anak diprioritaskan dalam perencanaan atau penataan pembangunan bangsa (Hidayat, 2012). Pembangunan kesehatan di Indonesia diakui relatif berhasil, namun keberhasilan yang dicapai belum dapat menuntaskan problem kesehatan secara menyeluruh (Arisandi, 2012). Menjaga kesehatan anak menjadi perhatian khusus saat pergantian musim yang umumnya disertai dengan berkembangnya berbagai penyakit. Kondisi anak dari

sehat menjadi sakit mengakibatkan tubuh bereaksi untuk meningkatkan suhu yang disebut demam (hipertermi).

Demam (hipertermi) adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh lebih tinggi dari biasanya, dan merupakan gejala dari suatu penyakit (Maryunani, 2010). Hipertermi adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh melebihi titik tetap (*set point*) lebih dari 37°C, yang biasanya diakibatkan oleh kondisi tubuh atau eksternal yang menciptakan lebih banyak panas daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh (Wong, 2008). Demam merupakan respon normal tubuh terhadap adanya infeksi. Infeksi adalah keadaan masuknya mikroorganisme kedalam tubuh, dapat berupa virus, bakteri, parasit, maupun jamur. Demam pada anak umumnya disebabkan oleh infeksi virus (Setiawati, 2009). Demam juga dapat disebabkan oleh paparan panas yang berlebihan (*overheating*), dehidrasi atau kekurangan cairan, alergi maupun dikarenakan gangguan sistem imun (Lubis, 2009).

Beberapa bukti penelitian menunjukkan dampak positif demam yaitu memicu pertambahan jumlah leukosit serta meningkatkan fungsi interferon yang membantu leukosit memerangi mikroorganisme. Dampak negatif dari demam yang dapat membahayakan anak antara lain dehidrasi, kekurangan oksigen, kerusakan neurologis, dan kejang demam/ *febrile convulsions*. Demam harus ditangani dengan benar agar terjadinya dampak negatif menjadi minimal (Arisandi, 2012).

Menurunkan atau mengendalikan dan mengontrol demam pada anak dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya dapat dilakukan dengan pemberian antipiretik (farmakologik). Antipiretik bekerja secara sentral menurunkan pusat pengatur suhu di hipotalamus, yang diikuti respon fisiologis termasuk penurunan produksi panas, peningkatan aliran darah ke kulit, serta peningkatan pelepasan panas melalui kulit dengan radiasi, konveksi, dan penguapan. Namun penggunaan antipiretik memiliki efek samping yaitu mengakibatkan spasme bronkus, peredaran saluran cerna, penurunan fungsi ginjal dan dapat menghalangi supresi respons antibodi serum (Sumarmo, 2010). Antipiretik (parasetamol dan ibuprofen) tidak harus secara rutin digunakan dengan tujuan tunggal untuk mengurangi suhu tubuh pada anak dengan demam (NICE Clinical Guidelines, 2007).

Selain penggunaan obat antipiretik, penurunan suhu tubuh dapat dilakukan secara fisik (non farmakologik) yaitu dengan penggunaan energi panas melalui metoda konduksi dan evaporasi. Metode konduksi yaitu perpindahan panas dari suatu objek lain dengan kontak langsung. Ketika kulit hangat menyentuh yang hangat maka akan terjadi perpindahan panas melalui evaporasi, sehingga perpindahan energi panas berubah menjadi gas (Potter dan Perry, 2009). Contoh dari metode konduksi dan evaporasi adalah penggunaan kompres hangat, dan juga dapat dilakukan dengan obat tradisional. Obat tradisional adalah obat yang diolah secara tradisional dan diajarkan secara turun temurun berdasarkan resep nenek moyang, adat istiadat, kepercayaan atau kebiasaan setempat. Dari hasil berbagai penelitian, obat tradisional terbukti memiliki efek samping yang minim bahkan tanpa menimbulkan efek samping, karena bahan kimia yang terkandung dalam tanaman obat tradisional sebagian besar dapat dimetabolisme oleh tubuh (Tusilawati, 2010).

Obat tradisional harganya murah dan terjangkau oleh setiap kalangan masyarakat dan mudah didapat karena jumlahnya melimpah (Septiatitin, 2009). Salah satu tanaman obat yang dapat digunakan untuk mengendalikan demam adalah bawang merah (*Allium Cepa var. ascalonicum*). Bawang merah mengandung senyawa sulfur organik yaitu *Allylcysteine sulfoxide* (*Alliin*). Bawang merah yang digerus akan melepaskan enzim alliinase yang berfungsi sebagai katalisator untuk alliin yang akan bereaksi dengan senyawa lain misalnya kulit yang berfungsi menghancurkan bekuan darah (Utami, 2013). Kandungan minyak atsiri dalam bawang merah juga dapat melancarkan peredaran darah sehingga peredaran darah menjadi lancar. Kandungan lain dari bawang merah yang dapat menurunkan suhu tubuh adalah florogusin, sikloalliin, metialiin, dan kaemferol (Tusilawati, 2010).

Gerusan bawang merah dipermukaan kulit membuat pembuluh darah vena berubah ukuran yang diatur oleh hipotalamus anterior untuk mengontrol pengeluaran panas, sehingga terjadi vasodilatasi (pelebaran) pembuluh darah dan hambatan produksi panas. Darah didistribusi kembali ke pembuluh darah permukaan untuk meningkatkan pengeluaran panas. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan pembuangan panas melalui kulit meningkat, pori-pori membesar, dan pengeluaran

panas secara evaporasi (berkeringat) yang diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh mencapai keadaan normal kembali (Potter dan Perry, 2009).

Penelitian terdahulu banyak yang membahas kompres hangat, namun sangat jarang yang membahas kompres bawang merah. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh kompres bawang merah terhadap suhu tubuh anak demam sebagai alternatif obat penurun demam. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah pengaruh kompres bawang merah terhadap suhu tubuh anak demam?”. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk membuktikan penurunan suhu tubuh anak demam sebelum dan setelah diberi kompres bawang merah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian pra-eksperimental dengan pendekatan *One-group pra-post test design*. Dilakukan pengukuran pada anak demam, diikuti intervensi berupa kompres bawang merah kemudian pengukuran kembali setelah intervensi. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh anak demam di Puskesmas Kembaran I Banyumas. Teknik sampel dalam penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling*. Sampel penelitian ini adalah anak demam di Puskesmas Kembaran I Banyumas periode bulan Mei-Juli 2017.

Pengumpulan data dengan melakukan pengukuran langsung kepada anak demam, memberikan intervensi berupa kompres bawang merah, dan melakukan pengukuran kembali untuk mendapatkan data primer. Pengolahan data dilakukan dengan komputer dengan langkah-langkah: *Editing* (Memeriksa data), *Coding* (Memberi kode), *Transferring* (Memindahkan data), *Tabulating* (Menyusun data), *Entry Data* (Memasukkan data), *Cleaning* (Membersihkan data).

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Penyajian hasil disajikan secara deskriptif meliputi umur, jenis kelamin, status gizi, waktu mencapai suhu normal, suhu sebelum kompres bawang merah, suhu setelah kompres bawang merah, dan selisih suhu tubuh sebelum dan setelah kompres bawang merah. Analisis statistik parametrik, data harus memenuhi persyaratan distribusi tertentu. Uji prasyarat yang harus dipenuhi yaitu uji normalitas data. Data sampel hendaknya memenuhi persyaratan distribusi normal. Uji normalitas data

menggunakan uji *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampelnya kecil ($n = 50$). Hasil uji normalitas dengan *Shapiro-Wilk* adalah data tidak berdistribusi normal, oleh karena itu menggunakan analisis statistik non parametrik. Pada penelitian ini, yang dianalisis adalah suhu tubuh anak sebelum dan suhu tubuh anak setelah diberi kompres bawang merah. Teknik analisis yang digunakan untuk non parametrik adalah Wilcoxon. Peneliti menetapkan *Confidence Interval* (CI) 95 % dengan taraf signifikansi (α) = 5 % (0,05).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis univariat termasuk karakteristik responden dideskripsikan sebagai berikut:

1. Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata umur responden adalah 28.86 bulan, usia minimal adalah 3 bulan dan usia maksimal adalah 60 bulan. Peneliti mengkategorikan umur responden dalam rentang 0-6 tahun yang dalam tahap perkembangannya merupakan masa bayi (0-1 tahun), toddler (2-3 tahun) dan masa pra sekolah (3-6 tahun) dimana regulasi suhu belum stabil sampai anak-anak mencapai pubertas sehingga mudah mengalami demam. Rentang suhu normal akan turun secara berangsur sampai seseorang mendekati masa lansia. Suhu tubuh bayi dapat berespons secara drastis terhadap perubahan suhu lingkungan. Produksi panas akan meningkatkan seiring dengan pertumbuhan bayi memasuki anak-anak.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 26 anak (52.0%). Secara umum perempuan mengalami fluktuasi suhu tubuh yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Perempuan juga dianggap memiliki daya tahan tubuh yang lebih rendah dibandingkan laki-laki meskipun tidak selalu benar karena banyak faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi daya tahan tubuh seperti lingkungan, gizi, penyakit, dan sebagainya. Dalam penelitian ini sebagian besar penderita demam

berjenis kelamin perempuan dimungkinkan juga karena jumlah anak perempuan di wilayah Kembaran lebih banyak dibandingkan jumlah anak laki-laki.

3. Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status gizi baik yaitu sejumlah 43 anak (86.0%). Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (*requirement*) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lain lain) (Zerfas, 1986). Gizi yang kurang/ buruk mempengaruhi penurunan antibodi dan karena ada reaksi antigen pada tubuh maka terjadi infeksi yang membuat suhu meningkat. Status gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan manusia karena zat gizi mempengaruhi fungsi kinerja berbagai sistem dalam tubuh. Secara umum berpengaruh pada fungsi vital yaitu kerja otak, jantung, paru, ginjal, usus; fungsi aktivitas yaitu kerja otot bergaris; fungsi pertumbuhan yaitu membentuk tulang, otot & organ lain, pada tahap tumbuh kembang; fungsi immunitas yaitu melindungi tubuh agar tak mudah sakit; fungsi perawatan jaringan yaitu mengganti sel yang rusak; serta fungsi cadangan gizi yaitu persediaan zat gizi menghadapi keadaan darurat (Gibson, 1990).

4. Waktu Mencapai Suhu Normal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mencapai suhu tubuh normal dalam waktu 10 menit yaitu sejumlah 15 anak (30.0%). Kompres bawang merah cepat menurunkan suhu tubuh anak dengan demam. Fakta tersebut terjadi karena intervensi tersebut pada penanganan umumnya menggunakan prinsip radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi serta kandungan zat dalam bawang merah yang dapat menurunkan suhu tubuh. Kandungan bawang merah yang dapat menurunkan suhu antara lain floroglusin, sikloaliin, metialiin, kaemferol, dan minyak atsiri (Tusilawati, 2010).

5. Suhu Tubuh Anak Sebelum Kompres Bawang Merah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata suhu tubuh anak sebelum kompres bawang merah yaitu 37.832°C, suhu terendah 37.6°C, dan suhu tertinggi 38.5°C. Responden mengalami demam pada suhu tersebut sesuai dengan teori

Sherwood (2001) dan Hidayat (2005) yang menyatakan bahwa demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas normal. Bila diukur pada rektal $>38^{\circ}\text{C}$ ($100,4^{\circ}\text{F}$), diukur pada oral $>37,8^{\circ}\text{C}$, dan bila diukur melalui aksila $>37,2^{\circ}\text{C}$ (99°F). Sejalan dengan teori Nield dan Kamat (2011) yang menyatakan bahwa demam adalah peninggian suhu tubuh dari variasi suhu normal sehari-hari yang berhubungan dengan peningkatan titik patokan suhu di hipotalamus. Kaneshiro dan Zieve (2010) juga berpendapat bahwa derajat suhu yang dapat dikatakan demam adalah *rectal temperature* $38,0^{\circ}\text{C}$ atau *oral temperature* $37,5^{\circ}\text{C}$ atau *axillary temperature* $37,2^{\circ}\text{C}$.

6. Suhu Tubuh Anak Setelah Kompres Bawang Merah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata suhu tubuh anak setelah kompres bawang merah yaitu $37,098^{\circ}\text{C}$, suhu terendah $36,3^{\circ}\text{C}$, dan suhu tertinggi $37,2^{\circ}\text{C}$. Responden mengalami penurunan suhu tubuh setelah dilakukan kompres bawang merah sehingga suhu menjadi normal. Suhu tersebut sesuai dengan teori Kaneshiro and Zieve (2010) yang mengatakan bahwa suhu tubuh normal berkisar antara $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,2^{\circ}\text{C}$.

7. Selisih Suhu Tubuh Anak Sebelum dan Setelah Diberi Kompres Bawang Merah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata selisih suhu tubuh anak sebelum dan setelah kompres bawang merah yaitu $0,742^{\circ}\text{C}$, selisih suhu terendah $0,3^{\circ}\text{C}$, dan selisih suhu tertinggi $1,8^{\circ}\text{C}$. Responden mengalami penurunan suhu tubuh setelah dilakukan kompres bawang merah. Hal tersebut sesuai dengan teori Berman (2009) yang menyatakan bahwa pada dasarnya menurunkan demam pada anak dapat dilakukan secara fisik, obat-obatan maupun kombinasi keduanya. Pemberian obat-obat tradisional juga dipercaya dapat meredakan demam. Obat-obatan tradisional yang berasal dari tanaman obat (herbalis) bagus digunakan sebagai pengusir demam. Obat-obatan tradisional memiliki kelebihan, yaitu toksisitasnya relatif lebih rendah dibanding obat-obatan kimia.

Hasil analisis bivariat menggunakan Uji Wilcoxon disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 1. Perbedaan suhu tubuh anak sebelum dan setelah kompres bawang merah

Suhu	N	Mean (Minimum-Maksimum)	Perbedaan Mean	
Sebelum kompres	50	37.832 (37.6 – 38.5)	0.734	0.000
Setelah kompres	50	37.098 (36.3 – 37.2)		

Berdasarkan Tabel 1 diketahui perbedaan atau selisih rerata suhu sebelum dan setelah kompres bawang merah yaitu 0.734 °C. Diketahui nilai signficancy 0,000 ($< 0,005$) yang artinya terdapat perbedaan suhu tubuh yang bermakna antara sebelum dan setelah kompres bawang merah. Dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh kompres bawang merah terhadap suhu tubuh anak demam. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rachmad (2012) yang mengemukakan bahwa semakin besar massa bawang merah yang diberikan maka semakin sedikit jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menurunkan suhu, sehingga semakin efektif dalam menurunkan suhu. Sehingga dapat dikatakan bahwa bawang merah asli lebih efektif dalam menurunkan suhu dibanding dengan ekstrak bawang merah, atau dengan kata lain ekstrak bawang merah tidak mempunyai pengaruh dalam penurunan suhu.

Fakta ini sejalan dengan pendapat Santich dan Bone (2008) yang menyatakan bahwa botani digunakan untuk efek yang mengeluarkan keringat dan pendinginan pada tubuh. Obat-obatan herbal juga memiliki keuntungan dapat dipersiapkan dalam kombinasi yang sesuai dengan kebutuhan kondisi individu masing-masing pasien. Bove (2001) juga menyatakan bahwa obat herbal dapat dikombinasikan dengan prinsip hidroterapi dan digunakan sebagai kompres atau untuk mandi. Santich dan Bone (2008) menyatakan bahwa penggunaan bawang merah juga merupakan pengobatan tradisional Cina yang memandang demam sebagai ekspresi panas dalam menanggapi sebuah patogen eksternal. Prinsip pengobatan berusaha membantu untuk sepenuhnya mengekspresikan demam dan menghilangkan kelebihan panas, terutama melalui penggunaan obat-obatan herbal. Septiatitin (2009) dan Tusilawati (2010) memiliki pendapat yang sama dengan Holt and Edwin (1986) yang menyatakan bahwa ramuan pengobatan herbal yang dapat menurunkan demam pada anak adalah menggunakan bawang merah.

Tusilawati (2010) menyatakan bahwa umbi bawang merah memiliki berbagai kandungan yang sangat penting dalam menjaga kesehatan tubuh. Hal tersebut sependapat dengan Utami (2013) yang menyatakan bahwa kandungan bawang merah yang dapat mengobati demam antara lain: floroglusin, sikloaliin, metialiin, dan kaemferol yang dapat menurunkan suhu tubuh; dan minyak atsiri yang dapat melancarkan peredaran darah.

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh kompres bawang merah terhadap suhu tubuh anak demam.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisandi, Yohana dan Andriani, Yofita. (2012). *Therapy Herbal Pengobatan Berbagai Penyakit*. Cet 6. Jakarta: Eska Media.
- Berman, A. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb*. Jakarta: EGC.
- Bove M. (2001). *Fever*. Dalam: *2nd ed An Encyclopedia of Natural Healing untuk Anak dan Bayi*. Harrisonburg, VA: Keats Publishing.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2006). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2012). *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Kaneshiro, N.K., and Zieve, D. (2010). *Fever*. University of Washington.. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000980.htm>. [Updated 24 Oktober 2015]
- Lubis, M.B., Tjipta, G.D., dan Ali, M. (2009). *Demam pada Bayi Baru Lahir*. Editor Ragam Pediatrik Praktis. Medan: USU Press.
- Maryunani, Anik. (2010). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- NICE Clinical Guidelines. (2007). *CG47 Feverish illness in young children: Quick reference*. London: Nice.

- Nield L.S. dan Kamat D. (2011). *Fever*. Dalam: Kliegman R.M., Stanton B.F., St Geme J.W., Schor N.F., Behrman R.F. eds *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Potter dan Perry. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktek. Edisi 4. Vol 1*. Jakarta : EGC.
- Rachmad, Sri Suryani, dan Paulus Lobo Gareso. (2012). *Penentuan Efektifitas Bawang Merah dan Ekstrak Bawang Merah (Allium Cepa var. ascalonicum) dalam Menurunkan Suhu Badan*. Program Studi Fisika, Jurusan Fisika, Fakultas MIPA, UNHAS Makassar.
- Santich R. and K. Bone. (2008). *Infeksi Masa Kanak-kanak Umum dan Manajemen Demam*. Dalam: *Phytotherapy Essentials: Anak Sehat Mengoptimalkan Kesehatan Anak dengan Herbal Warwick*. Australia: Phytotherapy Pers.
- Septiatitin, Atin. (2009). *Apotek Hidup dari Sayuran dan Tanaman Pangan*. Cet 1. Bandung: Yrama Widya.
- Setiawati, Tia. (2009). *Pengaruh Tepid Sponge*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sherwood, L. (2001). *Keseimbangan Energi dan Pengaturan Suhu*. Dalam: Santoso, B.I., Editor. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*. Edisi Keempat. Jakarta: EGC.
- Sumarmo, Poorwo, dkk. (2010). *Buku Ajar Infeksi & Pediatrik Tropis Edisi Kedua*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia.
- Tusilawati, Berliana. (2010). *15 Herbal Paling Ampuh*. Yogyakarta: Aulia Publishing.
- Utami, Prapti dan Mardiana, Lina. (2013). *Umbi Ajaib Tumpas Penyakit*. Cet 1. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Wong, Donna L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Zerfas A. J., Jelliffe D. B., Jelliffe P. E. F. 1986. *Epidemiology and Nutrition in Human Growth: A Comprehensive Treatise Edisi 2, Methodology Ecological, Genetics, and Nutritional Effects on Growth*. New York: Plenum Press.

ANALISIS ASPEK STRUKTUR BIROKRASI YANG BERLANGSUNG PADA PROGRAM KELAS IBU BALITA DI WILAYAH KABUPATEN BANYUMAS

Ika Pantiawati
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Jl. KH Wakhid Hasyim No 274 A Karangklesem Purwokerto
Email: ikapantiawati87@gmail.com

ABSTRACT

Analysis of the Aspects of Bureaucratic Structures Underway in the Toddler Class Program in Banyumas Regency. The mother-to-child class is a class where mothers with children aged between 0 and 5 years together discuss, exchange opinions, exchange experiences with health services, nutrition and stimulation of growth and development are guided by facilitators, in this case using MCH books. Under-fives motherhood program was socialized in Banyumas district in 2011, but from 331 village midwives no one has been trained as a toddler classroom facilitator. The purpose of this study is to analyze the aspects of bureaucracy strktur that is going on in the Toddler Class Program in Banyumas Regency. This research used observational design with qualitative approach. Key informants were selected based on active and inactive motherhood classes and achievement of toddler-grade maternal outcomes. Key informants 13 village midwives, informants triangulation are 4 midwives coordinator, 1 Sie KIA Banyumas District Health Office and 10 mothers of the toddler mothers class. Data were collected by in-depth interviews and FGDs. Processing and data analysis using content analysis. The result of the analysis of the implementation of maternal-toddler classes from the active and non-atif mother-age classes is still not good, the bureaucracy structure is still much not seen yet. Bureaucracy structure: unavailability of SOP.

Keywords: *Bureaucracy Structure, Toddler Class Program*

PENDAHULUAN

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia hingga saat ini masih tinggi apabila dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya, hal ini ditandai dengan masih tingginya Angka Kematian Bayi (AKB). Menurut data Survei Demografi Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKB di Indonesia 34/1.000 Kelahiran Hidup (KH) (Depkes RI, 2011). Berdasarkan SDKI tahun 2012, AKB di Indonesia 32/1.000 KH, meskipun AKB mengalami penurunan akan tetapi Angka Kematian Bayi (AKB) masih sangat jauh dari target *Millenium Development*

Goals (MDG's) yang harus dicapai pada tahun 2015 yaitu 23/1.000 Kelahiran Hidup (KH) (WHO, 2012).

Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2010 sebesar 10,62/1.000 Kelahiran Hidup (KH), pada tahun 2011 menurun menjadi 10,34/1.000 Kelahiran Hidup (KH), dan pada tahun 2012 terjadi peningkatan sebesar 10,75/1.000 Kelahiran Hidup (KH), sedangkan target AKB di Propinsi Jawa Tengah tahun 2013 sebesar 8,5/1.000 Kelahiran Hidup (KH).

Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas AKB pada tahun 2011 sebesar 10,31/1.000 KH, pada tahun 2012 menurun menjadi 9,5/1.000 KH, dan pada tahun 2013 terjadi peningkatan 12,41/1.000 KH, target dari Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Banyumas tahun 2013 8,4/1.000 KH (DKK Banyumas, 2013). Ada banyak penyebab kematian bayi dan balita antara lain asfiksia, BBLR, diare, ISPA dan lain-lain.

Salah satu upaya pemerintah untuk menurunkan angka kematian bayi yaitu dengan meluncurkan program kelas ibu balita. Kelas ibu balita merupakan suatu cara untuk mengetahui bagaimana merawat dan mengasuh bayi dan anak yang benar dan dapat mengetahui perkembangan usia anak baik secara fisik maupun mental (DEPKES RI, 2009). Kelas ibu balita adalah kelas dimana para ibu yang mempunyai anak berusia antara 0 sampai 5 tahun secara bersama-sama berdiskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman akan pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangannya dibimbing oleh fasilitator, dalam hal ini menggunakan buku KIA (DEPKES RI, 2009).

Tujuan dari kelas ibu balita adalah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dengan menggunakan buku KIA dalam mewujudkan tumbuh kembang balita yang optimal. Dilihat dari pengertiannya sasaran/peserta kelas ibu balita adalah ibu yang memiliki balita umur 0 – 5 tahun dengan jumlah peserta idealnya paling banyak 15 orang ibu balita dalam satu kelompok. Fasilitator dalam kelas ibu balita terdiri dari bidan/perawat/tenaga kesehatan lainnya/kader yang telah dilatih (DEPKES RI, 2009). Berbeda dengan posyandu dimana dalam posyandu hanya kegiatan penimbangan serta pemberian imunisasi/makanan tambahan, untuk

kelas ibu balita diberi penyuluhan terkait kesehatan balita, meskipun kelas ibu balita secara teori bisa diintegrasikan ke dalam kegiatan posyandu.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Februari 2014, program kelas ibu balita mulai disosialisasikan sejak tahun 2011. Kabupaten Banyumas memiliki 39 Puskesmas dan terdapat 331 desa/kelurahan, sehingga diharapkan terdapat 331 kelas ibu balita. Dari 331 desa, yang sudah melaksanakan kelas ibu balita ada 242 desa sisanya 69 desa belum melaksanakan. Dilihat dari keaktifannya terdapat 137 desa sedangkan 105 desa tidak aktif.

Dilihat dari output program kelas ibu balita pada tahun 2013, masih terdapat beberapa yang belum tercapai seperti bayi yang mendapat asi eksklusif 55, 8% target tahun 2013 sebesar 80%, bayi yang mendapat pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) balita 70, 07% target tahun 2013 sebesar 95%, serta bayi yang ditimbang 8 kali pertahun 79, 7% target tahun 2013 sebesar 90 %.

Dinas kesehatan kabupaten Banyumas tidak membagikan Buku pedoman dan buku pegangan fasilitator kelas ibu balita. Para bidan hanya diberikan softcopy materi serta diperintahkan untuk menggandakan sendiri. Hal tersebut terlihat jelas dari struktur birokrasi terutama SOP (standar operatif Prosedur) belum terpenuhi. Sie KIA menyampaikan buku pedoman dan buku pegangan fasilitator kelas ibu balita baru akan dibagikan pada bulan Maret tahun 2014, selain itu juga diberikan lembar balik dan Alat Permainan Edukatif (APE) pada para Bidan desa yang ada di wilayah Kabupaten Banyumas.

Berdasarkan wawancara dengan dua bidan diperoleh hasil bahwa bidan pertama mengatakan kadang-kadang melaksanakan kelas ibu balita, untuk buku pedoman dan buku pegangan bagi fasilitator pelaksanaan kelas ibu balita harus menggandakan sendiri. Dari segi disposisi/sikap implementor bidan pertama tidak memiliki komitmen yang tinggi untuk melaksanakan kelas ibu balita.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan rancangan observasional dengan pendekatan kualitatif yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian dengan cara deskriptif.

Tehnik pengumpulan data yang peneliti gunakan adalah Focus Group Discussion (FGD) kemudian dipilih satu informan utama (bidan desa) dilakukan wawancara mendalam (indepth interview) dan observasi.

Dalam penelitian kualitatif populasi penelitian disebut sebagai subjek penelitian. Secara spesifik, subjek penelitian disebut sebagai informan (Sugiyono, 2012), (Machfoedz, 2010). Informan merupakan orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan latar belakang penelitian (Bungin, 2005). Peneliti menetapkan informan berdasarkan anggapan bahwa informan dapat memberikan informasi yang diinginkan sesuai dengan tujuan penelitian (*purposive sampling*) dan kriteria *purposive*.

a. Berdasarkan kelas ibu balita yang aktif, yang dipilih adalah:

- 1) Puskesmas (bidan desa) yang melaksanakan kelas ibu balita secara aktif dan output tidak tercapai 4 ada 4 orang.
- 2) Puskesmas (bidan desa) yang melaksanakan kelas ibu balita secara aktif dan output tercapai > 2 ada orang.

b. Berdasarkan kelas ibu balita yang tidak aktif, yang dipilih adalah:

- 1) Puskesmas (bidan desa) yang tidak aktif melaksanakan kelas ibu balita dan output tercapai > 4 ada 2 orang
- 2) Puskesmas (bidan desa) tidak aktif melaksanakan kelas ibu balita dan output tidak tercapai 4 ada 5 orang.

Informan triangulasi dalam penelitian ini adalah :

- a. 1 Sie KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas dalam hal ini pemegang program kelas ibu balita.
- b. 2 Bidan koordinator dari puskesmas, yang dipilih adalah :
 - 1) 2 bidan koordinator puskesmas yang aktif melaksanakan kelas ibu balita
 - 2) 2 bidan koordinator puskesmas yang tidak aktif melaksanakan kelas ibu balita

- c. Ibu yang memiliki balita peserta kelas ibu balita, yang dipilih adalah:
- 1) Ibu balita peserta yang mengikuti kelas ibu balita secara aktif dan output tidak tercapai 4
 - 2) Ibu balita peserta yang mengikuti kelas ibu balita secara aktif dan output tercapai >4
 - 3) Ibu balita peserta yang tidak aktif mengikuti kelas ibu balita dan output tercapai >4
 - 4) Ibu balita peserta tidak aktif mengikuti kelas ibu balita dan output tidak tercapai 4.

Teknik analisis dalam penelitian kualitatif menggunakan analisis isi (*content analysis*) yaitu menganalisis data berdasarkan isi. Hal-hal yang dianalisis dapat dibantu dengan analisis taksonomi. Analisis taksonomi adalah analisis terhadap keseluruhan data yang terkumpul berdasarkan domain yang telah ditetapkan secara terperinci oleh peneliti (Sugiyono, 2012).

Analisis taksonomi dalam penelitian ini meliputi bentuk implementasi program kelas ibu balita oleh bidan desa di kabupaten Banyumas dilihat dari komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Struktur birokrasi dalam kelas ibu balita meliputi wewenang serta SOP (ketersediaan SOP, kelengkapan SOP, kesesuaian, kendala yang dihadapi)

a. Wewenang

Berdasarkan Tabel 1, 7 informan baik dari kelas ibu balita yang aktif maupun yang tidak aktif mengatakan untuk wewenang dan tanggung jawab bidan desa selaku pelaksana kelas ibu balita adalah dengan melaksanakan kelas ibu balita yang meliputi penyuluhan, mengumpulkan ibu-ibu sereta sosialisasi kader. Hal ini diungkapkan dalam kotak 1 di bawah ini :

Kotak 1

“Berarti kan ya untuk memberikan apa namanya untuk memberikan diskusi dalam program kelas ibu balita itu sudah menjadi wewenang saya selaku bidan desa sehingga menambah pengetahuan ibu-ibu” (IU1)

Pernyataan tersebut di atas diperkuat dengan pernyataan informan triangulasi bidan koordinator dan Sie KIA, yang mengatakan wewenang bidan desa selaku bidan pelaksana adalah melaksanakan kelas ibu balita secara rutin dengan mengumpulkan ibu-ibu, hal ini diungkapkan dalam kotak 2 di bawah ini:

Kotak 2

“Sementara yang saya tahu dari bidan desa yang memiliki wewenang untuk mengumpulkan ibu-ibu balita” (IT4)

“Melaksanakan kelas ibu balitas secara rutin” (IT5)

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa bidan desa selaku pelaksana program kelas ibu balita belum memahami sepenuhnya wewenang mereka terkait kelas ibu balita. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Edward dalam Indiahono (2009), wewenang adalah hak untuk memerintah orang lain untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu agar tercapai tujuan tertentu. Ada 3 hal penting yang menyangkut disposisi yaitu: respon implementor terhadap kebijakan, pemahaman terhadap kebijakan dan intensitas disposisi implementor yaitu refrensi atau nilai yang dimiliki implementor. Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada orang lain untuk melaksanakan kegiatan tertentu disebut delegasi wewenang. Delegasi wewenang adalah proses dimana para pimpinan mengalokasikan wewenang kebawah (Indiahono, 2009).

b. SOP

SOP dalam kelas ibu balita meliputi ketersediaan SOP, kelengkapan SOP, kesesuaian, dan kendala yang dihadapi.

1) **Ketersediaan SOP**

Berdasarkan Tabel 3, 7 informan baik dari balita yang aktif maupun tidak aktif sebagian besar mengatakan belum tersedia SOP, hal ini diungkapkan pada kotak 3 di bawah ini :

Kotak 3

“Buku panduan kalau tidak salah si kemarin yang ibu hamil untuk kelas ibu balita belum” (IU2)

Pernyataan tersebut di atas diperkuat dengan pernyataan informan triangulasi bidan koordinator dan Sie KIA yang mengatakan untuk SOP kelas ibu balita belum tersedia, hal ini diungkapkan pada kotak 4 di bawah ini :

Kotak 4

“Tidak ada buku pedoman maupun buku pegangan fasilitator” (IT1)

“Untuk SOPnya si belum Cuma di buku panduan fasilitator kan ada apa-apa yang harus disiapkan kita mengacunya ke buku pedoman fasilitator, KIA sedang nyetak tapi belum selesai kemudian untuk bukunya kan sampelnya dari pusat nah kita agak lama nunggu bukunya dari pusat, kita baru dapet bulan kemarin lah sehingga baru masuk ke percetakan insyaallah nanti bulan november lah” (IT5)

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa SOP kelas ibu balita belum tersedia.

2) **Kelengkapan SOP**

Berdasarkan Tabel 5, 7 informan baik dari kelas ibu balita yang aktif dan tidak aktif, sebagian besar bidan pelaksana mengatakan belum tahu kelengkapan SOP karena belum tersedia. Hal ini diungkapkan pada kotak 5 di bawah ini:

Kotak 5

“Belum tahu lah mba wong bukunya aja belum pernah liat hehe” (IU4)

Pernyataan tersebut di atas diperkuat oleh pernyataan informan triangulasi bidan koordinator, sebagian besar mengatakan belum tahu kelengkapan SOP karena belum tersedia.

Dari Tabel 5 dapat disimpulkan bahwa SOP kelas ibu balita masih belum lengkap. Kelengkapan SOP sangatlah penting bagi terlaksananya suatu program, karena SOP merupakan acuan atau pedoman untuk melaksanakan program tersebut.

3) Kesesuaian

Berdasarkan Tabel 6, 7 informan baik dari kelas ibu balita yang aktif dan tidak aktif semua bidan mengatakan tidak tahu apakah SOP sudah sesuai apa belum karena belum tersedia. Hal ini diungkapkan pada kotak 6 di bawah ini:

Kotak 6

“Tidak tahu mba lah wong bukunya aja ga ada kok” (IU6)

Pernyataan tersebut di atas diperkuat dengan pernyataan informan triangulasi bidan koordinator, sebagian besar informan mengatakan belum tahu apakah SOP sudah sesuai apa belum karena SOP belum tersedia.

Dari Tabel 6 dapat disimpulkan bahwa bidan desa selaku pelaksana program kelas ibu balita serta bidan koordinator selaku penanggung jawab dari program tersebut belum mengetahui kesesuaian SOP kelas ibu balita, dikarenakan mereka sendiri belum mendapatkan SOP program kelas ibu balita secara lengkap. Hal tersebut sangat disayangkan sekali karena seorang implementor harus mengetahui apakah SOP program yang akan dilaksanakan sudah sesuai apa belum, karena jika mereka sendiri tidak mengetahui kesesuaian SOP maka tidak menutup kemungkinan mereka dalam menjalankan program tidak sesuai dengan apa yang ada di SOP.

4) Kendala yang dihadapi

Berdasarkan Tabel 7, 7 informan baik dari kelas ibu balita yang aktif maupun tidak aktif, semua bidan mengatakan untuk kendala yang dihadapi bidan desa selaku pelaksana kelas ibu balita adalah tidak tersedianya buku panduan kelas ibu balita. Hal ini diungkapkan pada kotak 7 di bawah ini:

Kotak 7

“Intinya untuk kelengkapan administrasi di fasilitasi dari pukesmas atau dinas paling Cuma untuk konsumsi jadi masih banyak sekali yang kurang seperti buku panduan, leaflet” (IU3)

Pernyataan di atas diperkuat dengan pernyataan informan triangulasi bidan koordinator dan Sie KIA, mengatakan kendala yang dihadapi terkait SOP adalah belum tersedia dan belum mendistribusikan SOP tersebut. Hal ini diungkapkan pada kotak 8 di bawah ini:

Kotak 8

“Tidak tersedianya SOP untuk masing-masing bidan pelaksana kelas ibu balita” (IT2)

“Baru bisa medistribusikan tahun ini karena menunggu sampel dari pusat lama” (IT5)

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan untuk kendala yang dihadapi bidan desa selaku pelaksana kelas ibu balita terkait SOP adalah belum tersedianya SOP. Dari uraian di atas dapat disimpulkan jika buku panduan, buku pegangan fasilitator dan modul belum dibagikan kepada bidan desa selaku pelaksana program kelas ibu balita sehingga hal tersebut menjadi kendala atau hambatan pelaksanaan program kelas ibu balita. SOP merupakan salah satu bagian terpenting dalam suatu program karena SOP akan menjadi acuan dalam bekerjanya implementor.

KESIMPULAN

Struktur birokrasi: baik dari kelas ibu balita yang aktif maupun tidak aktif belum tersedia SOP bagi setiap bidan desa selaku pelaksana program kelas ibu balita yang meliputi buku pedoman, buku pegangan fasilitator serta modul pelaksanaan kelas ibu balita karena belum dibagikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes, RI. (2011). *Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*. Jakarta: Depkes RI;
- Indikator Pembangunan Dunia* – Penjelajah Google Data Publik, menurut-WHO-tahun-2012. html di unduh tanggal 18 Maret 2014
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Jateng tahun 2010, 2011 dan 2012*. Jawa Tengah
- Dinkes Kabupaten Banyumas. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas tahun 2011, 2012 dan 2013*. Jawa Tengah
- Depkes RI. (2009). *Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Pedoman Umum Manajemen Kelas Ibu : Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita*. Jakarta: DepKes RI
- DepKes RI. (2009). *Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Pelatihan Kelas Ibu : Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita Untuk Petugas Kesehatan (Buku Panduan Peserta)*. Jakarta: DepKes RI
- Indiahono, Dwiyanto. (2009). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisis*. Yogyakarta: Gava Medika
- DepKes RI. (2009). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta: DepKes RI
- Depkes RI. (2009). *Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita*. Jakarta: DepKes RI
- PP IBI. (2003). *50 Tahun Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: PP IBI
- Sugiyono. (2012). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Alfabeta
- Machfoedz, Ircham. (2010) *Metodologi Penelitian (Kuantitatif dan Kualitatif) Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*. Yogyakarta: Fitramaya

Bungin, Burhan. (2005). *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada

Agustino, Leo. (2008). *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Penerbit CV alfabeta

Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Balita*. Jakarta: Kemenkes RI

PENGARUH PELATIHAN STIMULASI DETEKSI DAN INTERVENSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK

Ima Syamrotul Muflihah
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto
Email: *ima.syamrotul@gmail.com*

ABSTRACT

Early childhood is a critical period in child development therefore comprehensive appropriate efforts are required to grow and develop a comprehensive and qualified health care to increase children's physical health, mental, and psychosocial health. The efforts are carried out through early detection training in child development in posyandu. The purpose of this research is to analyze the effect of early detection training on knowledge of child development and maternal skills in stimulating growth and development of toddlers in Banjarnegara district. This is a mixed methods sequential explanatory design conducted to 96 mothers with children aged 0-2 years in Banjarnegara district. The samples were divided into control group (n = 48) and intervention group (n = 48). The control group was trained on early detection of child development at mother toddler classes, while the intervention group was trained according to the stage of development of the children's age. Assessment of knowledge and skills in stimulating maternal child growth assessed three times, before being given the training, immediately after training and one month after the training is given. The analyses were performed using unpaired t test for data with normal distribution and Mann-Whitney test and Wilcoxon test for data not normally distributed. The results showed that increased maternal knowledge in stimulating growth and development of infants, knowledge of appropriate developmental stages of the child's age, mother's skill in stimulating the growth and development of infants immediately after training is higher in the intervention group and decreased one month after training was lower than the control group ($p < 0.05$). The conclusion of this research is the training on maternal age appropriate stages of child development more effective than the control group.

Keywords: *early detection of child development, knowledge, skills, stimulation*

PENDAHULUAN

Sebagai calon generasi penerus bangsa, kualitas tumbuh kembang balita perlu mendapat perhatian serius karena salah satu mutu bangsa dilihat dari kualitas anak bangsa. Masa dua tahun pertama kehidupan anak disebut masa kritis (critical period), pada masa tersebut anak memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar, salah satu diantaranya adalah asah (pemberian stimulasi/rangsang). Tiga puluh persen kasus penyimpangan tumbuh kembang yang terjadi pada balita disebabkan karena kurangnya pemberian stimulasi/rangsangan. Peran ibu dalam memberikan stimulasi tumbuh kembang sangat penting karena merupakan bagian terdekat dengan anak

yang dapat memberikan stimulasi secara berkesinambungan. Upaya pemantauan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita di kabupaten Banjarnegara diupayakan dalam pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak, diberikan oleh bidan sebagai fasilitator dengan memanfaatkan buku kesehatan ibu anak (KIA) dan buku pedoman pelaksanaan kelas ibu balita yang diterbitkan Kemenkes RI sebagai pedoman informasi. Masih ditemukan kasus penyimpangan tumbuh kembang pada balita di kabupaten Banjarnegara. Dalam Permenkes Nomor: 1464 Tahun 2010 Bab III tentang penyelenggaraan praktik pasal 11 point E bidan mempunyai wewenang dalam pemantauan deteksi intervensi dini tumbuh kembang anak sehingga bidan merupakan salah satu fasilitator dalam pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak. Sampai saat ini belum dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program pelatihan. Selain itu perlu dicari metoda pelatihan yang lebih memperhatikan usia anak sesuai dengan prinsip pelatihan berbasis kompetensi dan kebutuhan nyata sebagai dampak pelatihan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan mixed methods dengan strategi sequential explanatory design. Tahap pertama yaitu mengumpulkan dan menganalisa data secara kuantitatif dengan quasi experiment dengan desain pre – post group design dengan kontrol. Tahap kedua mengumpulkan dan menganalisa data secara kualitatif tentang hambatan yang dihadapi ibu balita dalam pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak. Kelompok intervensi adalah kelompok yang diberikan pelatihan sesuai tahapan usia anak, dimana ibu balita dibagi menjadi kelompok dengan usia anak 0-3 bulan, 3-6 bulan, 6-9 bulan, 9-12 bulan, 12-15 bulan, 15-18 bulan dan 18-24 bulan. Kelompok kontrol adalah kelompok yang mengikuti pelatihan sesuai program pemerintah dimana ibu dibagi menjadi kelompok dengan usia anak 0-1 tahun dan 1-2 tahun. Sebanyak 48 responden untuk masing-masing kelompok diambil dengan teknik random sampling. Subjek memenuhi kriteria inklusi mengikuti pelatihan dari awal sampai akhir dan bersedia datang satu bulan kemudian. Tes sebelum, segera setelah dan satu bulan setelah pelatihan ibu balita diberikan kuesioner untuk melihat pengetahuan ibu tentang pertumbuhan dan perkembangan

anak. Lembar observasi digunakan peneliti untuk menilai keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis perbedaan peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita tampak bahwa sebelum pelatihan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita kelompok kontrol dengan kelompok intervensi tidak berbeda secara bermakna ($p > 0,05$). Sedangkan segera setelah pelatihan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita berbeda secara bermakna ($p < 0,05$). Pada kelompok intervensi, pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita mengalami peningkatan. Selisih () peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil pengukuran penurunan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita segera dan satu bulan setelah pelatihan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak berbeda secara bermakna ($p > 0,05$). Selisih () penurunan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita pada kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil penelitian, hasil pengolahan data tahap penilaian pengetahuan sebelum pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak, baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi menunjukkan bahwa tidak berbeda secara bermakna, hal ini menunjukkan kemampuan pengetahuan yang dimiliki responden sama. Hal ini dapat dipahami karena seluruh responden tersebut belum mendapatkan pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak. Selanjutnya, berdasarkan hasil analisa penilaian sebelum dan segera setelah pelatihan dari kedua kelompok menunjukkan terdapat perbedaan secara bermakna, pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita pada kelompok intervensi meningkat tetapi tidak pada kelompok kontrol. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita pada kelompok intervensi lebih tinggi dan

penurunan satu bulan setelah pelatihan lebih kecil pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sehingga dapat dikatakan bahwa metode pada kelompok intervensi dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang anak. Pembagian kelompok sesuai tahapan usia anak membuat ibu fokus dan mudah menerima materi pelatihan sehingga ibu dapat menerapkan kembali dirumah. Sesuai dengan hal tersebut, berdasarkan penelitian Cahya Wibawa menyatakan bahwa pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman, guru, orangtua, buku dan media masa. Pada kelompok kontrol terjadi penurunan pengetahuan setelah diberikan pelatihan, hal ini sesuai dengan pendapat Wahyuni yang menyatakan bahwa penyampaian informasi melalui tulisan dinilai tidak cukup efektif atau intensitasnya rendah, meskipun sumber informasi banyak jenisnya. Hal ini sejalan dengan hasil indepth interview kepada ibu balita bahwa banyaknya materi yang diberikan saat pelatihan menyebabkan ibu tidak fokus, jumlah peserta yang terlalu banyak menyebabkan ibu tidak kreatif untuk bertanya walaupun diberikan kesempatan untuk bertanya serta penataan tempat duduk membuat ibu tidak dapat diskusi serta bertukar pengalaman dengan peserta lain menyebabkan ibu kurang termotivasi dalam pelatihan. Pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak di Kabupaten Banjarnegara diberikan pada ibu balita. Berdasarkan hasil analisis karakteristik ibu balita homogen tetapi ibu mempunyai daya tangkap dan ingatan yang berbeda.

Hasil pengukuran retensi pengetahuan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang anak satu bulan setelah pelatihan tidak terdapat perbedaan secara bermakna pada kedua kelompok. Hasil ini sejalan dengan pendapat Winkel bahwa pada umumnya orang setelah belajar pertama kali lupa dengan cepat, tetap kemudian tidak begitu cepat. Tetapi penurunan retensi pada kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan dengan penurunan retensi pada kelompok kontrol. Sehingga dapat dikatakan dengan pembagian kelompok ibu sesuai tahapan tumbuh kembang usia anak lebih bertahan lama. Kenyataan bahwa pengetahuan ibu pada kelompok intervensi lebih bertahan lama karena dalam proses perlakuan, kelompok intervensi melibatkan indra responden yang lebih lengkap yaitu melihat, mendengar dan melakukan lebih fokus dan maksimal serta kesempatan berlatih lebih banyak

dibandingkan dengan kelompok kontrol yang cenderung hanya banyak melihat dan mendengarkan saja.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita segera setelah pelatihan meningkat pada kelompok intervensi tetapi tidak pada kelompok kontrol. Satu bulan setelah pelatihan mengalami penurunan pengetahuan dan keterampilan menstimulasi tumbuh kembang pada kedua kelompok. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam menstimulasi tumbuh kembang balita segera setelah pelatihan pada kelompok intervensi lebih tinggi dan penurunan satu bulan setelah pelatihan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Faktor individu belajar, materi pembelajaran, penataan ruang pelatihan menjadi penghambat dalam pelatihan deteksi dini tumbuh kembang anak.

REFERENSI

- Soetjiningsih. (1995). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.
- Hurlock E. (1998). *Psikologi perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
- Fadlyana E, Rusmil K. (2002). *Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan balita di kabupaten*. Bandung: Sari Pediatri;3(3):30-8.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara. (2011). *Profil kesehatan ibu dan anak*. Banjarnegara: Dinkes Kabupaten Banjarnegara.
- Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 1464*. Penyelenggaraan praktik Bab III pasal 11 point E. Kemenkes RI.
- Cresswell JW. (2010). *Research design. Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed*. Jogjakarta: Pustaka Pelajar.
- Cahya W. (2007). *Perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video tentang pemberantasan demam berdarah terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap anak SD di kecamatan Wedarijaksa*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia;2(2):115-29.

Wahyuni T. (2010). *Hubungan keterlibatan orang tua terhadap kemampuan deteksi dini perkembangan anak*. Jakarta; FKUI.

Winkel W. (2008). *Psikologi pengajaran*. Jakarta: Gramedia.

Notoatmodjo. (2005). *Promosi kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Massaru. (2009). *When a parent has a mental illness: interventions and services for families*. Albany Medical; (401):760-7.

**ANALISIS HUBUNGAN *WORK INTERFERENCE WITH FAMILY*
TERHADAP *BURNOUT* PERAWAT WANITA DI RSUD Dr. R. GOETENG
TAROENADIBRATA PURBALINGGA**

Indri Heri Susanti¹⁾, Wasis Eko Kurniawan²⁾
STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
Email: arttaiko@gmail.com

ABSTRACT

As a married worker, a female nurse is required to perform two roles at once, there are the role of wife and mother at home and as a working woman at the hospital. These assertion can lead to a collision between the responsibilities of their work at home and at the hospital. This situation can make a female nurse feel guilty and under pressure then leads them into burnout. The purposes of this study is to analyze the relationship between work interference with family with the female nurse's burnout in RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. This is an analytic survey research using cross sectional method. The sample are 122 female nurses who have married in RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, using total sampling technique. This study using bivariate analysis with Lamda test. The results showed there was a relationship between work interference with family with emotional exhaustion of female nurses with p value 0,230; there is a relationship between work interference with family with depersonalization of female nurses with p value 0,127; and there is a relationship between work interference with family with decreased of personal accomplishment of female nurse with p value 0.725.

Keywords: *work interference with family, burnout, female nurses*

PENDAHULUAN

Pada era globalisasi saat ini banyak wanita yang memutuskan untuk bekerja. Wanita menekuni dunia kerja dikarenakan adanya beberapa motivasi atau dorongan diantaranya faktor ekonomi, misalnya kebutuhan untuk *self supporting* karena suami yang tidak bekerja atau suami yang bekerja tetapi memiliki pendapatan yang tidak cukup untuk mencukupi kebutuhan rumah tangga; adanya pertumbuhan inflasi yang setiap tahun semakin meningkat; adanya perubahan pandangan tentang standar hidup layak; adanya status sosial dalam masyarakat; serta adanya peningkatan permintaan tenaga kerja wanita lewat pertumbuhan sektor barang maupun jasa (Chayaningdyah, 2009).

Pelayanan kesehatan termasuk industri jasa kesehatan yang utama, setiap rumah sakit bertanggung jawab terhadap penerimaan jasa pelayanan kesehatan. Oleh

karena itu, rumah sakit perlu menjaga kualitas pelayanannya terhadap masyarakat yang membutuhkan. Perawat merupakan tenaga profesional yang perannya tidak dapat dikesampingkan dari semua bentuk pelayanan rumah sakit. Peran ini disebabkan karena tugas perawat mengharuskan kontak paling lama dengan pasien (Murtianingrum 2009).

Setiap hari, dalam melaksanakan pengabdiannya seorang perawat tidak hanya berhubungan dengan pasiennya, tetapi juga dengan keluarga pasien, teman pasien, rekan kerja sesama perawat, berhubungan dengan dokter dan perawat, peraturan yang ada di tempat bekerja, beban kerja yang kadangkala dinilai tidak sesuai dengan kondisi fisik, psikis dan emosionalnya (Almasitoh, 2012). Pada kenyataannya, kebanyakan perawat di Indonesia adalah wanita. Sebagai wanita pekerja yang sudah berkeluarga, perawat wanita dituntut untuk menjalankan dua peran sekaligus, yaitu peran sebagai istri dan ibu ketika di rumah serta peran sebagai wanita pekerja ketika di tempat kerja. Perawat wanita yang telah menikah dan punya anak memiliki peran dan tanggung jawab yang lebih berat daripada wanita single. Tuntutan tersebut dapat menimbulkan adanya konflik pekerjaan-keluarga (*work family conflict*) (Ivancevich, 2006). Howard (2008) mengemukakan *work family conflict* terjadi ketika ada ketidaksesuaian antara peran yang satu dengan peran lainnya (*inter-role conflict*) dimana terdapat tekanan yang berbeda antara peran di keluarga dan di pekerjaan.

Menyeimbangkan tuntutan peran pekerjaan dan keluarga merupakan tugas yang tidak mudah bagi seorang perawat wanita (Ivancevich, 2006). Melalui keluarga, seseorang mendapat kasih sayang, perhatian, serta segala pemenuhan hidupnya. Keluarga juga merupakan sarana penting bagi pembentukan dan pengembangan karakter seorang individu. Sementara melalui pekerjaan, seseorang dapat lebih menemukan jati dirinya, menumbuhkan semangat dan tekad dalam usaha serta dapat lebih menyejahterakan hidup dan keluarganya (Anoraga, 2009).

Menurut Greenhaus & Beutell (1985) dalam Dardin (2013), *work family conflict* memiliki 3 dimensi yang sifatnya 1 arah. Berikut penjelasan mengenai 3 dimensi tersebut: *Time-based conflict* terjadi ketika waktu yang dibutuhkan untuk menjalankan salah satu tuntutan (keluarga atau pekerjaan) dapat mengurangi waktu

untuk menjalankan tuntutan yang lainnya (keluarga atau pekerjaan). Misalnya ketika ada pertemuan orangtua murid di sekolah yang waktunya bersamaan dengan *meeting* di kantor sehingga menimbulkan konflik, pekerja yang karena kesibukannya dalam bekerja telat menjemput anaknya. *Strain-based conflict* terjadi ketika tuntutan dari satu peran mempengaruhi kinerja peran lainnya. Hal ini dapat menyebabkan pekerja mengalami ketidakpuasan, ketegangan, kecemasan, *fatigue*. Adanya tekanan psikologis yang negatif mengakibatkan seseorang cenderung menghabiskan lebih banyak waktu dan kemampuan pada satu peran sehingga tidak dapat memuaskan peran lainnya. *Behavior-based conflict* terjadi ketika adanya ketidaksesuaian antara perilaku dengan yang diinginkan oleh kedua bagian (keluarga atau pekerjaan). Misalnya perilaku agresif, konfrontasi, asertif yang dibutuhkan dalam pekerjaan tidak sesuai dengan yang dibutuhkan dalam keluarga dimana lebih menekankan pada kehangatan, pengertian, rasa saling menyayangi dan mengasihi.

Konflik peran ganda dapat dibagi ke dalam dua bentuk (Frone, 1992, dalam Adekola, 2010), yaitu: konflik pekerjaan (*work interference with family*) dan konflik keluarga (*family interference with work*). Konflik pekerjaan merupakan konflik yang terjadi ketika aktivitas pekerjaan mengganggu tanggung jawab individu dalam lingkungan keluarga. Misalnya, individu membawa pulang pekerjaan dan berusaha untuk menyelesaikannya dengan mengorbankan waktu keluarga. Efek *mood* dan stres yang dialami di lingkungan pekerjaan juga membuat individu tidak fokus dalam menyelesaikan tuntutan perannya di lingkungan keluarga. Berikutnya adalah konflik keluarga adalah konflik yang terjadi ketika peran dan tanggung jawab dalam keluarga mengganggu aktivitas pekerjaan. Misalnya, individu yang membatalkan rapat penting karena anaknya sedang sakit. Selain itu, disebutkan bahwa perbedaan gender juga merupakan hal yang berpengaruh terhadap kemunculan konflik keluarga. Mengingat bahwa mengasuh anak biasanya dilakukan oleh wanita, maka keberadaan istri yang bekerja dapat lebih memicu terjadinya konflik keluarga.

Hal ini menjelaskan terjadinya benturan antara tanggung jawab pekerjaan di rumah atau kehidupan rumah tangga (Ruswanti dan Jacobus, (2013). Sehingga dapat menjadikan wanita memiliki perasaan bersalah hingga menimbulkan tekanan

yang pada akhirnya menimbulkan *burnout*. *Burnout* berdampak pada performa kerja, baik di pekerjaan maupun dalam keluarga (Zamralita, 2007).

Pines dan Maslach (1993) dalam Schaufeli (2009) menjelaskan bahwa *burnout* merupakan sindrom kelelahan, baik secara fisik maupun mental yang termasuk di dalamnya berkembang konsep diri yang negatif, kurangnya konsentrasi serta perilaku kerja yang negatif. *Burnout* berbentuk kelelahan fisik, mental, emosional yang terjadi dalam waktu yang cukup lama. Schaufeli (2009) membagi *burnout* menjadi 3 dimensi, yaitu: kelelahan emosional yang berakibat pada perasaan tidak karuan pada mental dan emosi, depersonalisasi merupakan hal yang dapat membuat seseorang berperilaku tidak menyenangkan, dan penurunan pencapaian prestasi pribadi.

Menurut Lee dan Asforth (1996) dalam Pangastiti (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi *burnout* yaitu: konflik peran ganda, stres kerja, beban kerja dan kurangnya dukungan sosial. Seseorang terkadang tidak dapat mengatasi problem yang disebabkan oleh tekanan yang mereka alami. Mereka tidak dapat mengambil tindakan harus "menghadapi atau menghindar" (*fight or flight*) untuk mengurangi tekanan tersebut. Akibatnya ketegangan yang dialami dapat mengganggu kondisi emosional, proses berpikir dan kondisi fisik individu yang mengalami tekanan.

Berdasarkan hasil prasurvey di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, terdapat 122 perawat wanita yang sudah berkeluarga. Melalui wawancara dengan 12 perawat wanita yang saya temui 9 diantaranya mengalami kejenuhan pada pekerjaan, dan 5 diantaranya sering mengalami kelelahan ketika pulang dari rumah sakit dan masih harus mengurus keluarga di rumah terutama setelah *shift* malam. Maka melihat fenomena tersebut, penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Analisis Hubungan *Work Interference With Family* Dengan *Burnout* Perawat Wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga". Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan *work interference with family* dengan *burnout* perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Tujuan khusus dari penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan *work interference with family* dengan kelelahan emosional

perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, mengidentifikasi hubungan *work interference with family* dengan depersonalisasi perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, dan mengidentifikasi hubungan *work interference with family* dengan penurunan pencapaian prestasi pribadi perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat wanita yang sudah berkeluarga sejumlah 122 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variable independen yaitu *work interference with family* dan variable dependen dalam penelitian ini adalah *burnout*. Variabel *work interference with family* ini diukur menggunakan kuesioner A yaitu kuesioner baku milik Netemeyer *et al.* dalam Rantika (2011). Kuesioner ini memiliki 12 (dua belas) butir pernyataan, yang terdiri atas dua dimensi yaitu *work interference with family* (no 1-6) dan *family interference with work* (no 7-12). Penulis hanya menggunakan kuesioner nomor 1-6 yaitu kuesioner *work interference with family*. Hasil ukurnya yaitu tidak mengalami *work interference with family* ≤ 12 dan mengalami *work interference with family* > 12 . Variabel *burnout* menggunakan kuesioner B yaitu kuesioner MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Variabel ini dibagi menjadi 3 bagian yaitu kelelahan emosional yang terdiri dari 9 pertanyaan (nomor 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), depersonalisasi 5 pertanyaan (5, 10, 11, 15, 22), dan penurunan pencapaian prestasi pribadi 8 pertanyaan (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Hasil ukurnya dalam kategori sangat berat = 9-10, berat = 6-8, sedang = 3-5, ringan = 1-2. Analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis bivariat dengan uji Lamda. Hipotesis dalam penelitian ini yaitu H_0 diterima apabila $p \text{ value} > 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian ini sebagian besar responden tidak mengalami

work interference with family sebanyak 65 responden (53,3%). *Work interference with family* atau konflik pekerjaan adalah konflik yang terjadi ketika aktivitas pekerjaan mengganggu tanggung jawab individu dalam lingkungan keluarga. Misalnya, individu membawa pulang pekerjaan dan berusaha untuk menyelesaikannya dengan mengorbankan waktu keluarga (Frone (1992), dalam Adekola (2010)). Menurut peneliti pada penelitian ini, sebagian besar responden tidak mengalami konflik pekerjaan karena mereka dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan disiplin dan menikmati pekerjaannya di rumah sakit sehingga tidak perlu membawa pekerjaan ke rumah. Menurut Anoraga (2009) melalui pekerjaan, seseorang dapat lebih menemukan jati dirinya, menumbuhkan semangat dan tekad dalam usaha serta dapat lebih menyejahterakan hidup dan keluarganya. Selain itu lingkungan kerja yang menyenangkan dan dukungan rekan kerja yang membuat pekerjaan dapat segera diselesaikan. Hal ini didukung oleh pendapat (Frone (1992), dalam Adekola (2010)) yaitu efek *mood* dan *stress* yang dialami di lingkungan pekerjaan dapat membuat individu tidak fokus dalam menyelesaikan tuntutan perannya di lingkungan keluarga.

Pada penelitian ini terdapat 46,7% responden mengalami *work interference with family*. Menurut asumsi peneliti, responden merasakan beban kerja yang berat dan tidak dapat terselesaikan di lingkungan pekerjaan sehingga harus dibawa ke rumah. Selain itu perawat bekerja dalam bidang jasa yang menuntut berhubungan dengan pasien lebih dari 8 jam sehari, lingkungan pekerjaan yang kurang nyaman dan rekan kerja yang kurang mendukung dapat memunculkan konflik. Hal ini didukung oleh pernyataan Murtianingrum (2009) dalam Ruswanti dan Jacobus (2013), perawat merupakan tenaga profesional yang perannya tidak dapat dikesampingkan dari semua bentuk pelayanan rumah sakit. Peran ini disebabkan karena tugas perawat mengharuskan kontak paling lama dengan pasien. Asumsi ini sejalan dengan Almasitoh (2012), yaitu setiap hari dalam melaksanakan pengabdiannya seorang perawat tidak hanya berhubungan dengan pasiennya, tetapi juga dengan keluarga pasien, teman pasien, rekan kerja sesama perawat, berhubungan dengan dokter dan perawat, peraturan yang ada di tempat bekerja, beban kerja yang kadangkala dinilai tidak sesuai dengan kondisi fisik, psikis dan emosionalnya.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Dimensi Burnout Pada Perawat Wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga Tahun 2017

No.	Burnout	Kategori							
		Ringan		Sedang		Berat		Sangat Berat	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Kelelahan emosional	46	37,7	65	53,3	11	9	0	0
2	Depersonalisasi	94	77	25	20,5	3	2,5	0	0
3	Penurunan pencapaian prestasi pribadi	0	0	14	11,5	50	41	58	47,5
Total responden = 122									

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data sebagian besar responden mengalami burnout pada kategori sedang sebanyak 103 orang (84,4%). Hasil tersebut kemudian dibagi per dimensi burnout, yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan pencapaian prestasi pribadi. Sebanyak 53,3% responden mengalami kelelahan emosional pada kategori sedang, 77% responden mengalami depersonalisasi pada kategori ringan, dan 47,5% mengalami penurunan pencapaian prestasi pribadi kategori sangat berat.

Sebagian besar responden mengalami kelelahan emosional pada kategori sedang (53,3%) menurut asumsi penulis karena responden berkerja dalam bidang jasa yang menuntut kestabilan emosi dalam memberikan pelayanan dalam hal ini pasien. Hal ini akan berpengaruh pada performa responden dalam menghadapi pasien, responden cenderung kurang ramah dan mudah terpancing emosi. Leiter & Maslach (1997) dalam Schaufeli et al (2009), ketika pekerja merasakan kelelahan (*exhaustion*), mereka cenderung berperilaku *overextended* baik secara emosional maupun fisik. Hal ini akan mempengaruhi keinerja performa dari pekerja.

Berdasarkan Tabel 2, sebagian besar responden 77% responden mengalami depersonalisasi pada kategori ringan. Depersonalisasi adalah proses penyeimbangan antara tuntutan pekerjaan dengan kemampuan individu (Maslach (1993) dalam Cholily (2007)). Menurut asumsi peneliti, responden mengalami depersonalisasi karena merasa tidak mampu menghadapi tekanan dalam pekerjaan. Tekanan ini dapat berupa kondisi pekerjaan yang kurang sesuai dengan kemampuan, misalnya beban

kerja yang terlalu berat, jumlah pasien yang tidak sesuai dengan jumlah perawat atau teman kerja yang kurang mendukung kondisi yang dialami responden. Menurut Lee dan Asforth (1996) dalam Pangastiti (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi *burnout* yaitu beban kerja dan kurangnya dukungan sosial. Seseorang terkadang tidak dapat mengatasi problem yang disebabkan oleh tekanan yang mereka alami. Mereka tidak dapat mengambil tindakan harus "menghadapi atau menghindar" (*fight or flight*) untuk mengurangi tekanan tersebut. Akibatnya ketegangan yang dialami dapat mengganggu kondisi emosional, proses berpikir dan kondisi fisik individu yang mengalami tekanan.

Sebagian besar responden dalam penelitian ini (47,5%) mengalami penurunan pencapaian prestasi pribadi kategori sangat berat. Menurut asumsi peneliti, responden merasa beban kerjanya sebagai perawat terlalu berat dan tidak mampu dilakukan dengan maksimal sehingga kurang bersemangat dalam memberikan pelayanan pada pasien. Sedikit komplain dari pasien atau teguran dari rekan kerja membuat klien merasa tidak percaya diri. Hal ini sejalan dengan pendapat Maslach (1993) rendahnya hasrat pencapaian prestasi diri ditandai dengan adanya perasaan tidak puas terhadap diri sendiri, pekerjaan bahkan terhadap kehidupan. Penderita memiliki perasaan tidak berdaya, tidak mampu melakukan tugas, dan menganggap tugas-tugas yang dibebankan terlalu berlebihan sehingga tidak sanggup lagi menerima tugas yang baru. Mereka merasa kehilangan kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri dan juga kehilangan kepercayaan dari orang lain akibat perilakunya.

Tabel 3. Tabulasi Silang Hubungan *Work Interference With Family* dengan Kelelahan Emosional Pada Perawat Wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga Tahun 2017

Kelelahan emosional	<i>Work Interference With Family</i>						<i>p value</i>
	Tidak Mengalami		Mengalami		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Ringan	34	27,9	12	9,8	46	37,7	0,230
Sedang	31	25,4	34	27,9	65	53,3	
Berat	0	0	11	9	11	9	
Total	65	53,3	57	46,7	122	100	

Berdasarkan Tabel 3. sebagian besar responden yang tidak *mengalami work interference with family* mempunyai kelelahan emosional ringan (27,9%), kemudian sebagian besar responden yang *mengalami work interference with family* mempunyai kelelahan emosional sedang (27,9 %). Nilai p dalam tabel adalah 0,230 artinya nilai $p > 0.05$ sehingga H_0 diterima, artinya ada hubungan antara *work interference with family* dengan kelelahan emosional perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Perawat bekerja dalam bidang jasa yang menuntut berhubungan dengan pasien lebih dari 8 jam sehari, kelelahan emosional yang terjadi bisa disebabkan karena pekerjaan perawat dalam bidang jasa yang menuntut selalu tersenyum dan ramah dalam memberikan pelayanan pada pasien. Kelelahan emosional ini dapat memunculkan konflik. Konflik ini disebut sebagai konflik pekerjaan atau *work interference with family*. Hal ini didukung oleh pernyataan Murtianingrum (2009) dalam Ruswanti dan Jacobus (2013), perawat merupakan tenaga profesional yang perannya tidak dapat dikesampingkan dari semua bentuk pelayanan rumah sakit. Peran ini disebabkan karena tugas perawat mengharuskan kontak paling lama dengan pasien sehingga rentan terjadi kelelahan emosional.

Tabel 4. Tabulasi Silang Hubungan *Work Interference With Family* dengan Depersonalisasi Pada Perawat Wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga Tahun 2017

Depersonalisasi	<i>Work Interference With Family</i>						<i>p value</i>
	Tidak Mengalami		Mengalami		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Ringan	55	45,1	39	31,9	94	77	0,127
Sedang	10	8,2	15	12,3	25	20,5	
Berat	0	0	3	2,5	3	2,5	
Total	65	53,3	57	46,7	122	100	

Berdasarkan Tabel 4 sebagian besar responden yang tidak *mengalami work interference with family* mempunyai depersonalisasi ringan (45,1%), demikian juga dengan sebagian besar responden yang *mengalami work interference with family* mempunyai depersonalisasi sedang (31,9 %). Nilai p dalam tabel adalah 0,127 artinya nilai $p > 0.05$ sehingga H_0 diterima, artinya ada hubungan antara *work interference with family* dengan depersonalisasi perawat wanita di RSUD Dr. R.

Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Konflik pekerjaan yang dialami perawat salah satunya berasal dari depersonalisasi atau tekanan dalam bekerja. Beban kerja perawat yang berat, penghargaan yang kurang sesuai, lingkungan dan rekan kerja yang kurang mendukung. Menurut Lee dan Asforth (1996) dalam Pangastiti (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi *burnout* yaitu: konflik peran ganda, stres kerja, beban kerja dan kurangnya dukungan sosial. Seseorang terkadang tidak dapat mengatasi problem yang disebabkan oleh tekanan yang mereka alami.

Tabel 5. Tabulasi Silang Hubungan *Work Interference With Family* dengan Penurunan Pencapaian Prestasi Pribadi Pada Perawat Wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga Tahun 2017

Penurunan Pencapaian Prestasi Pribadi	<i>Work Interference With Family</i>						<i>p value</i>
	Tidak Mengalami		Mengalami		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Sedang	6	4,9	8	6,6	14	11,5	0,725
Berat	30	24,7	20	16,4	50	41,1	
Sangat Berat	29	23,7	29	23,7	58	47,4	
Total	65	53,3	57	46,7	122	100	

Berdasarkan Tabel 5 sebagian besar responden yang tidak *mengalami work interference with family* mengalami penurunan pencapaian prestasi pribadi dalam kategori berat (24,7 %), sedangkan sebagian besar responden yang *mengalami work interference with family* mengalami penurunan pencapaian prestasi pribadi dalam kategori sangat berat (23,7 %). Nilai p dalam tabel adalah 0,725 artinya nilai $p > 0.05$ sehingga H_0 diterima, artinya ada hubungan antara *work interference with family* dengan penurunan pencapaian prestasi pribadi perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Berdasarkan hasil penelitian peneliti berasumsi bahwa konflik pekerjaan sudah terjadi dalam waktu yang lama karena responden mengalami penurunan pencapaian prestasi diri dalam kategori sangat berat. Hal ini dapat menyebabkan hilangnya kepercayaan diri perawat, penurunan minat pada pekerjaan dan yang terburuk adalah mangkir bekerja. Penyebab timbulnya *burnout* menurut Abraham & Shanley, (1997) dalam Erlina (2010) adalah semua faktor yang dapat menyebabkan stres, yang terjadi secara terus menerus dalam waktu yang panjang.

SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah : ada hubungan antara *work interference with family* dengan kelelahan emosional perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dengan p value 0,230; ada hubungan antara *work interference with family* dengan depersonalisasi perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dengan p value 0,127; dan ada hubungan antara *work interference with family* dengan penurunan pencapaian prestasi pribadi perawat wanita di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dengan p value 0,725.

DAFTAR PUSTAKA

- Adekola, B. (2010). *Interferences Between Work And Family Among Male And Female Executives In Nigeria*. African Journal of Business Management, 4(6), 1069-1077
- Almasitoh, U. H. (n.d.). (2012). *Stres Kerja Ditinjau dari Konflik Peran Ganda dan Dukungan Sosial pada Perawat*, 8(168), 63–82.
- Anoraga, P. (2009). *Psikologi Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cahyaningdyah, D. (2009). *Analisis Konflik Pekerjaan-Keluarga Pada Wanita Pekerja Di Industri Perbankan*. Dinamika Manajemen. Vol 1.
- Dardin. (2013). *Hubungan Konflik Peran Ganda, Stress Kerja Dan Beban Kerja Dengan Burn Out Perawat Wanita Di Rs Haji Makassar*. Universitas Hasanuddin, Makasar. Tesis
- Erlina. (2010). *Hubungan Antara Persepsi Beban Kerja Dengan Burnout Pada Perawat Di Rumah Sakit Daerah Dr. Haryoto Lumajang*. Malang: Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Malang. [http://arc.unm.ac.id/files/\(1247-H-2010\)-pdf](http://arc.unm.ac.id/files/(1247-H-2010)-pdf), diakses 12 April 2016.
- Howard, J.L. (2008). *Balancing Conflicts Of Interest When Employing Spouses*. Employee Responsibility Rights Journal, 20, 29-43
- Ivancevich, Konopaske, Mattenson. (2006). *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Jakarta: PT Erlangga.
- Maslach, C. (1993). *Burnout : A Multidimensional Perspective*. In W.B Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds) *Profesional Burnout : Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis: Pp. 19-32

- Pangastiti. (2011). *Analisis Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Burnout Pada Perawat Kesehatan Di Rumah Sakit Jiwa*, eprints.undip.ac.id/29408
- Renny Rantika dan Sunjoyo. (2011). *Pengaruh Konflik Kerja-Keluarga Terhadap Komitmen Organisasional Yang Dimediasi Oleh Kepuasan Kerja Pada Profesi Perawat Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Moewardi Surakarta*. Jurnal Manajemen Teori Dan Terapan., Tahun 4, no. 2, Agustus 2011
- Ruswanti, E., & Jacobus, O. A. (2013). *Konflik antara Pekerjaan dan Keluarga, Stress Kerja terhadap Kinerja Perawat Wanita pada Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta*. In Forum Ilmiah (Vol. 10, No. 1, pp. 81-89)
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., dan Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 Years Of Research And Practice*, Career Development International, Vol. 14, No. 3, hal. 204-220.
- Zamralita. (2007). *Komitmen Organisasi : Karyawan Dengan Kepribadian Tipe A Dan Tipe B*. Phronesis, Jurnal Ilmiah Psikologi Industri dan Organisasi, 9(2), 168-185.

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN PELATIHAN ASUHAN PERSALINAN NORMAL (APN) DALAM PELAKSANAAN STANDAR ASUHAN PERSALINAN NORMAL (APN)

Intan Sari
Akademi Kebidanan Budi Mulia Prabumulih
Email: budimulia_03@yahoo.com

ABSTRACT

World Health Organization (WHO) estimates that more than 585 000 women per year died from childbirth. The maternal mortality rate (MMR) in 2012 according to SDKI amounted to 317 per 100,000 live births. Care of normal deliveries is a clean and safe care during labor and After birth and prevention of complications, especially post-partum bleeding, hypothermia and asphyxia, newborn. This study aims to determine the relationship between knowledge and training of midwives Care of normal deliveries with the implementation of the standard normal delivery care in health centers Private Practice Midwife Cambai Prabumulih working area 2017. The design of this study is analytical survey with Cross Sectional approach. The population in this study were all midwives in Private Practice Midwives (CPM) Cambai health center Prabumulih working area of 2017 amounted to 30 and using purposive sampling. This research instrument used questionnaires and check list. Data analysis was performed by univariate and Bivariate. The results of this study show from 30 midwives who did not get in the implementation of the standard of care of normal deliveries 16 people (53.3%), which have less knowledge of as many as 17 people (56.7%) midwives, who did not care labor training as many as 20 people (66.7%). The results of bivariate analysis using Chi square test statistic that compares the p value with the significance level (0.05) of the incident which showed relationship between knowledge Midwives where p value = 0.001, and significant relationship between normal birth care training with the implementation of the standard of care of normal deliveries in which the p value = 0.019. Health workers in particular are advised to keep improving the processing Midwives Midwives against predetermined standards in the care of normal deliveries.

Keywords : Implementation of the normal standard of care delivery (APN)

PENDAHULUAN

Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah asuhan kebidanan pada persalinan normal yang mengacu kepada asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi (Depkes, 2004).

Tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu (AKI) di Negara berkembang, disebabkan oleh pendarahan, pasca persalinan eklampsi, sepsis dan komplikasi keguguran. Menurut *World Health Organization (WHO)* memperkirakan lebih dari

585.000 ibu pertahunnya meninggal akibat persalinan. Di Asia Selatan, wanita berkemungkinan 1 : 8 meninggal akibat kehamilan atau persalinan selama kehidupan, sedangkan di Amerika Utara hanya 1 : 6.366 lebih besar dari 50 % kematian di Negara berkembang (Syaifudin, 2009).

Dalam mencapai SDGs, seorang bidan dapat berperan dalam pencapaian target ketiga dari SDGs, yaitu kehidupan sehat dan sejahtera, khususnya terkait kesehatan ibu dan bayi. Masalah kesehatan ibu dan bayi menjadi salah satu isu penting yang dihadapi Indonesia dalam dekade ini (UGM, 2017)

Angka kematian pada Ibu memang mengalami penurunan, yaitu dari 68/1000 kelahiran pada tahun 1991 menjadi 32/1000 pada tahun 2012. Meski demikian, dibandingkan dengan jumlah pada tahun 2007, angka kematian ibu pada tahun 2012 justru menunjukkan peningkatan, yaitu dari 228 menjadi 359 per 100.000 kelahiran.

Salah satu faktor penting dalam upaya penurunan angka kematian ibu tersebut adalah penyediaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas (Rohani, 2011).

Meskipun angka kematian ibu secara nasional sebesar 228/100.000 kelahiran hidup, tetapi sebenarnya sangat bervariasi di berbagai daerah yaitu antara 300-700/100.000 kelahiran hidup. Bila persalinan diperkirakan sekitar 5.000.000 orang/tahun, AKI di Indonesia sekitar 18.000-20.000 orang atau 53-55 orang per hari. Dimana penyebab kematian ibu 94,4 % merupakan akibat langsung dari kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan, serta 5,6 % disebabkan karena penyakit lain yang semakin memburuk dengan terjadinya kehamilan atau persalinan (Depkes, 2008).

Berdasarkan data Dinkes Provinsi Sumatera Selatan saat ini, sebanyak 148 kasus ibu meninggal per 100.000 kelahiran di Sumatera Selatan. Sejak tahun 2011 terjadi tren yang fluktuatif terhadap AKI yang dihitung per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012 tercatat 120 kasus, meningkat menjadi 149 kasus pada tahun 2013, turun sedikit pada tahun 2014 menjadi 146 kasus, dan kembali meningkat menjadi 155 pada tahun 2015 (Profil Kesehatan Sumsel, 2017).

Berdasarkan data dari dinas kesehatan kota Prabumulih pada Tahun 2015 AKI sebanyak 9 orang. (profil Dinas Kesehatan Kota Prabumulih, 2017).

Berdasarkan data yang di dapat Puskesmas Cambai kota Prabumulih Angka Kematian Ibu pada tahun 2017 yaitu 2 orang, sedangkan pada tahun 2017 Angka Kematian Ibu sebanyak 1 orang. Dari 15 Bidan Praktek Swasta (BPS) wilayah kerja Puskesmas Cambai Tahun 2017 terdapat 30 Bidan, yang melaksanakan Asuhan Persalinan Normal (APN) sebanyak 6 Bidan dan yang tidak melaksanakan Asuhan Persalinan Normal (APN) sebanyak 9 Bidan.

Asuhan Persalinan Normal yang dapat diketahui bahwa asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama pendarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir, sehingga mengurangi angka kematian ibu yang bertujuan menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi bayi dan ibunya, melalui upaya dan keamanan dan berkualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (Optimal) sehingga seharusnya setiap tenaga kesehatan wajib menerapkannya (Affandi, 2008).

Beberapa faktor yang berkaitan dengan pelaksanaan standar asuhan persalinan normal (APN) yaitu pengetahuan, sikap, motivasi, pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), kompensasi dan supervisi (Linda, 2008).

Karena Bidan merupakan ujung tombak pelayanan maternal dan perinatal, profesi bidan begitu dekat dengan masyarakat yang sewaktu-waktu memerlukan pertolongan. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini dengan judul penelitian tentang **“Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Bidan dalam pelaksanaan standar Asuhan Persalinan Normal (APN) di BPS wilayah kerja Puskesmas Cambai Prabumulih tahun 2017”**

METODE PENELITIAN

Penelitian adalah suatu upaya untuk memahami dan memecahkan masalah secara sistematis dan logis (Notoatmodjo, 2010).

Jenis penelitian ini menggunakan metode *survey analitik* dengan pendekatan *cross sectional* dimana variabel independen (Pengetahuan dan Pelatihan

APN) dan variabel dependen (Pelaksanaan Standar Asuhan Persalinan Normal (APN) dikumpulkan dalam waktu bersamaan (Notoadmodjo, 2005).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua bidan yang mempunyai BPS diwilayah kerja Puskesmas Cambai Prabumulih tahun 2017 yang berjumlah 30 Bidan.

Sampel penelitian adalah total populasi yaitu semua bidan di BPS wilayah kerja Puskesmas Cambai tahun 2017 yaitu sebanyak 30 Bidan.

Analisis Univariat adalah analisis yang dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi baik variabel Independen maupun variabel Dependen.

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang di duga berhubungan atau berkorelasi yaitu antara variabel independen (pengetahuan dan Pelatihan APN) dengan variabel dependen (pelaksanaan standar Asuhan Persalinan *chi-square* menggunakan komputersasi dengan tingkat kemaknaan = 0,05 (Notoadmodjo, 2005).

HASIL PENELITIAN

A. Analisis Bivariat

1. Standar Asuhan Persalinan Normal (APN)

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Standar APN di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Cambai Prabumulih

No	Pelaksanaan Standar APN	n	Persentase
1.	Ya	14	46,7
2.	Tidak	16	53,3
Jumlah		30	100

Dari Tabel 1 di atas menunjukkan jumlah bidan yang melaksanakan standar APN yaitu sebanyak 14 bidan (46,7%) dan tidak melaksanakan standar APN sebanyak 16 Bidan (53,3%).

2. Pengetahuan Bidan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Bidan di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Cambai Prabumulih

No	Pengetahuan	n	Persentase
1.	Baik	13	43,3
2.	Kurang	17	56,7
Jumlah		30	100

Berdasarkan Tabel 2 di atas diketahui bidan yang berpengetahuan baik sebanyak 13 bidan (43,3%) dan bidan yang berpengetahuan kurang sebanyak 17 bidan (56,7%).

3. Pelatihan APN

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pelatihan APN di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Cambai Prabumulih

No	Pelatihan APN	n	Persentase
1.	Ya	10	33,3
2.	Tidak	20	66,7
Jumlah		30	100

Berdasarkan dari Tabel 3 di atas di ketahui Bidan yang mengikuti pelatihan APN sebanyak 10 Bidan (33,3%) dan Bidan yang tidak mengikuti pelatihan APN sebanyak 20 Bidan (66,7%).

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan Pengetahuan Bidan dengan Pelaksanaan Standar APN

Tabel 4. Hubungan Pengetahuan Bidan dengan Pelaksanaan Standar APN di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Cambai Prabumulih

No	Pengetahuan	Pelaksanaan Standar APN				Jumlah		<i>P value</i>
		Ya		Tidak		N	%	
		n	%	n	%			
1	Baik	11	84,6	2	15,4	13	100	0,001
2	Kurang	3	17,6	14	82,4	17	100	
Jumlah		14		16		30		

Pada Tabel 4 di atas dapat dilihat proporsi responden dengan pelaksanaan standar APN pada kelompok pengetahuan baik sebesar 84,6% dan pada pengetahuan kurang sebesar 17,6%.

Hasil pengujian statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan Bidan dengan pelaksanaan standar APN dimana $p\ value = 0,001$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$.

2. Hubungan Pelatihan APN dengan Pelaksanaan Standar APN

Tabel 5. Hubungan Pelatihan APN dengan Pelaksanaan Standar APN di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Cambai Prabumulih

No	Pelatihan APN	Pelaksanaan Standar APN				Jumlah	<i>p value</i>	
		Ya		Tidak				
		n	%	n	%	N	%	
1	Ya	8	80,0	2	20,0	10	100	0,001
2	Tidak	6	30,0	14	70,0	20	100	
Jumlah		14		16		30		

Pada Tabel 5 di atas dapat dilihat proporsi responden dengan pelaksanaan standar APN pada kelompok pelatihan APN sebesar 80% dan pada kelompok tidak mengikuti pelatihan APN sebesar 30%.

Berdasarkan uji *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan APN dengan pelaksanaan standar APN, dimana $p\ value = 0,019$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$.

PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Standar Asuhan Persalinan Normal (APN).

Pada penelitian ini, pelaksanaan standar pelaksanaan standar APN dibagi menjadi 2 kategori yaitu ya (jika melaksanakan sesuai 58 langkah APN) dan tidak (jika tidak melaksanakan sesuai 58 langkah APN). Dari hasil analisis univariat didapatkan responden yang melaksanakan pelaksanaan standar sebanyak 14 responden (46,7%) sedangkan yang tidak melaksanakan pelaksanaan standar asuhan persalinan normal 16 responden (53,3%).

Dari penelitian ini didapatkan bahwa lebih banyak Bidan yang tidak melaksanakan asuhan persalinan normal (APN) hal ini disebabkan karena masih banyaknya Bidan yang belum tahu pentingnya pelaksanaan standar asuhan persalinan normal (APN) bagi keselamatan ibu dan bayi.

2. Hubungan antara Pengetahuan Bidan dengan Pelaksanaan Standar APN.

Pada penelitian ini, pengetahuan bidan dibagi menjadi 2 kategori yaitu baik (bila ≥ 75 % jawaban benar) dan kurang (bila < 75 % jawaban benar). Sedangkan Pelaksanaan Standar APN dibagi menjadi 2 kategori yaitu ya (jika melaksanakan sesuai 58 langkah APN) dan tidak (jika tidak melaksanakan sesuai 58 langkah APN).

Hasil analisis univariat menunjukkan jumlah Bidan yang berpengetahuan kurang lebih banyak yaitu 17 responden dan jumlah bidan yang berpengetahuan baik yaitu 13 responden.

Hasil analisis bivariat dari 13 bidan yang berpengetahuan baik yang melaksanakan standar APN sebanyak 11 responden (84,6 %) yang tidak melaksanakan standar APN sebanyak 2 responden (15,4%). Sedangkan dari 17 responden yang berpengetahuan kurang yang melaksanakan standar APN yaitu 3 responden (17,6%) dan 14 responden (82,4%) tidak melaksanakan standar APN.

Hasil pengujian statistik dengan menggunakan *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan Bidan dengan Pelaksanaan Standar APN, dimana $P Value = 0,001$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$.

Berdasarkan teori Affandi (2008) Bidan yang berpengetahuan baik dapat mewujudkan pelayanan sesuai dengan Asuhan sayang ibu, dan Bidan akan lebih patuh terhadap standar Asuhan Persalinan Normal (APN).

Berdasarkan hasil penelitian Nuriana (2008), pengetahuan berpengaruh terhadap Pelaksanaan Standar APN, karena Bidan yang berpengetahuan baik akan dapat memberikan pelayanan yang baik pula dalam asuhan persalinan normal, sehingga pada akhirnya tujuan asuhan persalinan dapat dicapai dengan optimal.

Pengetahuan berpengaruh terhadap standar APN, karena Bidan yang berpengetahuan baik akan melaksanakan pertolongan persalinan yang baik pula

sehingga tercapainya tujuan Indonesia sehat mengurangi Angka kematian ibu (AKI).

3. Hubungan antara Pelatihan APN dengan Pelaksanaan Standar APN.

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 30 responden dimana pelatihan APN dibagi menjadi 2 kategori, yaitu ya (jika mendapat sertifikasi APN) dan tidak (jika tidak mendapat sertifikasi APN) sedangkan Pelaksanaan Standar APN dibagi menjadi 2 kategori yaitu ya (jika melaksanakan sesuai 58 langkah APN) dan tidak (jika tidak melaksanakan sesuai 58 langkah APN).

Pada analisa univariat menunjukkan responden yang mengikuti pelatihan APN lebih sedikit yaitu responden 10 (33,3 %) dan responden yang tidak mengikuti pelatihan APN yaitu 20 responden (66,7 %).

Pada analisa bivariat menunjukkan dari 10 Bidan yang termasuk mengikuti pelatihan APN yang melaksanakan standar APN sebanyak 8 responden (80 %) dan 2 responden (20 %) yang tidak melaksanakan standar APN. Sedangkan dari 20 responden (66,7 %) yang tidak mengikuti APN sebanyak 6 responden (30 %) dan 14 responden (70 %) yang tidak mengikuti APN.

Hasil pengujian statistik dengan menggunakan *Chi-Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan APN dengan Pelaksanaan Standar APN, dimana *P Value* = 0,001 lebih kecil dari $\alpha = 0,05$.

Berdasarkan teori P2KP_KR (2009) Angka kematian ibu akan menurun seiring dengan peningkatan keterampilan penolong, dengan dasar ini pentingnya keterampilan penolong, peningkatan keterampilan itu melalui pelatihan Asuhan Persalinan Normal yang di ikuti oleh Bidan.

Menurut penelitian Diana (2008) pelatihan APN berpengaruh terhadap pelaksanaan standar APN hal tersebut dikarenakan bila Bidan telah mengikuti pelatihan APN maka Bidan itu dapat melaksanakan APN dengan baik.

Pelatihan Asuhan Persalinan (APN) merupakan pelatihan peningkatan keterampilan penolong yang dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Pelatihan APN juga dapat menjadi pemicu bagi seorang Bidan dalam pertolongan persalinan.

KESIMPULAN

Pelatihan Asuhan Persalinan Normal mempunyai hubungan yang signifikan dengan pengetahuan pertolongan persalinan bidan dan dengan keterampilan pertolongan persalinan bidan. Pelatihan APN mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan akan pertolongan persalinan, Pengetahuan pertolongan persalinan bidan yang telah dilatih APN lebih baik dari pengetahuan bidan yang belum dilatih APN.

SARAN

Disarankan pada pemerintah kota Prabumulih dan pihak terkait perlu adanya program pelatihan APN bagi seluruh Bidan di kota Prabumulih. Untuk peneliti selanjutnya agar lebih mengembangkan dan menyempurnakan penelitian ini serta menggunakan dan menyempurnakan penelitian ini serta menggunakan variabel-variabel lain dengan metode yang berbeda yang berhubungan dengan pelaksanaan standar Asuhan Persalinan Normal (APN).

DAFTAR PUSTAKA

- Anita. (2008). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Bidan Praktek Swasta (BPS) dalam Pengamplikasian 58 Langkah APN di Kecamatan Percut Sei Tuan Sumut.*
- Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian.* Jakarta : Rineka Cipta.
- Asri, Dwi. (2010). *Asuhan Persalinan Normal.* Yogyakarta : Medical Book.
- Depkes, RI. (2002). *Standar pelayanan kebidanan.* Jakarta : Permenkes.
- Asrinah, dkk. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan.* Yogyakarta : Graha Ilmu.
- JNPK-KR. (2008). *Asuhan Persalinan Normal .* Jakarta : Tim Revisi.
- Kurnia, Alen. (2010). *Gambaran Pengetahuan Bidan dalam Pelaksanaan Standar APN di Kecamatan Sukarame tahun 2010.*
- Kusmiyati, Yuni. (2009). *Penuntut Pratikum Asuhan Persalinan Normal.* Yogyakarta : Fitramaya.

Maimunah, Siti. *Hubungan asuhan persalinan tingkat pengetahuan dengan perilaku bidan.*

Martini, Tri. (2009). *Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap Bidan.*

Notoadmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.

Prawihardjo, Sarwono. (2011). *Ilmu Kebidanan.* Jakarta : YBP-SP.

Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun (2010).

Profil Kesehatan Kota Prabumulih Tahun 2010.

Rohani, dkk. (2011). *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan.* Jakarta : Salemba Medika.

Saifuddin, Abdul Bari. (2003). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatus.* Jakarta : JN PKKK- POGI bekerja sama dengan Yayasan Bina Nusantara.

Sularsih, Endang. (2009). *Pengaruh pelatihan terhadap motivasi, sikap, dan keterampilan Bidan dalam Standar pelaksanaan Standar APN.*

Yanti. (2009). *Asuhan Kebidanan Persalinan.* Yogyakarta : Pustaka Rihana.

Yuliawati. (2009). *Hubungan pelatihan Asuhan Persalinan terhadap pertolongan persalinan normal.*

Martini, Tri. (2009). *Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap Bidan*

**HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI ATAS MUTU LAYANAN DENGAN
KEIKUTSERTAAN BPJS “MANDIRI” PADA PASIEN OBSTETRI
DI RSUD CILACAP TAHUN 2016**

Johariyah
STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: *Joe_alvito@yahoo.com*

ABSTRACT

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) is a public legal entity formed to organize a social security program. This BPJS consists of BPJS Health and BPJS Employment. All residents of Indonesia are required to become health insurance participants managed by BPJS including foreigners who have worked for a minimum of six months in Indonesia and have paid dues. The level of participation of BPJS “Mandiri” is still low, which is 3.1% of all BPJS participation. The low participation is likely due to the frequent occurrence of news about the dissatisfaction of the service in patients with BPJS payments, the more people worried to become a participant BPJS. The data analysis is done by using SPSS. The data were analyzed two phases. The first stage is to describe the perceptions of quality of care in patients with BPJS “Mandiri” payment and own payment. The second stage is a asostatif analysis of perception of quality of care by own payment and BPJS Mandiri payment. The results showed that all responden (100%) have the perception of service quality in the high category. Based on the analysis we find that there is there was no correlation between perceptions of service with the participation BPJS Mandiri.

Keywords: participation, BPJS Mandiri, perceptions

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS ini terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran (Kementerian Kesehatan RI, 2013, h. 6).

Semangat yang dibangun pada program BPJS tersebut adalah: kegotongroyongan antara masyarakat kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang beresiko tinggi dan rendah; anggota yang bersifat wajib dan tidak selektif; iuran yang dibayarkan per bulan berdasarkan persentase upah/ penghasilan dan jaminan kesehatan nasional bersifat nirlaba.

Pelayanan yang difasilitasi BPJS adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan yang mencakup rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan kesehatan yang difasilitasi oleh BPJS, ada beberapa pelayanan yang terkait kebidanan meliputi pelayanan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) untuk menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi, persalinan, pemeriksaan bayi baru lahir, pemeriksaan pasca persalinan (*postnatal care*) terutama selama nifas awal selama 7 hari setelah melahirkan, dan pelayanan KB. (Kementerian kesehatan RI, 2013,h.66-70).

Perkiraan keikutsertaan BPJS “Mandiri” di kabupaten Cilacap adalah 3,1% dari total keikutsertaan BPJS. Hal ini menunjukkan bahwa keikutsertaan peserta BPJS mandiri masih sangat kecil.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Cilacap di Ruang Mawar, didapatkan hasil bahwa dari 7 pasien nifas yang dilakukan wawancara, 2 orang mengatakan mengikuti program BPJS karena merasa tenang, dan mereka mengatakan harus menyisihkan penghasilan untuk membayar iuran BPJS. Sedangkan 5 lainnya mengatakan enggan mengikuti program tersebut secara mandiri, karena menurut mereka iuran BPJS untuk kelas 2 dan 1 sangat mahal, mereka merasa tidak perlu membayar apapun sebelum sakit, dan mereka takut apabila menggunakan fasilitas BPJS nanti akan ditolak atau mendapatkan pelayanan yang tidak baik oleh Rumah Sakit. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara keikutsertaan BPJS “Mandiri” dengan persepsi atas mutu layanan pada pasien Obstetri.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian dalam penelitian ini *cross secstional*, yaitu pengambilan data bersamaan antara kelompok pasien dengan jenis pembayaran BPJS Mandiri dan Umum.

Objek dalam penelitian ini adalah ibu sebagai pasien Obstetri yang di rawat di Ruang mawar RSUD Cilacap yang menggunakan jenis pembayaran dengan BPJS Mandiri dan Jenis pembayaran Umum.

Variabel dalam penelitian ini adalah Keikutsertaan BPJS Mandiri, dan persepsi atas mutu layanan Obstetri. Keikutsertaan BPJS Mandiri adalah keikutsertaan pasien Obstetri terhadap BPJS dengan dibuktikan dengan kartu BPJS atau jenis pembayaran pasien tersebut. Sedangkan yang dimaksud persepsi atas mutu layanan adalah harapan pasien Obstetri terhadap pelayanan yang diterima di Rumah sakit. Hal ini akan diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 22 pernyataan yang terdiri dari *tangibles*, *Realibility*, *Responsiveness*, dan *Assurance* dengan pilihan sangat penting, penting, tidak penting dan sangat tidak penting. Selanjutnya akan dibagi menjadi 2 kategori yaitu: rendah jika skor 22 sampai dengan 55 dan tinggi jika skor 56 sd 88.

Pada penelitian ini instrumen yang dipakai adalah kuesioner yang terdiri dua bagian, bagian pertama berisi tentang identitas dan jenis pembayaran. Bagian kedua berisi tentang persepsi atas mutu layanan kebidanan.

Analisis data dilakukan dengan dua tahap. Tahap pertama adalah untuk mendeskripsikan persepsi atas mutu layanan pada pasien dengan BPJS “Mandiri” dengan pasien umum. Tahap kedua dengan melihat hubungan antara Jenis pembayaran dengan persepsi atas mutu layanan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat

Perbandingan persepsi terhadap mutu layanan antara pasien BPJS Mandiri dengan Pasien Umum pada pasien Obstetri di RSUD Cilacap tahun 2016

Distribusi frekuensi persepsi terhadap mutu layanan antara pasien BPJS Mandiri dengan pasien Umum di RSUD terdapat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Persepsi terhadap Mutu Layanan pada Pasien BPJS Mandiri dan Umum di RSUD Cilacap tahun 2016

Kategori	Keikutsertaan BPJS			
	BPJS Mandiri		Umum	
	F	%	F	%
Rendah	4	13	0	0
Tinggi	26	87	30	100
Total	30	100	30	100

Sumber : data primer 2016

Tabel 1. menunjukkan bahwa berdasarkan persepsi terhadap mutu layanan pada pasien Obstetri di RSUD Cilacap yang menggunakan BPJS Mandiri sebagian besar pada kategori tinggi yaitu sebesar 87%, sedangkan pada pasien dengan pembiayaan Umum seluruhnya memiliki persepsi pada kategori tinggi

B. Analisis Bivariat

Hubungan antara persepsi terhadap mutu layanan dengan keikutsertaan BPJS Mandiri pada pasien Obstetri di RSUD Cilacap tahun 2016

Hubungan antara persepsi terhadap mutu layanan dengan keikutsertaan BPJS Mandiri pada pasien Obstetri di RSUD Cilacap tahun 2016 terdapat pada Tabel 2.

Tabel 2. Hubungan antara Persepsi terhadap Mutu Layanan dengan Keikutsertaan BPJS Mandiri pada Pasien Obstetri di RSUD Cilacap tahun 2016

Kategori	Keikutsertaan BPJS				X ²	P	OR
	Mandiri		Umum				
	F	%	F	%			
Rendah	4	13	0	0	3,481	0,511	0,432
Tinggi	26	87	30	100			
Total							

Sumber : data primer 2016

Tabel 2 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara persepsi terhadap mutu layanan dengan keikutsertaan BPJS pada pasien Obstetri di RSUD Cilacap.

PEMBAHASAN

1. Distribusi Frekuensi Persepsi Terhadap Mutu Layanan Pada Pasien Obstetri dengan BPJS Mandiri dan Umum di RSUD Cilacap Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian diatas, didapatkan bahwa pasien Obstetri yang menggunakan pembayaran dengan skema BPJS Mandiri mayoritas memiliki persepsi yang tinggi terhadap mutu layanan. Hal ini dimungkinkan karena mutu layanan suatu Rumah sakit saat ini sudah menjadi kebutuhan bagi seluruh pasien. Mereka menginginkan ketika mereka dilakukan perawatan, mereka mendapatkan

hak sesuai dengan ketentuan. Selain itu, saat ini banyak pilihan tempat pelayanan Obstetri, sehingga masyarakat akan mudah beralih ke tempat layanan kebidanan yang lain apabila mereka tidak merasa puas. Apalagi pada pasien BPJS mandiri, dengan mereka telah membayar premi secara rutin setiap bulan, tentunya mereka menginginkan hak nya diberikan pada saat mereka dirawat di rumah sakit. Terdapat 13% pasien obstetric dengan pembayaran BPJS yang memiliki persepsi terhadap mutu yang rendah. Hal ini dimungkinkan karena mereka menganggap bahwa iuran mereka yang mereka bayarkan, dimana mereka mengikuti program BPJS pada kelas 3, masih lebih rendah bila dibandingkan dengan biaya yang harusnya mereka keluarkan. Sehingga mereka tidak menuntut banyak atas pelayanan yang mereka terima. Akan tetapi bukan berarti mereka tidak peduli dengan mutu pelayanan yang seharusnya ditampilkan di tatanan pelayanan kebidanan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa seluruh pasien dengan skema pembayaran umum memiliki persepsi atas mutun layanan yang tinggi. Hal ini bisa dimaklumi karena mereka mengeluarkan uang cukup banyak untuk mendapatkan pelyanan kesehatan, sehingga mereka menganggap bahwa kualitas pelayanan adalah hal yang sangat penting. Mereka menginginkan apa yang mereka terima sesuai dengan apa yang mereka bayarkan.

2. Hubungan Antara Persepsi Atas Mutu Layanan Terhadap Keikutsertaan BPJS Mandiri di RSUD Cilacap Tahun 2016

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa baik pasien dengan skema pembayaran PBJS Mandiri maupun umum memiliki persepsi terhadap mutu layanan tinggi. Hal ini mengindikasikan bahwa seluruh masyarakat menginginkan pelayanan yang bermutu ketika di rawat di Rumah sakit.

Pasien atau konsumen tidak dapat menilai mutu pelayanan yang diperoleh secara teknik medic, karena mereka akan menilai dari persepsi social mereka atas atribut-atribut pelayanan tersebut. penilaian dari sudut pandang pasien yaitu realitas persepsi pasien tentang mutu pelayanan yang diterima dan tercapainya kepuasan pasien, sedangkan dari sudut pandang manajemen adalah terciptanya pelayanan medic. (Syahputra, 2011)

Menurut Walgito (dalam Syahputra, 2011) persepsi adalah proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap rangsang yang diterima oleh individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti dan merupakan suatu aktivitas yang integrated dalam individu.

Persepsi pasien akan dipengaruhi oleh kepribadian, budaya, pendidikan, kejadian sebelumnya baik yang positif maupun negative, yang mungkin sering dijumpai saat mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan dipengaruhi oleh harapan terhadap pelayanan yang diinginkan. Harapan dibentuk oleh apa yang konsumen dengar dari konsumen lain dari mulut ke mulut, kebutuhan pasien, pengalaman masa lalu dan pengaruh komunikasi eksternal. Pelayanan yang diterima dari harapan yang ada mempengaruhi konsumen terhadap kualitas pelayanan (Puspita, 2009).

Kualitas pelayanan dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Pelangganlah yang mengkonsumsi dan menikmati jasa perusahaan sehingga merekalah yang seharusnya menentukan kualitas jasa. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka (Tjiptono, 2004).

Indikasi kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat tercermin dari persepsi pasien atas layanan kesehatan yang telah diterimanya. Persepsi pasien tentang pelayanan merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa atau pelayanan. Menurut Gummesson, persepsi pelanggan terhadap kualitas total akan mempengaruhi citra perusahaan dalam benak pelanggan (pasien) (Tjiptono, 2004).

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Berdasarkan persepsi terhadap mutu layanan pada pasien Obstetri di RSUD Cilacap yang menggunakan BPJS Mandiri sebagian besar pada kategori tinggi yaitu sebesar 87%, sedangkan pada pasien dengan pembiayaan Umum seluruhnya memiliki persepsi pada kategori tinggi
2. Tidak terdapat hubungan antara persepsi terhadap mutu layanan dengan keikutsertaan BPJS pada pasien Obsetetri di RSUD Cilacap.

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian diatas, maka peneliti memberikan saran-saran kepada:

1. Pengelola BPJS
 - a. Untuk terus melakukan sosialisasi tentang BPJS, untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang BPJS yang pada akhirnya akan meningkatkan sikap dan muaranya meningkatkan keikutsertaan BPJS Mandiri
 - b. Meningkatkan pola pengelolaan BPJS, transparansi pengelolaan, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat untuk ikut sebagai peserta BPJS mandiri
 - c. Tetap melakukan pemantauan kepada Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS untuk tetap memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien
2. Rumah Sakit
 - a. Untuk terus memberikan pelayanan yang berkualitas kepada seluruh pasien tanpa memandang skema pembayaran mereka.
 - b. Untuk terus menerus mengembangkan fasilitas, SDM untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, edisi revisi IV, PT. Rineka Cipta, Jakarta.

- _____. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, edisi revisi, cetakan 15, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Balitbang Kota Medan. (2013). Identifikasi Kepuasan Masyarakat terhadap Jamkesmas.
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan
- Depkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Fajar, I, Isnaeni, D, Pudjirahayu, A, Amin, I, Sunindya, R, Aswin, A, & Iwan S. (2009). *Statistika Untuk Praktisi Kesehatan*, Edisi Pertama, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Firmansah. (2013). Perbedaan Tingkat Kepuasan Antara Pasien Umum Dan Pasien Jamkesmas Terhadap Mutu Pelayanan Di Puskesmas Cilacap Selatan ITahun 2013, Skripsi, S1 Keperawatan, STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyah.
- Hidayat & Sujiatini. (2010). *Asuhan Kebidanan Persalinan*, Cetakan Pertama, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Kemekes. (2013). *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, cetakan ketiga, Rineka Cipta Jakarta.
- _____. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Puspita, Ika. (2009). Hubungan Persepsi Pasien tentang Kualitas Pelayanan dengan Citra Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang, FKM USU, Medan.
- Sulastomo. (2007) *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Tjiptono, Fandi. (2004). *Manajemen Jasa*. Yogyakarta: Andi
- Zahrotul C.A, Nur Ana. (2008). *Kepuasan Padien Ditinjau dari Kualitas Pelayanan Perawat di Rumah Sakit TK IV dr. M Yasin Watampone*, Skripsi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia : Yogyakarta.

**PENGARUH FAKTOR LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP PERILAKU
SEKSUAL BERESIKO PADA ANAK JALANAN DI KABUPATEN
BANYUMAS TAHUN 2016**

Lina Dwi Puji Rahayu
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: *linzzz_sweety@yahoo.co.id*

ABSTRACT

The increasing population of street children is followed by an increase in cases of sexually transmitted diseases so that they are also vulnerable to the threat risk of contracting HIV AIDS due to risky sexual practice. This study discusses the risky sexual practice of street children in Banyumas. The study aims to identify sexual practice of street children and the factors that influence it, in order to provide input for the planning and implementation of adolescent reproductive health programs particularly homeless youth. This research is explanatory research with cross sectional study involving 144 samples of street children in the district of Banyumas. Determination of the number of samples using the total sample. Theory of Social cognitive used as a framework for analysis of this quantitative research. Collecting data using a structured interview questionnaire as a guideline.

Keywords: street children, risky sexual behavior, social environment

PENDAHULUAN

Anak jalanan adalah anak-anak yang hidup dan bekerja di jalan. Anak jalanan merupakan salah satu permasalahan sosial yang dihadapi oleh pemerintah Indonesia maupun internasional. Anak jalanan pada umumnya berusia di bawah 16 tahun, usia dimana individu mulai tumbuh dan meningkat kesadaran serta aktifitas seksualnya sehingga rentan melakukan perilaku seksual berisiko yaitu risiko terkena penyakit menular seksual, HIV AIDS ataupun kehamilan yang tidak dikehendaki.

Data anak jalanan di Kabupaten Banyumas sebagaimana disampaikan oleh LPPSDL Kabupaten Banyumas bahwa setiap tahunnya terjadi peningkatan jumlah anak jalanan. Data yang dapat dihimpun menunjukkan bahwa pada tahun 2012 jumlah anak jalanan berjumlah 119 anak, tahun 2013 sebanyak 130 anak dan pada tahun 2014 sebanyak 142 anak dan didominasi oleh anak jalanan berjenis kelamin laki – laki dengan prosentase 85% dari 142 anak jalanan ini lebih dari 50 % mereka putus sekolah atau tidak tamat SMP, walaupun mereka masih tinggal bersama orang

tuanya, tetapi sering tidak pulang dikarenakan alasan keinginan untuk hidup bebas. Dari keseluruhan anak jalanan yang ada di kabupaten Banyumas diperoleh data 50 % anak jalanan pernah menderita IMS seperti *Sifilis* dan *Gonorhea*, hal tersebut disebabkan karena hampir seluruh anak jalanan memiliki perilaku seksual yang berisiko yaitu gaya hidup *free seks* yang sangat tinggi dengan Wanita Pekerja Seks (WPS). Para anak jalanan ini memiliki kesadaran yang baik untuk melakukan pengobatan terhadap IMS yang dideritanya, akan tetapi setelah sembuh dari sakitnya mereka akan kembali pada gaya hidup *free seks* yang sangat berisiko terhadap kesehatan reproduksinya maupun HIV AIDS.

Fenomena menjadi anak jalanan ini disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah faktor kemiskinan, pengaruh teman, orang tua diantaranya keluarga pecah atau tidak harmonis, keinginan anak untuk bebas dan atau memiliki penghasilan sendiri sehingga anak melakukan migrasi, urbanisasi bahkan tidak jarang orang tua memberdayakan anaknya sebagai sumber ekonomi keluarga. Anak jalanan ini sebagian besar bekerja sebagai pengemis, pengamen, gelandangan, pencopet, dan lain-lain. Mereka memiliki mobilitas yang tinggi untuk berpindah – pindah tempat mangkal, tidak hanya pada satu wilayah kabupaten saja tetapi dapat juga berpindah sampai keluar kabupaten, misalnya ke Yogyakarta, Solo, Banjarnegara, Cilacap, dan lain-lain.

Anak-anak jalanan di Kabupaten Banyumas telah memperoleh pembinaan dari Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan setempat diantaranya pemberian informasi/ penyuluhan tentang kesehatan reproduksi, penyakit mebular seksual (IMS) dan HIV AIDS. Disamping itu anak jalanan juga memperoleh bimbingan sosial dan pemberian ketrampilan dengan harapan setelah kegiatan tersebut selesai dapat terjadi perubahan perilaku yang produktif pada anak jalanan. Akan tetapi nampaknya program ini belum mencapai hasil yang optimal, karena setelah kegiatan bimbingan dan pemberian ketrampilan selesai, anak jalanan akan kembali ke jalanan dengan pekerjaan dan perilaku semula.

Kegiatan-kegiatan dalam rangka pembinaan anak jalanan dari LPPSDL tentang kesehatan reproduksi, IMS dan HIV/ AIDS belum dilaksanakan secara sistematis. Keegiatannya diantaranya hanya menyelipkan obrolan – obrolan kecil dan

terkadang memberikan buku saku yang berisi sekitar kesehatan reproduksi, pencegahan serta dampak IMS dan HIV AIDS pada saat mereka berkumpul. Meskipun program VCT sebetulnya rutin dilakukan setiap 3 bulan sekali, akan tetapi hampir seluruh anak jalanan tidak bersedia melakukan pemeriksaan VCT yang diadakan oleh LSM tersebut, sehingga sampai saat ini tidak diketahui berapa jumlah anak jalanan yang menderita / terinfeksi HIV AIDS.

Di Indonesia jumlah kasus HIV dan AIDS yang dilaporkan pada tahun 2014 adalah sebanyak 142.950 kasus HIV dan 55.623 kasus AIDS. Di Jawa Tengah kasus HIV sebanyak 8.368 dan 3.767 kasus AIDS. Di Kabupaten Banyumas pada tahun 2012 kasus HIV baru berjumlah 166 kasus dimana 60% penderitanya adalah seorang perempuan, AIDS berjumlah 84 kasus dengan 80% penderita berjenis kelamin laki – laki, IMS berjumlah 1.256 kasus dengan 90% penderita perempuan dan kasus kematian akibat AIDS berjumlah 24 kasus 12.

Tidak menutup kemungkinan jumlah kasus HIV AIDS ditemukan di Kabupaten Banyumas akan bertambah dari kelompok berisiko anak jalanan. Kehidupan seks bebas di kalangan anak jalanan diperkirakan menjadi penyebab cepatnya penyebaran virus HIV AIDS. Seringnya berganti - ganti pasangan seksual membuat rantai penularan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh itu sulit ditelusuri. Mobilisasi anak jalanan yang sangat tinggi di berbagai kota juga disinyalir menjadi penyebab cepatnya rantai penyebaran HIV AIDS di kalangan anak jalanan. Gaya hidup bebas dan terbatasnya informasi, serta kurangnya pemahaman tentang kesehatan reproduksi dan seks yang aman bagi mereka menyebabkan penyebaran tidak terkendali.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan langsung orang tua dalam pendidikan seksual kepada anak sangat membantu anak dalam melewati gejala seksual pada masa remajanya, sehingga para remaja tidak salah mengartikan tentang seksualitas. Selain itu keluarga hendaknya menjadi media pertama dalam anak memperoleh segala informasi yang dibutuhkan anak tersebut, khususnya yang berkaitan dengan seksualitas.

Pergaulan antar teman juga merupakan sarana yang sangat efektif untuk saling bertukar informasi. Anak jalanan memperoleh informasi seksualnya dari

teman sebaya atau anak jalanan yang lebih tua, baik melalui buku porno, film / VCD porno atau mengintip orang yang sedang melakukan hubungan seksual, akan tetapi sering kali terjadi informasi yang mereka terima merupakan informasi yang kurang tepat, yaitu hanya menyangkut kepuasan dan kenikmatan yang diperoleh setelah melakukan hubungan seksual baik dengan pacar maupun dengan WPS, tanpa mempertimbangkan akan dampak dan bahaya yang mungkin dapat terjadi akibat hubungan seksual tersebut. Terlebih, anak-anak jalanan terkadang memiliki anggapan hubungan seksual di luar nikah sebagai hal yang wajar, karena itu merupakan urusan dari anak jalanan itu sendiri dan tidak mengganggu kepentingan orang lain.

Hasil wawancara terhadap 5 anak jalanan yang telah dilakukan pada studi pendahuluan, diperoleh hasil bahwa 3 anak jalanan dengan pendidikan tidak tamat SD, tidak tinggal bersama orang tuanya, cenderung hidup berpindah – pindah tempat dengan lingkungan pergaulan yang bebas dan sebagian besar teman – teman mereka adalah sesama anak jalanan yang tidak tamat SD juga, ketiganya menyatakan sering melakukan hubungan seksual dengan WPS dan jarang menggunakan kondom, mereka menggunakan kondom hanya untuk mencegah terjadinya kehamilan, bukan mencegah penularan IMS ataupun HIV AIDS. Sedangkan 2 orang lainnya yang tinggal bersama keluarganya di perkampungan pengemis dan gelandangan yaitu Kampung Rahayu mengaku sering melakukan hubungan seksual dengan pasangannya (pacar) dan lebih sering menggunakan kondom dalam berhubungan seksual dengan tujuan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Berdasarkan latar belakang fenomena di atas nampak bahwa anak jalanan yang lepas dari keluarga dan yang tinggal bersama orang tua mempunyai perilaku seksual yang berisiko maka peneliti memandang perlu untuk melakukan penelitian dengan judul “ Pengaruh Fakto Lingkungan Sosial Terhadap Praktik Seksual Berisiko Anak Jalanan di Kabupaten Banyumas “.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian penjelasan (*explanatory research*). Metode pengumpulan data primer menggunakan metode survei melalui

kuesioner sebagai pedoman dalam wawancara terstruktur. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif. Populasi yang merupakan subyek penelitian ini adalah seluruh anak jalanan di Kabupaten Banyumas, sejumlah 144 orang. Sampel penelitian ini adalah total populasi atau seluruh populasi yaitu 144 orang. Penelitian akan dilakukan 2 bulan yaitu pada bulan Maret 2016 sampai dengan April 2016. Analisis data meliputi analisis univariate, analisis bivariate dan multivariate.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Hubungan Antara Dukungan Lingkungan Sebaya Anak Jalanan Dengan Praktik Seksual Berisiko di Kabupaten Banyumas (N=144)

Dukungan Lingkungan Sebaya	Praktik Seksual Berisiko				Total	
	Ya		Tidak		f	%
	f	%	f	%		
Dukungan lemah	13	11.7	98	88.3	111	100
Dukungan kuat	21	63.6	12	36.4	33	100

p value : 0.000

Praktik seksual berisiko pada anak jalanan lebih banyak dilakukan oleh anak jalanan yang memiliki dukungan lingkungan sebaya kuat (63.6%) dibandingkan dengan anak jalanan yang dukungan lingkungan sebaya lemah (11.7%) seperti yang ditampilkan dalam tabel 1. Berdasarkan hasil analisis statistik dengan uji *Chi square* diperoleh hasil bahwa variabel dukungan lingkungan sebaya anak jalanan secara bermakna mempunyai hubungan dengan praktik seksual berisiko pada anak jalanan di Kabupaten Banyumas, dengan *p.value* 0.000 (< 0.05)

Tabel 2. Hubungan Antara Dukungan Orang Tua Anak Jalanan Dengan Praktik Seksual Berisiko di Kabupaten Banyumas (N = 144)

Dukungan Orang Tua	Praktik Seksual Berisiko				Total	
	Ya		Tidak		f	%
	f	%	f	%		
Dukungan lemah	10	12.3	71	87.7	81	100
Dukungan kuat	24	38.1	39	61.9	63	100

p value : 0.001

Praktik seksual berisiko pada anak jalanan lebih banyak dilakukan oleh anak jalanan yang mendapat dukungan kuat dari orang tua (38.1%) dibandingkan dengan anak jalanan yang dukungannya lemah (12.3%) seperti dalam tabel 4.33. Berdasarkan analisis statistik dengan uji *Chi square* terbukti secara bermakna ada hubungan antara variabel dukungan orang tua dengan praktik seksual berisiko anak jalanan di Kabupaten Banyumas, *p.value* 0.001 (<0.05).

Tabel 3. Hubungan Antara Dukungan Pemimpin Kelompok Dengan Praktik Seksual Berisiko di Kabupaten Banyumas (N = 144)

Dukungan Pemimpin Kelompok	Praktik Seksual Berisiko				Total	
	Ya		Tidak		f	%
	f	%	f	%		
Dukungan lemah	0	0.0	30	100.0	30	100
Dukungan kuat	34	29.8	80	70.2	114	100

p value : 0.000 (Fisher's Exact Test)

Anak jalanan yang memperoleh dukungan kuat dari pemimpin kelompok lebih banyak melakukan praktik seksual berisiko dibandingkan anak jalanan yang memperoleh dukungan yang lemah dari pemimpin kelompoknya (0%). Berdasarkan hasil analisis *Chi square* variabel dukungan pemimpin kelompok mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik seksual berisiko di Kabupaten Banyumas, yaitu dengan *p.value* 0.000 (< 0.05).

Hasil penelitian tentang dukungan lingkungan sosial teman sebaya, orang tua dan pemimpin kelompok searah dengan *Theory of Planned Behavior* yang menyatakan bahwa norma subyektif yang merupakan salah satu dasar pertimbangan bagaimana seharusnya individu untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu berdasarkan pandangan pihak-pihak yang menurutnya penting. Norma subyektif ini akan dibentuk oleh individu dengan mempertimbangkan berbagai harapan normative lingkungannya, termasuk lingkungan sosialnya. Menurut Sears salah satu faktor yang mempengaruhi sikap adalah pengaruh orang lain yang dianggap penting sebagai kerangka acuan. Seseorang di sekitar individu dapat mempengaruhi sikapnya terutama jika seseorang tersebut sangat berpengaruh, misalnya orang tua, teman akrab atau pemimpin kelompok. Individu cenderung memiliki sikap yang searah dengan orang yang dianggap penting agar dapat menghindari konflik dengan orang

yang dekatnya, demikian juga dalam penelitian ini praktik seksual anak jalanan akan dipengaruhi oleh sikap dan praktik dari teman sebaya, orang tua dan pemimpin kelompoknya agar anak jalanan terhindar konflik dengan kelompoknya. Hal ini sesuai pula dengan pendapat Azwar dan Green yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh dalam sikap dan praktik seseorang adalah *reinforcing factor* yang meliputi *peers, community leaders, decision makers*, yaitu orang lain yang dianggap penting oleh individu. Pada umumnya individu cenderung memiliki sikap searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting bagi dirinya termasuk keluarganya.

Hasil uji statistik *Chi square* menunjukkan hasil adanya hubungan bermakna antara dukungan lingkungan sosial dengan praktik seksual berisiko. Hubungan antara variabel dukungan teman sebaya dan variabel dukungan pemimpin kelompok dengan variabel praktik seksual berisiko masing-masing mempunyai nilai $p: 0.000$, sedangkan dukungan orang tua dengan praktik seksual berisiko mempunyai nilai $p : 0.001$.

Pada individu yang lebih mengutamakan hidup dalam budaya kelompok, maka praktiknya akan cenderung mengikuti apa yang dianut dalam kelompoknya daripada sikap dan praktik yang sesuai dengan dirinya. Sementara itu norma kelompok akan ditentukan dan dipelihara oleh orang-orang penting atau tokoh masyarakat yang merupakan pengambil keputusan dalam kelompoknya. Kecenderungan ini dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan menghindari konflik dengan orang penting tersebut maupun kelompoknya.

Berdasarkan hasil uji multivariate faktor lingkungan social yang mempengaruhi praktik seksual berisiko anak jalanan yaitu dukungan teman sebaya dan dukungan orang tua.

Table 4. Analisis pengaruh factor lingkungan social terhadap perilaku seksual berisiko pada anak jalanan

No	Variabel	B	<i>p</i> value	Exp (B)	95% CI for Exp (B)	
					Lower	Upper
1	Dukungan lingkungan teman sebaya	2.615	0.000	13.661	5.006	37.282
2	Dukungan orang tua	1.788	0.002	5.975	1.975	18.675
	<i>Constant</i>	-28.317				

Anak jalanan dalam lingkungan teman sebaya yang mendukung dalam arti berperan kuat dalam mendorong responden berpraktik seksual berisiko proporsinya menjadi lebih besar untuk anak jalanan berpraktik seksual berisiko. Teman sebaya yang mendukung dalam arti memberikan peluang anak jalanan berpraktik seksual berisiko mempunyai pengaruh terhadap praktik seksual berisiko anak jalanan dengan nilai $p: 0.000$, OR: 13.661 (CI 95% : 5.006 – 37.282), artinya anak jalanan yang memperoleh peluang atau dorongan kuat dari teman sebaya mempunyai peluang untuk melakukan praktik seksual berisiko 13.661 kali dibandingkan dengan anak jalanan yang dukungan dari teman sebayanya lemah. Variabel dukungan lingkungan teman sebaya ini merupakan variabel yang lebih berpengaruh dibandingkan dengan dukungan orang tua.

Hasil penelitian tentang dukungan lingkungan sosial teman sebaya, orang tua searah dengan *Theory of Planned Behavior*³⁹⁾ yang menyatakan bahwa norma subyektif yang merupakan salah satu dasar pertimbangan bagaimana seharusnya individu untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu berdasarkan pandangan pihak-pihak yang menurutnya penting. Norma subyektif ini akan dibentuk oleh individu dengan mempertimbangkan berbagai harapan normative lingkungannya, termasuk lingkungan sosialnya⁴⁰⁾ Menurut Sears³⁷⁾ salah satu faktor yang mempengaruhi sikap adalah pengaruh orang lain yang dianggap penting sebagai kerangka acuan. Seseorang di sekitar individu dapat mempengaruhi sikapnya terutama jika seseorang tersebut sangat berpengaruh, misalnya orang tua, teman akrab Individu cenderung memiliki sikap yang searah dengan orang yang dianggap penting agar dapat menghindari konflik dengan orang yang dekatnya, demikian juga dalam penelitian ini praktik seksual anak jalanan akan dipengaruhi oleh sikap dan praktik dari teman sebaya, orang tua dan pemimpin kelompoknya agar anak jalanan terhindar konflik dengan kelompoknya. Hal ini sesuai pula dengan pendapat Azwar⁴¹⁾ dan Green⁴²⁾ yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh dalam sikap dan praktik seseorang adalah *reinforcing factor* yang meliputi *peers, community leaders, decision makers*, yaitu orang lain yang dianggap penting oleh individu. Pada umumnya individu cenderung memiliki sikap searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting bagi dirinya termasuk keluarganya.

Pada individu yang lebih mengutamakan hidup dalam budaya kelompok, maka praktiknya akan cenderung mengikuti apa yang dianut dalam kelompoknya daripada sikap dan praktik yang sesuai dengan dirinya. Sementara itu norma kelompok akan ditentukan dan dipelihara oleh orang-orang penting atau tokoh masyarakat yang merupakan pengambil keputusan dalam kelompoknya. Kecenderungan ini dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan menghindari konflik dengan orang penting tersebut maupun kelompoknya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang diungkapkan *Theory of Reasoned Action*⁴³⁾ bahwa keyakinan individu melakukan atau tidak sebagai *behavior beliefs* melakukan merupakan domain yang sangat penting terbentuknya sikap dan tindakan seseorang. Aspek ini merupakan aspek pengetahuan individu tentang obyek sikap yang merupakan opini individu tentang hal yang belum tentu sesuai dengan kenyataan. Keyakinan positif terhadap obyek sikap akan memberikan sikap yang positif terhadap obyek sikap, demikian sebaliknya. Pendidikan anak jalanan responden penelitian ini lebih besar proporsinya yang berpendidikan SD (60%) sehingga dengan keterbatasan pengetahuan dan pengalamannya yang dimilikinya menjadikan pemahaman tentang praktik seksualnya tidak memadai sehingga mudah terjebak dalam praktik yang merugikan dirinya. Dalam penelitian ini, dukungan teman sebaya, orang tua dan yang kuat akan lebih tinggi proporsinya untuk berpraktik seksual berisiko demikian sebaliknya.

Hasil penelitian menunjukkan anak jalanan dalam lingkungan yang mendukung dalam arti berperan kuat dalam mendorong responden berpraktik seksual berisiko proporsinya menjadi lebih besar untuk anak jalanan berpraktik seksual berisiko. Keluarga yang mendukung dalam arti memberikan peluang anak jalanan berpraktik seksual berisiko mempunyai pengaruh terhadap praktik seksual berisiko anak jalanan dengan nilai $p : 0.002$, OR: 5.975 (CI 95% : 1.912 – 18.675), artinya anak jalanan yang memperoleh peluang atau dukungan kuat orang tua karena peran orang tua yang tidak efektif mempunyai peluang untuk berpraktik seksual berisiko 5.975 kali dibandingkan dengan anak jalanan yang peluang atau dukungannya lemah dari orang tua.

Sikap mendukung dari orang tua yang berarti abai terhadap kemungkinan

anak melakukan praktik seksual di luar rumah akan memberikan peluang kepada anak jalanan mengadopsi praktik yang yang baru, menumbuhkan kepercayaan diri mengambil sikap untuk melakukan kegiatan seksual yang berisiko. Keluarga seharusnya akan dapat menjadi nara sumber dan pedoman sikap bagi anak jalanan yang bersangkutan. Hal ini sesuai dengan pendapat Green bahwa sikap dan praktik akan dipengaruhi oleh *reinforcing factors* diantaranya adalah teman sebaya atau keluarga yang seusia, keluarga inti maupun keluarga besar yang merupakan orang-orang penting dalam di lingkungannya.

Tabel 4 menunjukkan bahwa anak jalanan yang memperoleh dukungan kuat dari teman sebayanya mempunyai kemungkinan melakukan praktik seksual berisiko 13.661 kali dibandingkan anak jalanan remaja yang dukungan dari teman sebayanya lemah. Anak jalanan yang memperoleh dukungan orang tua yang kuat dalam arti orang tua secara tidak langsung mendorong atau memberi peluang anak jalanan melakukan praktik seksual berisiko mempunyai kemungkinan 14.682 kali melakukan praktik seksual berisiko dibandingkan anak jalanan yang kurang memperoleh dukungan atau peluang dari orang tua.

Hasil analisis dari uji multivariat di atas dapat disimpulkan bahwa dari keseluruhan variabel independen yang mempengaruhi anak jalanan melakukan praktik seksual berisiko terdapat satu variabel yang paling berpengaruh terhadap anak jalanan adalah dukungan teman sebaya dengan nilai OR terbesar 13.661.

Perhitungan probabilitas menunjukkan bahwa $P(x)$ 84.42% yang mempunyai arti bahwa jika seorang anak jalanan yang memperoleh dukungan kuat dari kelompok sebayanya untuk melakukan praktik seksual berisiko dan memperoleh dukungan kuat dari orang tua yaitu orang tua memberi peluang anak jalanan melakukan praktik seksual berisiko akan mempunyai kemungkinan melakukan praktik seksual berisiko sebesar 84.42%.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa variabel dukungan teman sebaya mempunyai nilai OR: 13.661 (nilai p : 0.000, CI 95% : 5.006 – 37.282) artinya anak jalanan yang memperoleh dukungan kuat dari teman sebayanya

mempunyai peluang melakukan praktik seksual berisiko sebesar 13.661 kali dibandingkan dengan anak jalanan yang kurang memperoleh dukungan dari teman sebayanya untuk melakukan praktik seksual berisiko. Variabel ini merupakan variabel yang lebih kuat pengaruhnya dibandingkan variabel lain yang berpengaruh terhadap praktik seksual berisiko yaitu dukungan orang tua. Variabel dukungan / peran orang tua mempunyai nilai OR: 5.975 (nilai p : 0.002, CI 95% : 1.912– 18.675) artinya dukungan orang tua yang kuat yaitu peran orang tua memberikan peluang 5.975 kali anak jalanan melakukan praktik seksual berisiko. Anak jalanan yang mempunyai dukungan kuat dari teman sebaya dan orang tuanya untuk melakukan praktik seksual berisiko akan mempunyai kemungkinan untuk melakukan praktik seksual berisiko sebesar 84.2%.

DAFTAR PUSTAKA

- Astutik, D. (2004). *Pengembangan model pembinaan anak jalanan melalui rumah singgah di Jawa Timur*. Universitas Airlangga. Surabaya.
- Azwar, S. (2009). *Sikap manusia, teori dan pengukurannya*. Pustaka Pelajar : Jakarta.
- Basri, H. (2000). *Remaja berkualitas problematika remaja dan solusinya*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- BKKBN. (2006). *Pedoman pengembangan komunikasi informasi dan edukasi. seri kesehatan reproduksi remaja*. BKKBN: Jakarta.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*: Prentice Hall. Englewood Cliffs, NJ.
- Departemen Sosial. (2001). *Intervensi Psikososial*. Direktorat kesejahteraan anak keluarga dan lanjut usia. Jakarta.
- Dinas Sosial Kabupaten Banyumas. (2012). *Data laporan tahunan dinas sosial kabupaten banyumas*. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas : Banyumas.
- _____. (2013). *Data Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas*. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas : Banyumas.
- Departemen Sosial. (2001). *Intervensi psikososial*. Direktorat Kesejahteraan Anak Keluarga dan Lanjut Usia : Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Laporan situasi perkembangan HIV AIDS di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI : Jakarta.
- Green, L. (1986). *Behavioral Health : A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Wiley. New York.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2009). *Laporan riset menghapus stigma dan deskriminasi terhadap ODHA di 6 Kota (Jakarta, Bandung, Surabaya, Batam, Pontianak, Jayapura)*. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional : Jakarta.
- LSM LPPSDL Kabupaten Banyumas. (2014). *Data jumlah anak jalanan di kabupaten banyumas*. LPPSDL : Banyumas.
- LSM LPPSDL Kabupaten Banyumas. (2013). *Data jumlah anak jalanan di Kabupaten Banyumas*. LPPSDL :Banyumas.
- Lolitasary. (2005). *Kondom Dalam Pencegahan Penularan IMS pada Anak Jalanan Kawasan Pasar Johar di Kota Semarang Tahun 2005*. Tesis. Program Paska Sarjana Universitas Diponegoro. Semarang.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Nurharjadmo,W. (2000). *Seksualitas anak jalanan*. Ford Foundation Yogyakarta : Yogyakarta.
- Sarwono, Sarlito Wirawan. (2004). *Psikologi remaja, cetakan kedelapan*. Raja Grafindo Persada. : Jakarta.
- Soetjningsih. (2004). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. PT. Rhineka Cipta : Jakarta.
- Sugiono. (2007). *Statistik untuk penelitian*. Alfabetha : Bandung.
- _____. (2012). *Metode penelitian kombinasi*. Alfabeta : Bandung.
- Subekti.YY. (2015). *Pengaruh jenis kelamin, pajanan media, peran teman sebaya, pengetahuan penyakit menular seksual, kedekatan keluarga terhadap perilaku berisiko penyakit menular seksual pada anak jalanan*. Tesis. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat :Universitas Negeri Sebelas Maret. Surakarta.
- Rikawarastuti. (2013). *Tinjauan pendedkatan penanganan perilaku seksual anak jalanan*.journal health quality.

- Ririanty. (2009). *Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko anak jalanan di kabupaten jember Tahun 2009*. Tesis. Universitas Diponegoro : Semarang.
- RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. (2014). *Laporan bulanan perawatan HIV AIDS RSUD Prof. Dr. margono soekarjo*. RSUD Prof. Dr. margono soekarjo : Banyumas.
- Rohamda, M. (2001). *Anak jalanan dengan berbagai permasalahannya*. Universitas Padjajaran : Bandung.
- Sedyaningsih, ER. (2000). *Prevalensi menular seksual dan perilaku berisiko terkait di kalangan anak jalanan Jakarta*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan : Jakarta.

TANDA GEJALA FISIK DAN PSIKOLOGIS SERTA PRESEPSI IBU DENGAN KEHAMILAN PALSU (*PSEUDOCYESIS*)

Linda Yanti

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Bangsa Purwokerto

Email: *shb.linda@gmail.com*

ABSTRACT

A false pregnancy or pseudocyesis is an emotional and psychological condition of a woman who feels pregnant and develops common symptoms of pregnancy such as morning sickness, swollen breasts, enlarged belly. A case of false pregnancy or False pregnancy or pseudocyesis occurs in 6 of 22,000 pregnancies. This study aims to identify a false pregnancy or pseudocyesis associated with signs of symptoms and mother's perception. This research is a qualitative research with the design used is phenomenological. The population in this study were mothers who experienced false pregnancy (pseudocyesis) using the technique of accidental sampling, and 5 participants were added. In this study after all the data collected and then made transcripts in the program Nvivo for further analysis, categorization-categories that will produce the themes and made conclusions. The results showed signs of false pregnancy include no menstruation, enlarged abdomen, flecks, nausea, vomiting, enlarged hips, cravings, uterine movements and PP test (+) meanwhile for the mother's perception in this study can be seen in findings of interviews such as flat stomach, lost baby, taken supernatural / spirits, asked to shaman / smart people, believe in mystical things.

Keywords: *Symptom Signs, Mother's Perception, False Pregnancy (Pseudocyesis)*

PENDAHULUAN

Kehamilan palsu atau dalam istilah medis dikenal dengan nama pseudocyesis adalah kondisi emosional dan psikologis seorang wanita yang merasa sedang hamil dan mengalami gejala umum kehamilan seperti morning sickness, payudara membengkak, perutnya pun membesar. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan yang harus diperhatikan misalnya perubahan fisik dan emosional yang kompleks, memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi. Konflik antara keinginan, kebanggaan yang ditumbuhkan dari norma-norma sosial kultural dan persoalan dalam kehamilan itu sendiri dapat merupakan pencetus berbagai reaksi psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan hingga berat.

Tetapi pada beberapa kasus yang jarang terjadi, wanita merasakan gejala-gejala atau tanda kehamilan padahal tidak terjadi kehamilan yang sering disebut

dengan istilah kehamilan palsu atau *False pregnancy* atau *pseudocyesis* (Rozha, 2013).

Menurut Pamungkas, 2011 kasus kehamilan palsu atau *False pregnancy* atau *pseudocyesis* terjadi pada 6 dari 22000 kehamilan, dan sering terjadi pada wanita usia 20 – 40 tahun. Kehamilan palsu atau *False pregnancy* atau *pseudocyesis*, adalah suatu kondisi yang terjadi dimana seorang wanita merasa hamil padahal secara medis tidak hamil sama sekali.

Fenomena hamil palsu di masyarakat sering sekali dikaitkan dengan hal mistis seperti janinnya di ambil secara gaib oleh makhluk halus atau karena sihir sehingga menimbulkan kecurigaan diantara tetangga atau masyarakat. Penelitian ini ingin mengeksplorasi bagaimana hamil palsu tersebut bisa terjadi, apa karakteristiknya, bagaimana pengalaman ibu, bagaimana tanda-gejalanya, cara pandang pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kehamilan palsu atau *pseudocyesis* terkait dengan tanda gejala fisik, psikologis dan persepsi ibu.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yaitu penelitian yang bersifat deskriptif dan cenderung menggunakan analisis dengan pendekatan induktif. Desain yang digunakan adalah fenomenologis, Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mengalami kehamilan palsu (*pseudocyesis*). Tehnik pengambilan Sampel dengan menggunakan *acidental sampling* dan didapatkan sebanyak lima partisipan.

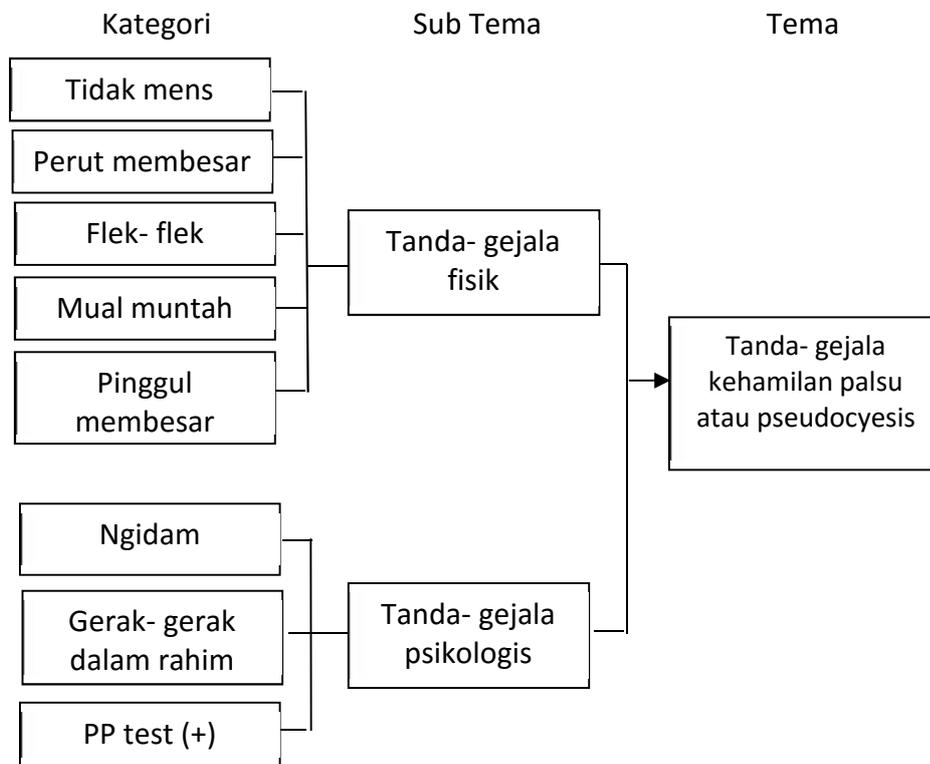
Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan tehnik wawancara mendalam (*indepth interview*) sesuai dengan pedoman wawancara yang telah disusun peneliti. Dalam penelitian ini setelah semua data terkumpul lalu dibuat transkrip kemudian dimasukkan dalam program Nvivo untuk selanjutnya dilakukan analisa, pengkategorian- pengkategorian yang selanjutnya akan menghasilkan tema-tema dan dibuat kesimpulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis wawancara yang dilakukan, peneliti telah mengidentifikasi tema yang berkaitan dengan tujuan penelitian yaitu tanda gejala

fisik dan psikologis serta persepsi ibu yang mengalami kehamilan palsu atau pseudocycesis. Adapun secara skematis dapat terlihat dibawah ini:

Skema.1 Tanda- Gejala Kehamilan Palsu Atau Pseudocycesis



Pada Skema 1. menunjukkan adanya tanda- gejala kehamilan palsu atau pseudocycesis ini yang dialami oleh partisipan antara lain adalah tidak menstruasi, perut membesar, flek- flek, mual- muntah, pinggu membesar, ngidam, gerak- gerak dalam rahim dan PP test (+).

Tanda gejala ini sesuai dengan teroi yang kemukakan oleh Suririna, 2015 bahwa seorang wanita akan menunjukkan tanda-tanda dan gejala kehamilan seperti tidak mendapatkan menstruasi, adanya mual-muntah, pembesaran perut, peningkatan berat badan bahkan kadang kala hasil test urin dapat menjadi positif palsu (false positif), dan gejala kehamilan lainnya, tetapi sesungguhnya tidak benar-benar hamil. Selain itu juga perempuan yang tidak hamil namun merasa atau percaya bahwa dirinya sedang hamil, meskipun tidak ada bukti fisik kehamilan. Tidak menstruasi, morning sickness, mengidam, sakit di bagian perut dan pembesaran payudara adalah gejala-gejala yang dikeluhkan penderita hamil palsu (Womens health).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hamilton, 2015 bahwa tanda gejala kehamilan pseudosiesis adalah berhentinya menstruasi, membesarnya perut, payudaranya besar, panggul melebar dan terjadi perubahan pada kelenjar endokrinnya. Faktor yang sangat sering berhubungan dengan terjadinya kehamilan palsu adalah faktor emosional/psikis yang menyebabkan kelenjar pituitari terpengaruh sehingga menyebabkan kegagalan system endokrin dalam mengontrol hormon yang menimbulkan keadaan seperti hamil (Lesmana, 2006).

Tanda- tanda ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Seeman Mary V (2014), tentang Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion bahwa wanita yang mengalami pseudocyesis akan menunjukkan tanda dan gejala amenore, penambahan berat badan, perutnya membesar, pembengkakan pada payudaranya atau terdapat nyeri tekan serta galaktore (keluarnya air susu dari payudara yang tidak berhubungan dengan masa menyusui setelah kehamilan).

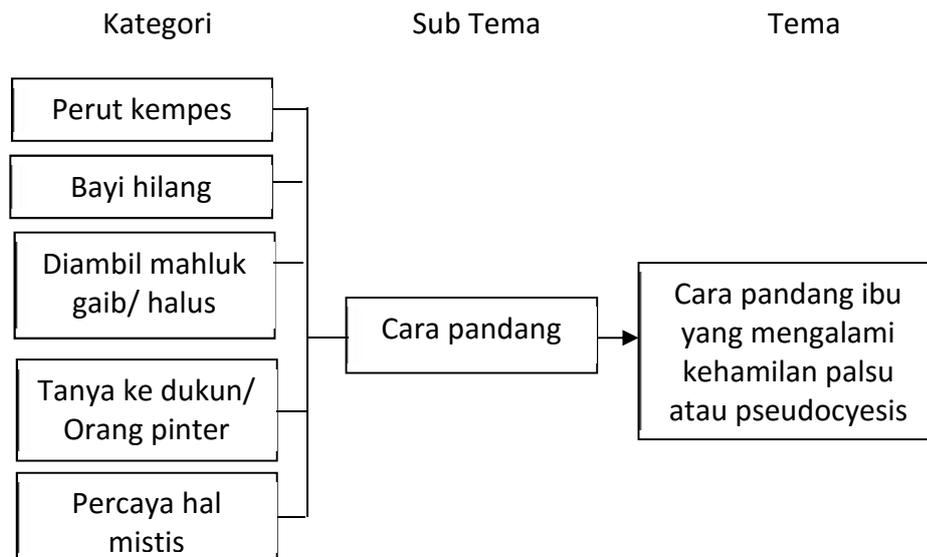
Menurut Koic dalam Seeman Mary V (2014), keinginan dan ketakutan akan kehamilan seperti adanya konflik emosional, stress dan ketakutan akan meningkatkan tingkat prolactin secara substansial sehingga pada banyak wanita akan menunjukkan adanya tanda- tanda kehamilan.

Seorang wanita mempunyai keinginan yang kuat untuk hamil, menterjemahkan perubahan-perubahan kecil pada dirinya sebagai suatu kehamilan. Dari hasil wawancara dengan partisipan juga didapatkan bahwa partisipan mendapatkan hasil PP test (+), hal ini didukung oleh teori Shihab, 2008 bahwa pada kehamilan palsu test kehamilan bisa positif (false positif) dan Air susu juga bisa keluar. Keduanya ini terjadi lewat jalur hypothalamus-hypofise. Sementara perut membesar akibat penumpukan lemak dinding perut, gerakan gas dalam perut disangka gerakan bayi.

Para dokter menilai bahwa apa yang terjadi ini adalah hasil kerja kelenjar hypophyse. Kelenjar ini merupakan salah satu dari kelenjar tubuh yang paling penting. Kelenjar ini bertugas mengawasi keteraturan aktivitas kelenjar- kelenjar lainnya. Keyakinan yang sangat kuat terhadap sesuatu (dalam hal ini kehamilan palsu), maka keyakinan itu dapat mempengaruhi kerja hormone (dalam hal ini

hypophyse). Kalau hypophyse memberikan respon terhadap keyakinan tadi, maka semua organ- organ yang berhubungan dengan sesuatu yang diyakini itu akan terangsang serta mempengaruhi fisik. Sehingga dalam kasus kepercayaan tentang kehamilan tampaklah tanda- tanda kehamilan itu pada pasien tersebut (Shihab, 2008).

Skema.2 Presepsi partisipan yang mengalami kehamilan palsu atau pseudocyesis



Pada Skema 2. terlihat bahwa presepsi partisipan yang mengalami kehamilan palsu atau pseudocyesis antara lain adalah perut kempes, bayi hilang, diambil mahluk gaib/ mahluk halus, tanya ke dukun/ orang pintar, percaya hal mistis. Sebagian besar partisipan beranggapan bahwa saat dinyatakan tidak ada terjadi kehamilan maka hal ini disebabkan adanya mahluk gaib yang mencuri atau mengambil janin yang berada didalam rahim.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan masih sangat percaya dengan hal- hal yang berbau mistis dikarenakan kurangnya informasi terkait dengan kehamilan palsu atau pseudocyesis. Selain itu juga aspek budaya seperti mitos masih sangat kental terutama yang berhubungan masa kehamilan, persalinan dan nifas.

Menurut penelitian Seeman (2014), bahwa seorang yang mengalami kehamilan palsu atau pseudocyesis diyakini bahwa terkena sihir yang berkaitan dengan organ reproduksinya sehingga kehamilan yang sebelumnya terjadi menjadi hilang dengan sendirinya tanpa ada tindakan operasi atau pembedahan bahkan tidak

melahirkan. Di Roma dan Hungaria tekanan sosial yang sangat kuat untuk segera hamil setelah menikah, ditambah lagi dengan tingginya akan kematian maternal saat persalinan, tidak mendapatkan pasangan, menopause, masalah ginekologi, keinginan untuk hamil memicu timbulnya fantasi magic terkait dengan kehamilan palsu atau pseudocyesis. Di Afrika mempercayai bahwa keberlangsungan kehidupan manusia dipengaruhi oleh kehidupan nenek moyangnya, cara nenek moyangnya meninggal akan mempengaruhi kehidupan anak dan cucunya misalnya seperti nenek moyang yang meninggal karena dianiaya oleh keturunannya, balas dendam dan lain- lain. Hal ini juga dapat memicu timbulnya kehamilan dengan delusi atau kehamilan palsu.

Presepsi ibu yang mengalami kehamilan palsu ini sangat erat dikaitkan dengan efek budaya setempat diantaranya adalah disebabkan karena keinginan seorang wanita apabila hamil akan mendapatkan perlakuan yang baik dari pasangan, mertua, keluarga ataupun masyarakat pada umumnya sehingga memunculkan permasalahan psikologis yang memotivasi munculnya keinginan atau tanda- tanda kehamilan. Menurut Rosch et al dalam Seeman (2014), menyimpulkan bahwa kehamilan palsu alasan secara tidak sadar menjadi strategi untuk menjaga agar tidak terjadi permasalahan dalam hubungan dengan pasangan, keluarga ataupun masyarakat.

Perempuan yang mengalami kondisi ini biasanya dianjurkan untuk melakukan konseling untuk meluruskan dan memberikan penjelasan tentang kondisi yang dialami oleh petugas kesehatan khususnya oleh bidan sebagai pendamping pertama dalam asuhan pada perempuan sehingga baik wanitas, keluarga, dan masyarakat tidak mengkaitkan hal tersebut dengan permasalahan mistis atau gaib, karena pada dasarnya penyebab kondisi ini dikarenakan emosional dan psikologis termasuk stres, kegelisahan dan depresi. Jadi untuk memastikan bahwa seorang wanita tersebut merasa hamil, hendaknya segera periksakan ke petugas kesehatan dan jika ternyata mengalami kehamilan palsu atau pseudocyesis dapat segera ditangani sebelum berlarut-larut karena emosi ibu hamil sangat labil.

SIMPULAN

Simpulan pada penelitian ini adalah tanda-gejalanya kehamilan palsu atau pseudocyesis dalam penelitian ini dapat terlihat pada temuan hasil wawancara diantaranya tidak menstruasi, perut membesar, flek-flek, mual-muntah, pinggul membesar, ngidam, gerak-gerak dalam rahim dan PP test (+) sementara itu untuk persepsi ibu yang mengalami kehamilan palsu atau pseudocyesis dalam penelitian ini dapat terlihat pada temuan hasil wawancara diantaranya perut kempes, bayi hilang, diambil makhluk gaib/ makhluk halus, tanya ke dukun/ orang pintar, percaya hal mistis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alodokter, (2017), Kedengarannya Tidak Masuk Akal, Tapi Kehamilan Palsu Bisa Terjadi. <http://www.alodokter.com/kedengarannya-tidak-masuk-akal-tapi-kehamilan-palsu-bisa-terjadi-lho> (diakses 24 Juni 2017)
- Cunningham. (2013). *Obstetri Williams*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC
- Hudelson PM. (2008). *Qualitatif Research For Health Programmer*. Geneva: World health Organization.
- Moleong LJ. (2008). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nursalam SP. (2010). *Pendekatan Proses Metodologi Keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung seto.
- Rozha Haillatur, (2013) *Gangguan Psikologi Pada Kehamilan Palsu/ Pseudosiesis* <http://khalilaturrozha.blogspot.co.id/2013/12/gangguan-psikologi-pada-kehamilan-palsu.html> (Diakses 20 Maret 2017)
- Seeman Mary V, (2014). *Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion*. World Journal Od Clinical Cases. 2014 August 16; 2 (8): 338-344
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133423/pdf/WJCC-2-338.pdf> (diakses 24 Juni 2017)

**PENGARUH TINGKAT PENGHASILAN KELUARGA TERHADAP
KETERLAMBATAN PENCARIAN PENGOBATAN PASIEN
TUBERKULOSIS PARU DI KABUPATEN BANYUMAS**

Madyo Maryoto¹⁾, Suci Khasanah²⁾
STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
Email: *madyomaryoto81@yahoo.com, suci_medika90@yahoo.co.id*

ABSTRACT

The tuberculosis cases due to be a source of infection for people in the neighborhood, so it needs an increase in efforts to find active case (MOH, 2001) , Delays in treatment lead to the transmission, as well as the impact the increased risk of disease transmission. So search delays pulmonary TB treatment resulted in increased numbers of cases of pulmonary TB. Objectives of this study was to analyze the delay of treatment seeking behavior of Pulmonaru TB patients in Banyumas Regency. The study design using analytic descriptive study. Samples in this study were patients who had intensive phase of TB treatment (first 2 months) in Primary Health care center of Banyumas regency. The sample size of this study were 102 respondents, purposive sampling technique was used in this study. In which the variables includes: family income and delay seeking treatment of TB patients. Analysis of this study was use simple logistic regression. The result of this study shows that the majority of pulmonary TB patients were not delay in seeking of treatment. It was about 56 respondents (54.9%). There is influence between family income and the delay treatment seeking behavior of pulmonary TB patients in Banyumas Regency. .

Keywords: Family Income, The Delay Treatment Seeking Behavior, TB

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan peringkat keempat tertinggi dari angka penyakit TB di dunia dengan insiden 189 per 100.000 populasi pada tahun 2010, dengan sekitar 582.000 kasus baru setiap tahunnya, dimana 75 % dari penderita tuberkulosis paru berasal dari golongan umur produktif dan golongan ekonomi lemah. Angka kejadian TB di Jawa Tengah pada tahun 2008 berkontribusi 22,182 angka prevalensi atau 12,5 % jumlah TB paru di Indonesia (Depkes RI, 2012). Walaupun telah diantisipasi dengan strategi DOTS untuk pengendalian tuberkulosis sejak 1998, akan tetapi tingkat deteksi kasus atau Case Detection Rate (CDR) di provinsi Jawa Tengah di tahun 2008 adalah 16,748 orang atau 47.97% atau kurang dari target penemuan kasus baru BTA positif yang ditargetkan oleh WHO. di Kabupaten Banyumas sebesar 33

% yaitu tida Kabupaten terendah dari beberapa Kabupaten di provinsi Jawa Tengah (Depkes RI, 2012)

Rendahnya Case Detection Rate (CDR) dapat diartikan bahwa terdapat banyak kasus TB paru yang belum terdeteksi dan diberikan perawatan, sehingga dapat menjadi sumber infeksi bagi orang-orang di lingkungan sekitar, sehingga diperlukan sebuah peningkatan upaya pencarian kasus secara aktif (Depkes RI, 2011). Keterlambatan pencarian pengobatan tidak hanya berdampak terhadap meningkatnya beban program terhadap kontrol penyakit TB, tetapi dapat meningkatkan resiko penularan penyakit dan resiko kematian (Yusuf, 2008 dan Paul, 2012). Fatiregun (2010) menyebutkan bahwa dua komponen kunci dari sebuah kontrol TB program yang baik adalah diagnosis dini dan pengobatan yang efektif. Perilaku keterlambatan pencarian pengobatan pasien TB, mempengaruhi rendahnya cakupan kesembuhan pasien, yang dipengaruhi oleh pengetahuan, persepsi, keyakinan, sikap, status ekonomi, aksesibilitas untuk layanan dan kualitas layanan, (yulfira, 2011).

Faktor pengobatan dini menjadi penting dalam menambah kontribusi untuk menemukan kasus untuk mencegah penurunan kualitas hidup masyarakat Mara (2004). Beberapa penelitian yang telah di lakukan oleh Layogi (2011); Gemeda (2010); Hasimah (2011); Wang (2008); Silvio (2005); Paul (2010); Jossy (2011); Weiguo (2009) dan Yusuf (2008) menemukan bahwa pengetahuan, persepsi, ekonomi dan sosial dapat mempengaruhi keterlambatan pengobatan TB paru. Ini berbeda dengan penelitian oleh Kilale, (2008) yang mengatakan bahwa sosial ekonomi tidak berhubungan dengan keterlambatan pencarian perawatan kesehatan pada pasien TB paru.

Berdasarkan fenomena tersebut maka dibutuhkan analisis faktor yang mempengaruhi keterlambatan pencarian pengobatan di Kabupaten Banyumas pada khususnya. sehingga dapat menentukan langkah antisipasi bagi pemegang kebijakan program pengendalian penyakit TB dengan mempertimbangkan beberapa faktor pencegahan keterlambatan pengobatan TB paru sebagai langkah kongkrit menurunkan penyebaran infeksi penyakit TB paru di Kabupaten Banyumas.

METODE PENELITIAN

Desain pada penelitian ini adalah *descriptive analitic* dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel yang dikehandaki pada penelitian ini adalah pasien fase intensif atau pengobatan kurang dari 2 minggu yang sedang mendapatkan pengobatan di Puskesmas Kabupaten Banyumas pada periode penelitian berlangsung, besar sampel ditentukan dengan menggunakan *G-power*, untuk memperoleh *power size 0.95*, $\alpha=0.05$, sampel minimal adalah 102 orang. Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampling technic* berdasarkan kriteria inklusi; Pasien TB Paru yang memiliki smear dan X-ray film positif dengan usia 15 -64 tahun, mendapatkan perawatan dalam fase intensif dan tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Banyumas yang bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi nya adalah pasien dengan komplikasi penyakit lain (misalnya COPD, HIV-AIDS, penyakit ginjal) dan gangguan kejiwaan.

Lokasi penelitian ini telah dilaksanakan di enam Puskesmas yaitu Puskesmas Baturaden II, Puskesmas Kedungbanteng, Puskesmas Jatilawang, Puskesmas Kalibagor, Puskesmas Sokaraja I, Puskesmas Sokaraja 2 di wilayah Kabupaten Banyumas

Metode analisis data yang digunakan pada penelitian ini meliputi analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat untuk mendapatkan gambaran/distribusi frekuensi dari variabel penelitian. Sedangkan Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *simple logistic regression* yaitu untuk menggambarkan keterlambatan pencarian pengobatan TB paru di Kabupaten Banyumas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. HASIL PENELITIAN

Hasil penghitungan distribusi frekuensi keterlambatan pencarian pengobatan pada pasien tuberkulosis terhitung sejak merasakan gejala sampai mendapatkan pengobatan di Puskesmas wilayah Kabupaten Banyumas adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Keterlambatan pencarian pengobatan pada pasien TB paru (n = 102)

Karakteristik	Frekuensi	(%)
Terlambat	46	45.1
Tidak terlambat	56	54.9

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar pasien Tuberkulosis paru di wilayah Banyumas, sebagian besar terlambat dalam mencari pengobatan yaitu 46 responden (45.1%).

Tabel 2. Pengaruh Penghasilan Keluarga Terhadap Keterlambatan Pencarian Pengobatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru (n = 102)

Keterlambatan/ Penghasilan	Ya	Tidak	Tot. (%)	<i>p-value</i>
< UMK	37 (36.3%)	22 (21.6%)	59 (57.8%)	0.000
> UMK	9 (8.8%)	34 (33.3%)	43 (42.2%)	
Total	46 (45.1%)	56 (54.9)	102 (100%)	

Berdasarkan penghasilan keluarga di ketahui bahwa sebagian besar responden berpenghasilan dibawah Upah Minimum Kabupaten sebesar 1 juta rupiah. Dimana jumlah responden yang mempunyai pendapatan kurang dari UMK adalah 37 responden (36.3%). Berdasarkan hasil analisis data, terdapat pengaruh antara penghasilan keluarga terhadap keterlambatan pencarian pengobatan pasien tuberkulosis dengan besar *p-value* 0.000.

2. PEMBAHASAN

Keterlambatan pencarian pengobatan oleh pasien tuberkulosis dalam penelitian ini dihitung sejak pasien merasakan tanda dan gejala batuk lebih dari 3 minggu sampai pasien tersebut mendapatkan terapi (Obat Anti Tuberkulosis Paru) oleh Puskesmas setempat. Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa dari 102 orang responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini dinyatakan terlambat dalam mencari pengobatan tuberkulosis paru sebanyak 46 responden pasien (45,1%) dan yang tidak terlambat mencari pengobatan adalah 56 responden atau (54,9%). Fatiregun (2010) menyebutkan bahwa dua komponen kunci dari sebuah kontrol TB

program yang baik adalah diagnosis dini dan pengobatan yang efektif. Perilaku keterlambatan pencarian pengobatan pasien TB, mempengaruhi rendahnya cakupan kesembuhan pasien, yang dipengaruhi oleh pengetahuan, persepsi, keyakinan, sikap, status ekonomi, aksesibilitas untuk layanan dan kualitas layanan (Yulfira, 2011).

Berdasarkan hasil analisis data, terdapat pengaruh antara penghasilan keluarga terhadap keterlambatan pencarian pengobatan pasien tuberkulosis dengan besar *p-value*: 0.000. Crofton (2002) menyebutkan bahwa kemiskinan merupakan satu faktor penyebab berkembangnya penyakit tuberkulosis. Tingkat ekonomi yang rendah, gizi masyarakat yang kurang memenuhi standar kesehatan. Kemiskinan dapat mengarah pada kebiasaan, minimnya sarana prasarana dan perumahan terlampau padat yang tidak memenuhi syarat kesehatan, kondisi kerja yang buruk serta tidak atau kurang terpenuhinya gizi seseorang atau masyarakat dapat berakibat menurunnya daya tahan tubuh dan memudahkan terjadinya infeksi.

Ketersediaan asuransi kesehatan (BPJS) merupakan kebijakan dalam bidang kesehatan yang di sediakan untuk mempermudah seluruh lapisan masyarakat untuk menjangkau unit pelayanan kesehatan, semua lapisan masyarakat dapat menjangkau dalam aspek biaya. Akan tetapi hal ini belum mampu menyelesaikan masalah keterlambatan pencarian pengobatan di Indonesia dan di wilayah Banyumas pada khususnya. Hal ini bisa disebabkan karena berdasarkan letak geografis wilayah di Indonesia yang masih minimnya ketersediaan akses pelayanan yang mudah di jangkau dan kualitas pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk pasien tuberkulosis pada khususnya. Hal ini harus diberikan perhatian khusus terutama pemerintah karena berdasarkan penelitian yang di lakukan (yulfira, 2011) menjelaskan bahwa perilaku keterlambatan pencarian pengobatan pasien TB, mempengaruhi rendahnya cakupan kesembuhan pasien yang dikarenakan kurangnya aksesibilitas (finansial) pelayanan dan kualitas layanan.

Fatiregun (2010) menyebutkan bahwa dua komponen kunci dari sebuah kontrol TB program yang baik adalah diagnosis dini dan pengobatan yang efektif. Perilaku keterlambatan pencarian pengobatan pasien TB, mempengaruhi rendahnya cakupan kesembuhan pasien, yang dipengaruhi oleh persepsi dan juga faktor lain

seperti pengetahuan, keyakinan, sikap, status ekonomi, aksesibilitas untuk layanan dan kualitas layanan (Yulfira, 2011).

SIMPULAN

Sebagian besar pasien Tuberkulosis paru di wilayah Kabupaten Banyumas, terlambat dalam mencari pengobatan yaitu 46.1%.

Terdapat pengaruh antara penghasilan keluarga dengan keterlambatan pencarian pengobatan pasien tuberkulosis paru di Kabupaten Banyumas

DAFTAR PUSTAKA

- Asih, N. (2003). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Colson, P., J. Frank, S. Rita, H.M. Yael and E. Wafaa (2010). *Tuberculosis Knowledge, Attitudes, and Beliefs in Foreign-born and US-born Patients with Latent Tuberculosis Infection Immigrant Minority Health*, Doi: 10.1007/s10903-010-9338-4.
- Fatiregun, A.A and C.C. Ejeckam. (2010). *Determinants of Patients Delay The Seeking Treatment Among Pulmonary Tuberculosis Case In A Government Specialist Hospital In Ibadan, Nigeria*. Tanzania Journal of Health Research. Vol. 12 (2).
- Gemeda A., D. Amare, L. Aper, W. Kifle and J. Shifa. (2010). *Knowledge, Health Seeking Behavior and Perceived Stigma towards Tuberculosis among Tuberculosis Suspects in a Rural Community in Southwest Ethiopia*, **Plos One**. 5(10) 13339.
- Hasimah N.A. (2011). *Factors Influencing Patient Delay the seeking Treatment among Smear Positive Tuberculosis Patients in Kelantan, Malaysia*, International Medical Journal. Vol. 18, No. 4, pp. 316 – 321.
- Depkes RI. (2011). *Buku saku Kesehatan*. Visual Data Department Kesehatan. Provinsi Jawa Tengah.
- Depkes RI. (2012). *Riset Kesehatan Dasar*. Research dan Pengembangan. Jakarta: Kementrian kesehatan RI.
- Farah, M.G., H.R. Jens, W.S. Tore, S. Randi, H. Einar and B. Gunnar. (2006). *Patients and Health Care System Delays in the Start of Tuberculosis Treatment in Norway*. BMC Infectious Disease. 6 (33) 10.1186/1471-2334-6-33.

- Ford, C.M., A.M. Bayer, R.H., Gilman, D. Onifade, C. Acosta, L. Cabrera, C. Vidal and C. Evans. (2010). *Factors Associated with Delayed Tuberculosis Test Seeking Behavior in the Peruvian Amazon*. Am J. Trop. Med. Hyg. 81(6) 1097-1102.
- Hussen, A., Biadgilign S., Tessema, F., Mohhamed, S., Deribe, K. and Deribew, A. (2012). *Treatment Delay among Pulmonary Tuberculosis Patient in Pastoralist Communities in Bale Zone, Southeast Ethiopia*. BMC Research Note 5:320.
- Kilale, A.M., A.K. Mushi, L.A. Lema, J. Kunda, Makashi and Mwaseba. (2008). *Perceptions of Tuberculosis and Treatment Seeking Behavior in Lila and Kinondoni Municipalities in Tanzania*. Tanzania Journal of Health Research. vol.10, no.2.
- Layogi, M. (2011). *Treatment Seeking Behavior for Pulmonary Tuberculosis among Chest Symptomatic Bhutan*. SAARC Journal of Tuberculosis, Tuber Lung Diseases & HIV/AIDS. VIII (1):36-40.
- Marra, C.A., F. Marra, C.C. Victoria, P. Anita and F. Mark. (2004). *Factors influencing Quality of Life in Patients with Active Tuberculosis*. BioMed central. 2:58 doi:10.1186/1477-7525-2-58.
- Mahendrata, A., Ahmad, R.A., Y. Utarini and S.J. Vlas,. (2011). *Diagnostic Delay among Tuberculosis Patients in Jogjakarta Province*. Gajah Mada University. Topical Medicine and International Health. Vol.16, no.4, pp. 412-423. Doi: 10.1111/j.1365.2010.02713.
- Mesfin, M., N.N. James, D.W. John, G. Emanuel and J.M. Richard. (2005). *Delay and Care Seeking Behavior among Tuberculosis Patients in Trigray of Northern Ethiopia*. BMC Public Health. 9: 53. Doi:10.1186/147-2458/9/53.
- Paul, W. (2012), *Tuberculosis Knowledge, Attitudes, and Beliefs in Foreign-born and US-born Patients with Latent Tuberculosis Infection*. J Immigrant Minority Health. DOI 10.1007/s10903-010-9338-4
- Storla, D.G., S. Yimer and A.B. Gunnar. (2008). *A Systematic Review of Delay in Diagnosis and Treatment of Tuberculosis*. BMC Public Health. 1471-2458-8-15.
- Wang, Y. (2008). *Gender Difference in Knowledge of Tuberculosis and Associated Health-Care Seeking Behaviors: In A Rural Area of China*. BMC Public Health. Doi: 10.1186/1471-2458-8-354.
- World Health Organization. (2011). *Tuberculosis Country Profile*. Geneva. <http://www.who.int/TB/country/data/profile/en/html>, December 1, 2012

World Health Organization. (2012). *Global Health Observatory Data Respiratory*. Geneva. <http://apps.who.int/ghodata>, December 1, 2012.

Yusuf , A.N. (2008). *Factors Influencing Delay the Seeking Tuberculosis Treatment in Belet-Weyne District, Somalia*. Mater Thesis, Western Cape University.

Yulfira, M. (2011). *Model Studies of Tuberculosis Prevention (Lung) through Socio-Cultural Approach. Western Sumatra*. Available Source: <http://www.litbang.bappeda.sumbarprov.go.id/index.php>. December 12, 2012.

KELUARAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA IBU HAMIL DENGAN SINDROM HELLP DI RS MARGONO SOEKARDJO PURWOKERTO

Sumarni
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: *s_oemarnie@yahoo.com*

ABSTRACT

The most common maternal disorder in pre-eclampsia cases is hellp syndrome. Hellp's syndrome is characterized by intravascular haemolysis, elevated levels of hepatic enzymes and coagulation system. The diagnosis of hellp syndrome is characterized by a decrease in platelet levels $<100,000 / \text{mm}^3$, elevated liver enzymes; $\text{LDH} > 600 \text{ IU} / \text{dl}$, $\text{SGOT} > 70 \text{ IU} / \text{dl}$. Hellp syndrome affects maternal and neonatal outcomes such as labor, neonatal asphyxia, LBW and IUFD. Objective: To know maternal and neonatal maternal outcome with hellp syndrome especially birth, asphyxia, LBW, IUFD. Methods: This study used descriptive analytic. The total population of 103 pregnant women with pre-eclampsia in Margono soekardjo Hospital Purwokerto, with purposive samples that meet the criteria of inclusion and exclusion to 42 people. Univariate and Bivariate data analysis using chi square test with degree of confidence $p = 0,05$. The results showed that there could be a correlation between the mode of delivery with hellp syndrome, there was a relationship between asphyxia and hellp syndrome, and no association between LBW and IUFD with hellp syndrome

Keywords: *maternal outcome, neonatal outcomet, hellp syndrome.*

PENDAHULUAN

Preeklampsia merupakan sindrom spesifik kehamilan berupa hipertensi yang disertai proteinuria. Kedua gejala tersebut merupakan gejala yang paling penting dalam menegakkan diagnosis preeklamsia. Kriteria minimum diagnosis preeklampsia ialah hipertensi dengan tekanan darah lebih dari sama dengan 140/90 mmHg setelah gestasi 20 minggu dan proteinuria minimal yaitu terdapatnya lebih dari sama dengan 300 mg protein dalam urin per 24 jam.

Preeklampsia dapat berakibat buruk baik pada ibu maupun janin yang dikandungnya. Komplikasi pada ibu berupa sindroma HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme, low platelet), edema paru, gangguan ginjal, perdarahan, solusio plasenta bahkan kematian ibu. Komplikasi pada bayi dapat berupa kelahiran

premature, gawat janin, berat badan lahir rendah atau intra uterine fetal death (IUFD).

Sindrom hellp merupakan suatu kondisi yang berbahaya yang dijumpai pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Sindrom hellp terjadi 10-20% dari kasus pre eklamsia. Istilah HELLP diperkenalkan pertama sekali oleh Weinstein (1982) yang merupakan singkatan dari *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes* dan *Low Platelet Counts*. Sindroma ini merupakan kumpulan dari gejala multisistem pada preeklampsia berat dan eklampsia dengan karakteristik trombositopenia, hemolisis (anemia hemolisis mikroangiopatik) dan enzim hepar yang abnormal.

Sebagai parameter terjadinya hemolisis digunakan hasil gambaran hapusan darah tepi, yaitu adanya *burr cell* dan atau *schistocyte*, dan atau *helmet cell*. Menurut Weinstein(1982) dan Sibai(1986) hasil ini merupakan gambaran yang spesifik terjadinya hemolisis pada sindroma HELLP. Hemolisis terjadi karena kerusakan dari sel darah merah intravaskuler, yang menyebabkan hemoglobin keluar dari intravaskuler. Lepasnya hemoglobin ini akan terikat dengan haptoglobin, dimana kompleks hemaglobin-haptoglobin akan dimetabolisme di hepar dengan cepat. Hemoglobin bebas pada sistim retikuloendotel akan berubah menjadi bilirubin. Peningkatan kadar bilirubin menunjukkan terjadinya hemolisis. Pada wanita hamil normal kadar bilirubin berkisar 0,1 –1,0 mg/ dL. Dan pada sindroma HELLP kadar ini meningkat yaitu >1,2 mg/dL (Sibai BM.,1990; Martin JN, (1999).

Menurut Sibai, pada keluaran maternal dari penderita preeklamsia dapat ditemukan juga solusio plasenta (1–4%), disseminated coagulopathy/HELLP syndrome (10–20%), edema paru / aspirasi (2–5%), gagal ginjal akut (1–5%), eklamsia (<1%), kegagalan fungsi hepar (<1%). Sibai juga mengemukakan beberapa hal yang sering ditemukan pada keluaran perinatal dari persalinan dengan preeklamsia antara lain kelahiran prematur (15–67%), pertumbuhan janin yang terhambat (10–25%), cedera hipoksianeurologik (<1%), kematian perinatal (1–2%), dan morbiditas jangka panjang penyakit kardiovaskuler yang berhubungan dengan bayi berat lahir rendah (BBLR) (fetal origin of adult disease).

Menurut Cunningham terjadinya KMK pada preeklampsia oleh karena terjadinya iskemia uteroplasenta pada kehamilan trimester kedua sehingga terjadi

pertumbuhan janin terhambat. Keadaan ini terjadi sebelum munculnya sindroma HELLP. Sofoewan (2001) melaporkan pada kelompok PEB didapati perkembangan janin terhambat 1,1 %, kematian janin intra uterin 7,4% dan gawat janin 5,6%. Dan pada kelompok SHP didapati perkembangan janin terhambat 72,7 %, kematian janin intra uterin 36,4% dan gawat janin 27,3 %. Sedangkan pada SHM didapatinya perkembangan janin terhambat 100 %, kematian janin intra uterin 33,3 % dan gawat janin 66,7% . Morikawa dkk(2001) pada penelitiannya mendapatkan perkembangan janin terhambat 23,8 %, luaran bayi yang jelek (kematian janin dan gawat janin yang berat) 2,4% pada kelompok PEB. Dan pada kelompok SHP didapatinya perkembangan janin terhambat 65,4 %, luaran bayi yang jelek 7,7%. Sedangkan pada SHM didapatinya perkembangan janin terhambat 50,0 %, luaran bayi yang jelek 16,7%

Martin JN(1999) akibat dari terjadinya trombositopenia akan mengakibatkan perubahan yang jelek pada seluruh sistim organ tubuh secara bermakna, yang pada akhirnya akan menyebabkan kematian ibu. Mereka menetapkan bahawa kadar trombosit $< 100.000/mm^3$ meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu. Romero dkk(1989) Dikutip dari Roberts (1994) melaporkan bahwa trombositopenia merupakan indikator yang paling baik terhadap luaranibu dan bayi. Tetapi trombositopenia bukan merupakan alasan untuk melakukan terminasi segera selain alasan usia kehamilan sudah aterm. Menurut Visser dkk (1995) menunda terminasi kehamilan lebih aman untuk ibu dan bayi apabila usia kehamilan belum aterm. Pengawasan yang ketat terhadap hemodinamik ibu dan penanganan yang tepat sangat diperlukan agar luaran ibu dan bayi lebih baik. Adanya kematian janin intra uterin ditemukan berhubungan dengan terjadinya kematian pada ibu. Kematian janin (IUFD) mungkin mencerminkan kerusakan organ target yang sudah berat yang berhubungan dengan proses penyakit yang sudah lanjut dan proses patologik seperti solusio plasenta atau koagulopati (Small,2005).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan *crosssectional*. Jumlah populasi sebanyak 103 ibu hamil dengan pre eklamsia,

kemudian pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampel* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi menjadi 42 orang. Analisis data secara Univariat dan Bivariat dengan menggunakan *chi square* dengan derajat kepercayaan $p=0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Diskripsi sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 1. Diskripsi sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia RS Margono Soekarjo Purwokerto

Sindrom Hellp	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	23	54,8
Tidak	19	45,2
Total	42	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo sebagian besar mengalami sindrom hellp sebesar 54,8%. Sedangkan 45,2% tidak mengalami sindrom hellp.

b. Diskripsi cara persalinan ibu hamil dengan pre eklamsia RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 2. Diskripsi cara persalinan ibu hamil dengan pre eklamsia RS Margono Soekarjo Purwokerto

Cara Persalinan	Frekuensi	Persentase (%)
SC	17	40,5
Pervaginam	25	59,5
Total	42	100

Tabel 2 Menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia melahirkan dengan cara pervaginam yaitu sebesar 59,5%. Sedangkan ibu hamil dengan pre eklamsia melahirkan secara sectio secaria sebanyak 40,5%.

- c. Diskripsi asfiksia neonatorum pada bayi dari ibu hamil dengan pre eklamsia RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 3. Diskripsi asfiksia neonatorum pada bayi dari ibu hamil dengan pre eklamsia RS Margono Soekarjo Purwokerto

Asfiksia Neonatorum	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	11	26,2
Tidak	31	73,8
Total	42	100

Tabel 3. Menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia tidak mengalami asfiksia neonatorum yaitu sebesar 73,8%. Sedangkan bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia mengalami asfiksia sebesar 26,2%

- d. Diskripsi BBLR pada bayi dari ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 3. Diskripsi BBLR pada bayi dari ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekarjo Purwokerto

BBLR	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	17	40,5
Tidak	25	59,5
Total	42	100

Tabel 3. Menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia tidak mengalami Berat Badan Bayi Rendah (BBLR) sebesar 59,5% sedangkan yang mengalami BBLR sebesar 40,5%

- e. Diskripsi IUFD pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 4. Diskripsi IUFD pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekarjo Purwokerto

IUFD	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	2	4,8
Tidak	40	95,2
Total	42	100

Tabel 4. Menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia tidak mengalami Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebesar 95,2% dari 42 ibu hamil dengan pre eklamsia. Sedangkan sebanyak 4,8% ibu hamil dengan pre eklamsia mengalami IUFD.

2. Analisis Bivariat

- a. Hubungan cara persalinan dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 5. Hubungan cara persalinan dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat

Cara persalinan	Sindrom_Hellp				Total		p	CC
	Ya		Tidak					
	f	%	f	%	f	%		
SC	14	77,8	4	22,2	18	42,9	0,009	0.372
Pervaginam	9	37,5	15	62,5	24	57,1		
Total	23	54.8	19	45.2	42	100		

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 5 diatas menunjukkan bahwa pada ibu hamil dengan sindrom hellp sebagian cara persalinannya dengan cara SC yaitu sebesar 77,8%.

Hasil nilai uji Chi square menunjukkan nilai $p = 0,009 < 0,05$ hal ini menunjukkan ada hubungan antara cara persalinan dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Berdasarkan hasil penelitian tersebut pada ibu hamil dengan sindrom hellp lebih berisiko untuk melahirkan dengan SC, hal ini sesuai dengan hasil analisis OR 5.833 yang berarti bahwa ibu hamil dengan sindrom hellp berisiko 5,833 kali lebih berisiko untuk

melahirkan dengan SC dibandingkan dengan ibu hamil dengan pre eklamsia tanpa sindrom hellp.

- b. Hubungan asfiksia neonatorum dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 6. Hubungan asfiksia neonatorum dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat

Asfiksia Neonatorum	Sindrom_Hellp				Total		<i>p</i>	<i>CC</i>
	Ya		Tidak					
	f	%	f	%	f	%		
Ya	9	69,2	2	30,8	13	26,1	0,036	0,308
Tidak	14	45,2	17	54,8	31	73,8		
Total	23	54.8	19	45.2	42	100		

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 6 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp mengalami asfiksia neonatorum yaitu sebanyak 69,2%.

Hasil nilai uji Chi square menunjukkan nilai $p = 0,036 < 0,05$ hal ini menunjukkan ada hubungan antara asfiksia neonatorum dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Berdasarkan hasil penelitian tersebut pada bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp lebih berisiko untuk mengalami asfiksia, hal ini sesuai dengan hasil analisis OR 5,464 yang berarti bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp berisiko 5,464 kali lebih berisiko untuk mengalami asfiksia dibandingkan dengan ibu hamil dengan pre eklamsia tanpa sindrom hellp.

- c. Hubungan BBLR dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 7. Hubungan BBLR dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat

BBLR	Sindrom_Hellp				Total		p	CC
	Ya		Tidak					
	f	%	f	%	f	%		
Ya	10	54.2	8	45,8	18		0,286	0,163
Tidak	13	54.2	11	45,8	24			
Total	23	54.8	19	45.2	42	100		

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 7 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp mengalami BBLR yaitu sebanyak 54,2%.

Hasil nilai uji Chi square menunjukkan nilai $p = 0,286 > 0,05$ hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara BBLR dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia.

- d. Hubungan IUFD dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Tabel 8. Hubungan IUFD dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat

IUFD	Sindrom_Hellp				Total		p	CC
	Ya		Tidak					
	f	%	f	%	f	%		
Ya	2		0		2	4,8	0,188	0,199
Tidak	21		19		40	95,2		
Total	23	54.8	19	45.2	42	100		

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 8 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp tidak mengalami IUFD yaitu sebanyak 95,2%.

Hasil nilai uji Chi square menunjukkan nilai $p = 0,188 > 0,05$ hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara IUFD dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia.

B. Pembahasan

1. Univariat

- a. Diskripsi sindrom hellp ibu pre eklamsia berat di Rs Margono Soekarjo Purwokerto

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo sebagian besar mengalami sindrom hellp sebesar 54,8%. Sedangkan 45,2% tidak mengalami sindrom hellp.

- b. Diskripsi cara persalinan pada ibu pre eklamsia di RS Margono Purwokerto

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia melahirkan dengan cara pervaginam yaitu sebesar 59,5%. Sedangkan ibu hamil dengan pre eklamsia melahirkan secara sectio secaria sebanyak 40,5%.

- c. Diskripsi asfiksia neonatorum ibu pre eklamsia di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia tidak mengalami asfiksia neonatorum yaitu sebesar 73,8%. Sedangkan bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia mengalami asfiksia sebesar 26,2%.

- d. Diskripsi BBLR pada ibu pre eklamsia berat RS Margono Soekarjo Purwokerto

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia tidak mengalami Berat Badan Bayi Rendah (BBLR) sebesar 59,5% sedangkan yang mengalami BBLR sebesar 40,5%

- e. Diskripsi IUFD pada ibu pre eklamsia berat RS Margono Soekarjo Purwokerto

Sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia tidak mengalami Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebesar 95,2% dari 42 ibu hamil dengan

pre eklamsia. Sedangkan sebanyak 4,8% ibu hamil dengan pre eklamsia mengalami IUFD.

2. Bivariate

- a. Hubungan cara persalinan dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara cara persalinan dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Berdasarkan hasil penelitian tersebut pada ibu hamil dengan sindrom hellp lebih berisiko untuk melahirkan dengan SC, hal ini sesuai dengan hasil analisis OR 5.833 yang berarti bahwa ibu hamil dengan sindrom hellp berisiko 5,833 kali lebih berisiko untuk melahirkan dengan SC dibandingkan dengan ibu hamil dengan pre eklamsia tanpa sindrom hellp. Hal ini sesuai dengan penelitian Raras (2004) dari 227 kasus preeklamsia berat pada kehamilan, sebagian besar cara persalinan dilakukan dengan seksio sesaria (33,9%). Menurut Visser dkk (1995) menunda terminasi kehamilan lebih aman untuk ibu dan bayi apabila usia kehamilan belum aterm. Pengawasan yang ketat terhadap hemodinamik ibu dan penanganan yang tepat sangat diperlukan agar luaran ibu dan bayi lebih baik.

- b. Hubungan asfiksia neonatorum dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto.

Berdasarkan hasil analisis menyatakan bahwa ada hubungan antara asfiksia neonatorum dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Berdasarkan hasil penelitian tersebut pada bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp lebih berisiko untuk mengalami asfiksia, hal ini sesuai dengan hasil analisis OR 5,464 yang berarti bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu hamil dengan sindrom hellp berisiko 5,464 kali lebih berisiko untuk mengalami asfiksia dibandingkan dengan ibu hamil dengan pre eklamsia tanpa sindrom hellp. Menurut

penelitian Sofoewan (2001) melaporkan pada kelompok PEB didapati perkembangan janin terhambat 1,1 %, kematian janin intra uterin 7,4% dan gawat janin 5,6%. Dan pada kelompok SHP didapati perkembangan janin terhambat 72,7 %, kematian janin intra uterin 36,4% dan gawat janin 27,3 %. Sedangkan pada SHM didapatinya perkembangan janin terhambat 100 %, kematian janin intra uterin 33,3 % dan gawat janin 66,7%.

- c. Hubungan BBLR dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto

Berdasarkan hasil nilai uji Chi square menunjukkan nilai $p=0,286>0,05$ hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara BBLR dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Menurut Cunningham terjadinya KMK pada preeklamsia oleh karena terjadinya iskemia uteroplasenta pada kehamilan trimester kedua sehingga terjadi pertumbuhan janin terhambat. Keadaan ini terjadi sebelum munculnya sindroma HELLP. Sofoewan (2001) melaporkan pada kelompok PEB didapati perkembangan janin terhambat 1,1 %, kematian janin intra uterin 7,4% dan gawat janin 5,6%. Dan pada kelompok SHP didapati perkembangan janin terhambat 72,7 %, kematian janin intra uterin 36,4% dan gawat janin 27,3 %. Sedangkan pada SHM didapatinya perkembangan janin terhambat 100 %, kematian janin intra uterin 33,3 % dan gawat janin 66,7% . Morikawa dkk(2001) pada penelitiannya mendapatkan perkembangan janin terhambat 23,8 %, luaran bayi yang jelek (kematian janin dan gawat janin yang berat) 2,4% pada kelompok PEB. Dan pada kelompok SHP didapatinya perkembangan janin terhambat 65,4 %, luaran bayi yang jelek 7,7%. Sedangkan pada SHM didapatinya perkembangan janin terhambat 50,0 %, luaran bayi yang jelek 16,7%

- d. Hubungan IUFD dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia berat di RS Margono Soekarjo Purwokerto.

Berdasarkan hasil nilai uji Chi square menunjukkan nilai $p = 0,188 > 0,05$ hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara IUFD dengan kejadian sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia. Adanya kematian janin intra uterin ditemukan berhubungan dengan terjadinya kematian pada ibu. Kematian janin (IUFD) mungkin mencerminkan kerusakan organ target yang sudah berat yang berhubungan dengan proses penyakit yang sudah lanjut dan proses patologik seperti solusio plasenta atau koagulopati (Small,2005). Chappell melaporkan bahwa 75% dari bayi baru lahir dilahirkan dengan asfiksia berat dan kematian perinatal sebesar 7,8%

SIMPULAN

Sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo mengalami sindrom hellp sebesar 54,8%. Sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo melahirkan dengan cara pervaginam yaitu sebesar 59,5%. Sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia tidak mengalami asfiksia neonatorum yaitu sebesar 73,8%. Sebagian besar bayi yang dilahirkan dari ibu dengan pre eklamsia tidak mengalami Berat Badan Bayi Rendah (BBLR) sebesar 59,5%. Sebagian besar ibu hamil dengan pre eklamsia tidak mengalami Intra Uterine Fetal Death (IUFD) sebesar 95,2% dari 42 ibu hamil dengan pre eklamsia. Ada hubungan antara cara persalinan dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo Purwokerto. Ada hubungan antara Asfiksia Neonatorum dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo Purwokerto. Tidak ada hubungan antara BBLR dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo Purwokerto. Tidak ada hubungan antara IUFD dengan sindrom hellp pada ibu hamil dengan pre eklamsia di RS Margono Soekardjo Purwokerto

DAFTAR PUSTAKA

- Weinstein L. (1982). *Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Trombosit counts : A Severe Consequence of Hypertension in Pregnancy*. AmJ Obstet Gynecol ; 142 : 159 –67.
- Sibai BM. (1990). *The HELLP Syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low trombosit counts) : Much ado About Nothing ?*. AmJ Obstet Gynecol; 162 : 311 –6. ,8Padden MO. *HELLP Syndrome : Recognition and Perinatal Management*. Available at : <http://www.findarticles.com>
- Martin JN, May WL, Magann EF, etal. (1999) *Early risk assesment of severe preeclampsia: admission baterry of symptom and laboratory test to predict likelihood of subsequent significant maternal morbidity*. AmJ Obstet Gynecol ; 180 : 1407 –14.
- Sofowan S. (2001). *Pregnancy Outcome of Women with Severe Preeclampsia With and Without HELLP Syndrome*. Dalam: AUFOG Accredited Ultrasound and Workshop. Bandung
- Morikawa H, Umikage H, Yamasaki M. (2001). *Clinical Difference Between HELLP Syndrome and Partial HELLP Syndrome*. Dalam: AUFOG Accredited Ultrasound and Workshop. Bandung.
- Roberts WE, Perry KG, Woods JB, etal. (1994). *The Intrapartum Trombosit Count in Patient with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low trombosit counts) Syndrome: Is It Predictive of Later Hemorrhagic Complication ?*. AmJ Obstet Gynecol ; 171 : 799 – 804.
- Visser , Wallenburg HC. (1995). *Temporising Management of Severe Preeclampsia With and Without the HELLP Syndrome*. BJOG : 102 : 111 –17.
- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, etal. (1997). *Hypertensive Disorders in Pregnancy*. William Obstetrics. Ed. 20 th . Conecticut: Appleton & Lange: 693 –744.
- Small MJ, Kershaw T, Frederic R, Blanc C, Neale D, Copel J, Williams KP. (2005). *Characteristics of preeclampsia- and eclampsia-related maternal death in rural Haiti*. The Journal of maternal-fetal and neonatal medicine; 18(5): 343-816. Sawhney H, Aggarwal N, Biswas R, Vasishta K, G.
- Raras (2010). *pengaruh preeklamsia berat pada kehamilan terhadap keluaran maternal dan perinatal di rsup dr kariadi tahun 2010*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

HUBUNGAN PELAKSANAAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STATUS GIZI ANAK 1-4 TAHUN

Mufida Dian Hardika
Akademi Kebidanan Muhammadiyah Madiun
Email: mufidadian89@gmail.com

ABSTRACT

Relationship of Implementation of Family Conscious Nutrition (KADARZI) With Child Nutrition Status 1-4 Years. Nutritional status of children is influenced by several factors one of which is the nutritious family conscious behavior, KADARZI family will do regular weighing of the child. The Survey result data in bangunsari Region on february 2017 from 136 children (1-4 years old) found 11 child (19 %) with under nutrition state. Alot of them caused not doing good nutrition of family behaviour their not measured the weight of their children regularly in the integrated service post. Based in the reality above, the objective purpose of this study was to known the corellation between good nutrition of family behaviour with nutrition State at children (1-4 years old) in bangunsari region of Madiun Regency. This research analize used analitic method cross sectional with sample amount 58 mother and their child which taken with simple random sampling method. Variable of doing good nutrition of family behaviour measured with Questionaire, and variable of child nutrition state measured with observation weight of child. The data analize was using the statistical of kendall tau. Based of the study result on April-Mei 2017 in bangunsari region, variable of doing good nutrition of family behaviour found alot of them 36 (62,1 %) good nutrition behaviour. And variable nutrition state found alot of them 49 child (84,5%) with good nutrition state. Based to analized the r value of kendall tau statistic are 0,0441 and probability (P) value= 0,001 < =0,05, there are any significant corellation between Variable of good nutrition of family behaviour, and variable of child nutrition state. proposed that mother have children to more care the good nutrition behaviour for the chidreen to prevent incident of under and bad nutrition state in children.

Keywords: *Good nutrition of family behavior, Nutrition state.*

PENDAHULUAN

Gizi Anak merupakan faktor penentu dari Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas. Dengan kejadian gizi yang baik, bisa menunjang kemampuan fisik dan mental, sehingga terbentuklah generasi penerus pembangunan nasional yang tangguh, yang akan menunjang keberhasilan pembangunan nasional. Secara nyata malnutrisi dibidang kesehatan masyarakat merupakan penyakit gizi yang secara terus-menerus berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2011). Indonesia mempunyai masalah gizi yang besar ditandai dengan masih besarnya prevalensi masalah gizi pada anak.

Masalah kelaparan dan kekurangan gizi di Afrika dan Asia yang masih marak, hal ini mendorong badan kesehatan dunia membentuk inisiatif untuk secepatnya membantu negara-negara miskin mengakhiri terjadinya kelaparan dan kurang gizi pada anak, atau *Ending Child Hunger and Under Nutrition Initiative* (ECHUI).

Upaya itu juga untuk mendorong tercapainya sasaran *Millenium Development Goals (MDGs)*, antara lain mengurangi separuh penduduk dunia yang kelaparan dan untuk itu diperlukan kebijakan pembangunan di bidang ekonomi, pangan, kesehatan dan pendidikan, serta keluarga berencana yang saling terkait dan mendukung, yang secara terintegrasi ditujukan untuk mengatasi masalah gizi dengan meningkatkan status gizi masyarakat (World Bank, 2011). Di negara berkembang khususnya Indonesia, angka kesakitan dan kematian anak usia 1-4 tahun 30 kali lebih tinggi dibanding dengan negara maju. Kesakitan dan kematian pada anak usia 1-4 tahun terbanyak dipengaruhi oleh masalah gizi. Pengaruh keadaan gizi pada umur itu lebih besar dari pada umur kurang dari 1 tahun. Oleh karena itu periode ini merupakan periode penting untuk memberikan informasi mengenai masalah gizi masyarakat (Supriasa, 2010).

Menteri Kesehatan RI, Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M(K) menyatakan dari hasil Riskesdas 2014 menemukan bahwa masalah status gizi di Indonesia meningkat sebesar 17,9 %. Diperkirakan sekitar 3,7 juta anak mengalami masalah gizi kurang dan gizi buruk padahal target pemerintah dalam rangka menurunkan angka kekurangan gizi pada anak balita adalah sebesar 15,5 % pada tahun 2015. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Jawa Timur, Pawik Supriyadi, sebanyak 6.800 anak dari 3 juta anak balita di Jawa Timur mengalami masalah gizi (gizi kurang dan gizi lebih) sekitar 47 % penderita disebabkan karena pola asuh, 8,8 % karena penyakit, 25 % disebabkan asupan dan sebab lainnya. Dinas Kesehatan Jawa Timur akan melakukan upaya peningkatan status gizi selama lima tahun ke depan. Diantaranya, dengan memberikan intervensi anak dengan makanan bergizi, susu dan makanan tambahan serta pengobatan penyakit yang diderita. Menurutnya, hanya sekitar 45% orang tua rutin menimbang anak di posyandu serta ada 70 % orang tua yang sadar memberikan makanan bergizi (BAPPENAS, 2016).

Wilayah Kabupaten Madiun merupakan salah satu wilayah kabupaten yang mengalami angka tertinggi masalah gizi selama tahun 2015. Kasus tertinggi terdapat di Bojonegoro 702 kasus, Pamekasan 448 kasus, Ngawi 386 kasus, Kota Probolinggo 380 kasus, Gresik 380 kasus, Ponorogo 308 kasus, Madiun 292 kasus, Banyuwangi 270 kasus, Trenggalek 256 kasus dan Magetan 248 kasus (Dinas Komunikasi dan Informatika Prov. Jatim. 2016). Data gizi di Puskesmas Bangunsari menunjukkan terdapat peningkatan kejadian gizi kurang pada bulan Mei hingga Agustus 2016. Masih tingginya masalah status gizi pada anak dipengaruhi oleh faktor yang mendasar yaitu kemiskinan sehingga mempengaruhi persediaan makanan, perawatan anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Hal ini berdampak pula pada menurunnya tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan masyarakat khususnya wanita. Menurunnya pengetahuan akan berpengaruh pada ketidakcukupan pemenuhan makanan pada anak-anak khususnya anak sehingga makanan yang dikonsumsi tidak seimbang berakibat pada kurangnya zat gizi pada anak (Supariasa, 2010).

Selain itu penyebab masih banyaknya masalah gizi menunjukkan bahwa asupan gizi ditingkat keluarga belum memadai. Oleh sebab itu diperlukan upaya pemberdayaan melalui pendampingan. Pendampingan keluarga KADARZI adalah proses mendorong, menyemangati, membimbing dan memberikan kemudahan guna mengatasi masalah gizi yang dialami (Depkes RI, 2016). Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 10 februari 2017 di desa Bangunsari dari 10 ibu yang memiliki masalah status gizi (gizi kurang, gizi lebih dan gizi buruk) masih ada yang belum memenuhi kriteria keluarga sadar gizi, karena masih ada ibu (70%) menyatakan tidak rutin melakukan penimbangan pada anaknya. Masalah status gizi dapat menimbulkan berbagai dampak. Dampak yang bisa timbul bagi anak antara lain menurunnya perkembangan kecerdasan anak, gangguan pertumbuhan fisik, menurunnya daya tahan tubuh, resiko tinggi terkena penyakit infeksi dan dampak yang lebih besar tentunya peningkatan angka kesakitan dan kematian anak di Indonesia (Dinas Komunikasi dan Informatika Prov. Jatim. 2011).

Kenyataan ini menegaskan bahwa upaya peningkatan dan perbaikan status gizi khususnya di wilayah madiun sangat mendesak untuk dilakukan. Selama ini

telah dilakukan upaya perbaikan status gizi dengan mencangkup promosi gizi, fortifikasi pangan, pemberian makanan tambahan (PMT) termasuk MP ASI, tapi kenyataannya masih banyak keluarga yang belum berperilaku gizi yang baik sehingga penurunan masalah gizi berjalan lamban. Masih banyaknya masalah status gizi (gizi kurang, gizi lebih dan gizi buruk) menunjukkan bahwa asuhan gizi di tingkat keluarga belum memadai. Oleh sebab itu, diperlukan upaya untuk pelaksanaan keluarga sadar gizi (Depkes RI, 2016).

Program KADARZI telah dicanangkan pemerintah untuk menanggulangi tingginya masalah gizi khususnya pada anak, pemerintah telah melaksanakan berbagai program dan kegiatan sebagaimana telah dirumuskan dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN PG) pokok utamanya adalah peningkatan kesadaran gizi keluarga (KADARZI) melalui penyuluhan dan pemantauan tumbuh kembang anak di masyarakat, pencegahan penyakit yang berhubungan dengan gizi seperti diare, malaria, TBC, promosi pola hidup sehat dan perbaikan ketahanan pangan (BAPPENAS, 2016). Pelaksanaan KADARZI pada masyarakat sangat penting dilakukan khususnya bagi keluarga yang memiliki anak, keluarga KADARZI akan rutin melakukan penimbangan anak sehingga anak akan selalu terpantau berat badannya dan secara langsung akan membantu meningkatkan status gizi anak di Indonesia. Berdasarkan fenomena di atas, maka perlu diadakan penelitian tentang Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak 1-4 tahun.

Rumusan Masalah pada penelitian ini adalah Apakah ada hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak 1-4 tahun?. Tujuan umum penelitian ini adalah diketahuinya hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak 1-4 tahun. Tujuan Khusus penelitian ini adalah mengidentifikasi pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di desa Bangunsari Kabupaten Madiun tahun 2017, mengidentifikasi status gizi pada anak 1-4 tahun di desa Bangunsari Kabupaten Madiun tahun 2017 serta menganalisa hubungan Antara Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan status gizi anak 1-4 tahun di desa Bangunsari Kabupaten Madiun tahun 2017.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Berdasarkan cara pengumpulan data termasuk jenis penelitian *observasional*. Berdasarkan data ada atau tidak ada perlakuan termasuk jenis penelitian *expost facto* (mengungkap fakta) dengan pendekatan prospektif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu balita yang berada di desa Bangunsari Kabupaten Madiun pada periode bulan April – Mei 2017 berjumlah 136 orang. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagian ibu balita yang berada di desa Bangunsari Kabupaten Madiun. Dalam pengambilan sample penelitian, peneliti memperhatikan kriteria inklusi, teknik pengambilan sampelnya menggunakan jenis *simple random sampling*, besar sampel dalam penelitian ini adalah 58 responden.

Instrumen yang digunakan pada variabel independent pelaksanaan KADARZI adalah Kuesioner terpimpin dan KMS. Instrumen yang digunakan pada variabel dependen status gizi adalah lembar tabel WHO-NCHS BB/U. Lokasi penelitian di desa bangunsari Kabupaten Madiun. Alasan pemilihan lokasi penelitian adalah karena tingginya masalah gizi di wilayah ini. Penelitian ini dilakukan pada April- Mei 2017. Analisa data yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* (KADARZI) dan *dependent* (status Gizi) dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan statistik *non parametric* yaitu menggunakan *spearman rank*.

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden berdasarkan umur anak

Distribusi frekuensi umur anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Tabel Karakteristik Responden berdasarkan umur anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Umur	Frekuensi	Persentase(%)
1	12 bln – 24bln	11	19,0
2	25 bln -36 bulan	28	48,3
3	37 bln- 48 bulan	19	32,8
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2012

Berdasarkan Tabel 1. diketahui bahwa umur anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 hampir setengahnya berusia antara 25 bulan-36 bulan, yaitu 28 anak (48,3 %). Hal ini menyatakan pada usia tersebut anak sudah tidak berada dalam masa penyapihan dan mulai mandiri dalam pemenuhan kebutuhan nutrisinya.

Karakteristik Responden berdasarkan Usia Orang Tua

Distribusi frekuensi usia orang tua responden di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2. Tabel Karakteristik Responden berdasarkan Usia orang tua di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Usia Orang Tua	Frekuensi	Persentase(%)
1	<20 tahun	5	8,6
2	20 – 35 tahun	35	60,3
3	> 35 tahun	18	31,0
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan Tabel 2. diketahui bahwa usia orang tua di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar berusia antara 20 tahun-35 tahun, yaitu 35 responden (60,3 %). Pada Periode usia dewasa awal responden selaku ibu cenderung aktif dalam mencari dan menerapkan informasi mengenai pemenuhan nutrisi pada anaknya dan perilaku sadar gizi dalam keluarga.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin anak

Distribusi frekuensi jenis kelamin anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3. Tabel Karakteristik Responden berdasarkan jenis kelamin anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Umur	Frekuensi	Persentase(%)
1	Laki-laki	22	37,9
2	Perempuan	36	62,1
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017.

Berdasarkan Tabel 3. diketahui bahwa jenis kelamin anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar berjenis kelamin perempuan, yaitu 36 anak (62,1 %). Perbedaan jenis kelamin ini berpengaruh terhadap hasil pengukuran status gizi pada anak. Anak perempuan pacu tumbuh lebih cepat dibandingkan pada anak laki-laki.

Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat pendidikan

Distribusi frekuensi Tingkat pendidikan orang tua responden di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. Tabel Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat pendidikan di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Tingkat pendidikan	Frekuensi	Persentase(%)
1	Dasar	12	20,7
2	Menengah	41	70,7
3	PT	05	8,6
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan Tabel 4. diketahui bahwa Tingkat pendidikan responden di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar berpendidikan Menengah, yaitu 41 responden (70,7%). Pada tingkat Pendidikan Menengah yaitu

SMP dan SMU responden cenderung mudah menerima informasi mengenai pemenuhan kebutuhan nutrisi dan perilaku sadar gizi pada anaknya.

Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan

Distribusi frekuensi Pekerjaan responden di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5. Tabel Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Pekerjaan Orang Tua	Frekuensi	Persentase(%)
1	Ibu Rumah Tangga	24	41,4
2	Petani	11	19
3	Swasta/Wiraswasta	18	31,0
4	PNS	5	8,6
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan Tabel 5. diketahui bahwa pekerjaan responden di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 hampir setengah dari responden adalah ibu rumah tangga, yaitu 24 responden (41,4 %). Ibu rumah tangga akan selalu berada didalam rumah sehingga waktu yang diberikan untuk memantau anak lebih banyak dibandingkan wanita yang bekerja.

Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di Desa Bangunsari Kab. Madiun Tahun 2017

Distribusi frekuensi Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 6. Tabel Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi	Frekuensi	Persentase(%)
1	Tidak dilaksanakan	0	0
2	Kurang	6	10,3
3	Baik	36	62,1
4	Baik sekali	16	27,6
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan Tabel 6. diketahui bahwa Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar baik, yaitu 36 responden (62,1 %). Pelaksanaan KADARZI dipengaruhi salah satunya faktor pengetahuan. Sebagian besar responden berpendidikan menengah hal ini memungkinkan responden memiliki pengetahuan dan informasi yang cukup dalam melaksanakan perilaku sadar gizi dalam keluarganya.

Status gizi Anak 1-4 tahun di Desa Bangunsari Kab. Madiun Tahun 2017

Distribusi Status gizi pada anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 7. Tabel Status gizi pada anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Status gizi	Frekuensi	Persentase(%)
1	Gizi lebih	3	5,2
2	Gizi baik	49	84,5
3	Gizi kurang	6	10,3
4	Gizi sangat kurang	0	0
Jumlah		58	100

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan Tabel 7. diketahui bahwa Status gizi pada anak di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar baik, yaitu 49 anak (84,5 %). Gizi baik dipengaruhi oleh salah satunya faktor pendidikan responden yang sebagian besar responden berpendidikan menengah sehingga pengetahuan yang dimiliki dianggap memadai untuk selalu melakukan pemenuhan gizi anaknya.

Hubungan antara pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi

Tabulasi silang pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI dengan Status gizi di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 8. Tabel Tabulasi silang pelaksanaan KADARZI dengan Status gizi di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Pelaksanaan KADARZI	Status Gizi								Frekuensi	
		Lebih		Baik		Kurang		Sangat kurang			
			%		%		%		%		%
1	Tidak dilaksanakan	0	0	0	0	0	0	-	-	0	0
2	kurang	0	0	0	0	6	10,3	-	-	0	0
3	Baik	3	5,2	33	56,9	0	0	-	-	36	62
4	Baik sekali	0	0	16	27,6	0	0	-	-	22	38
Jumlah		3	5,2	49	84,5	6	10,3	-	-	58	100
<i>p value</i> 0,001 < 0,05		<i>r</i> = 0,444									

Sumber: Data Primer Penelitian, 2017

Berdasarkan perhitungan data pada tabel 5.8 diketahui bahwa distribusi dari responden didapatkan sebagian besar status gizi anak baik yaitu 33 anak (56,9 %) dimana seluruhnya terjadi pada anak dengan pelaksanaan KADARZI baik dalam keluarganya.

Berdasarkan hasil analisa data dengan menggunakan *spearman rank*, antara variabel Pelaksanaan KADARZI dengan variabel status gizi anak diperoleh taraf signifikansi (probability) *p value* 0,001 dengan 0,05. Karena *p value* < , maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan antara pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi pada anak 1-4 tahun di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017. Dimana nilai *r* sebesar 0,444 dengan kekuatan hubungan sedang dan arah hubungan linier positif antara Pelaksanaan KADARZI dengan variabel status gizi pada anak 12-48 bulan di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017.

SIMPULAN

Pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar baik. Status gizi pada anak Anak 1-4 tahun di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 sebagian besar baik.

Ada Hubungan antara pelaksanaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Status Gizi Anak 1-4 tahun di Desa Bangunsari Kabupaten Madiun Tahun 2017 dengan kekuatan hubungan sedang dan arah hubungan positif.

DAFTAR PUSTAKA

- BAPPENAS. (2016). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium Indonesia 2010*. Terdapat pada: <http://www.gizi.depkes.go.id> .Tanggal akses 18 Maret 2017
- Depkes RI. (2016). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 747/Menkes/SK/VI/2007 Tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi Di Desa Siaga*. Terdapat pada: <http://www.gizi.depkes.go.id> . Tanggal akses 18 Maret 2017
- _____. (2016). *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI):* Terdapat pada. <http://www.gizi.depkes.go.id> . Tanggal akses 18 Maret 2017
- _____. (2016). *Pedoman Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Terdapat pada: <http://www.gizi.depkes.go.id> .Tanggal akses 4 April 2017
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. (2011). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Press
- Dinas Komunikasi dan Informatika Prov. Jatim. (2016). *Gizi Kurang Jawa Timur*. Terdapat pada: <http://www.jatimprov.go.id> .Tanggal akses 4 April 2017
- Supriasa, (2010). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- World Bank. (2011). *Upaya mengatasi masalah kelaparan dan kurang gizi*. Terdapat pada: <http://www.theprincessholiic.blogspot.com>. Tanggal akses 4 April 2017

HUBUNGAN KONSEP DIRI DAN METAKOGNITIF DENGAN PRESTASI BELAJAR DI AKBID UMMI KHASANAH

Nisa Ardhianingtyas¹⁾, Hayun Manudyaning Susilo²⁾
Akademi Kebidanan Muhammadiyah Madiun
Email: nisaardy182@gmail.com

ABSTRACT

Correlation of The Self-Concept and The Metakognition To Their Learning Achievement of Akbid Ummi Khasanah. Humans as organisms have the motivation to develop. The developments helped establish the views and feelings of the ability to achieve learning success. This research objective is: 1) To determine the correlation of the self-concept to learning achievement, 2) to determine the correlation of the metakognition to learning achievement, 3) to determine the correlation of the self-concept and the metakognition to learning achievement. The research type was an observational analytic with cross sectional approach. The research population was a students majoring in the Diploma III Program in Obstetrics of Akbid Ummi Khasanah of Bantul Yogyakarta and study sample were students of semester II. With the data collection techniques was using questionnaire and the result of Obstetrics Care I midterm test. Data analyzing was using the Kendall Tau and Logistic Regression Ordinal. The result of the research is there is a significant correlation of the self-concept to learning achievement, the value of sig. (2-tailed) <0.05 is $0.000<0.05$. There is a significant correlation of the metakognition to learning achievement, the value of sig. (2-tailed) <0.05 is $0.000<0.05$. There is a significant and positive correlation of the self-concept and metakognition to learning achievement, the value of sig. <0.05 and the estimate is positive.

Keywords : self-concept, metakognition, learning achievement

PENDAHULUAN

Prestasi belajar merupakan hal yang sangat penting dan menjadi salah satu tolok ukur keberhasilan pembelajaran. Prestasi belajar pada hakekatnya merupakan cerminan dari usaha belajar. Prestasi belajar adalah hasil yang telah dicapai setelah siswa mendapat pengajaran dalam waktu tertentu. Semakin baik usaha belajar semakin baik pula prestasi yang dicapai. Dengan kata lain, prestasi siswa merupakan cerminan kemampuan siswa dalam mempelajari suatu mata pelajaran (Slameto: 2010). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi prestasi belajar antara lain konsep diri dan metakognitif.

Konsep diri adalah pandangan dan perasaan kita tentang diri sendiri. Konsep diri seseorang dinyatakan melalui sikap dirinya yang merupakan aktualisasi

orang tersebut. Manusia sebagai organisme yang memiliki dorongan untuk berkembang yang pada akhirnya menyebabkan ia sadar akan keberadaan dirinya. Perkembangan yang berlangsung tersebut kemudian membantu pembentukan konsep diri individu yang bersangkutan. Perasaan individu bahwa ia tidak mempunyai kemampuan yang ia miliki. Padahal segala keberhasilan banyak bergantung kepada cara individu memandang kualitas kemampuan yang dimiliki. Pandangan dan sikap negatif terhadap kualitas kemampuan yang dimiliki mengakibatkan individu memandang seluruh tugas sebagai suatu hal yang sulit untuk diselesaikan. Sebaliknya pandangan positif terhadap kualitas kemampuan yang dimiliki mengakibatkan seseorang individu memandang seluruh tugas sebagai suatu hal yang mudah untuk diselesaikan. Konsep diri terbentuk dan dapat berubah karena interaksi dengan lingkungannya (Hariyanto, 2010).

Salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi pencapaian prestasi belajar adalah kemampuan berpikir kritis. Sedangkan kemampuan berpikir kritis digambarkan sebagai “proses aktif yang melibatkan peran yang dimainkan oleh metakognisi (berpikir tentang pemikiran sendiri)” (Fisher, 2010 dalam Afandi, 2012). Metakognisi berarti pengetahuan seseorang tentang proses kognitif dirinya sendiri dan hal-hal yang berhubungan dengannya, seperti pengetahuan tentang informasi dan data yang relevan (Setyono, 2008).

Pendekatan metakognitif memiliki banyak kelebihan jika digunakan sebagai alternatif pembelajaran untuk mengembangkan kemampuan berpikir kritis mahasiswa. Pandangan ini tentu saja berdasar, yakni dengan mengembangkan kesadaran metakognisinya, mahasiswa terlatih untuk selalu merancang strategi terbaik dalam memilih, mengingat, mengenali kembali, mengorganisasi informasi yang dihadapinya, serta dalam menyelesaikan masalah. Melalui pengembangan kesadaran metakognisi, mahasiswa diharapkan akan terbiasa untuk selalu memonitor, mengontrol dan mengevaluasi apa yang telah dilakukannya (Maulana, 2008). Untuk mencapai hasil belajar yang tinggi, maka sangat terkait dengan pengetahuan siswa tentang strategi-strategi belajar, penggunaannya yang tepat (Nugraha, 2011).

Prestasi belajar dalam penelitian ini adalah prestasi belajar mata kuliah Asuhan Kebidanan 1 (Askeb 1). Nilai mata kuliah Askeb 1 mahasiswa semester II DIII Kebidanan Ummi Khasanah angkatan tahun 2013/2014 adalah nilai A sebanyak 45%, nilai B sebanyak 52% dan nilai C sebanyak 3%. Angkatan tahun 2014/2015 adalah nilai A sebanyak 25%, nilai B sebanyak 65% dan nilai C sebanyak 10%. Angkatan tahun 2015/2016 adalah nilai A sebanyak 40%, nilai B sebanyak 47% dan nilai C sebanyak 12%. Berdasarkan dokumen nilai mahasiswa tersebut, banyak mahasiswa yang mengalami remedial untuk mencapai standart nilai yang diinginkan. Remedial yang dilakukan tidak hanya sekali, bahkan ada yang sampai 2 hingga 3 kali. Berdasarkan hasil wawancara dari beberapa mahasiswa angkatan tahun tersebut, sebagian besar mengaku bahwa mereka hanya belajar saat ada ujian dan masuk di akademi kebidanan karena keinginan orang tua.

Dari hasil studi pendahuluan, penulis menyimpulkan bahwa mahasiswa memiliki metakognitif dan konsep diri yang kurang. Selain itu, test harus dilaksanakan berulang-ulang untuk mendapatkan nilai yang sesuai standart.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti apakah ada hubungan antara konsep diri dan metakognitif dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta.

Berdasarkan latar belakang maka didapatkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Apakah ada hubungan konsep diri dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta?
2. Apakah ada hubungan metakognitif dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta?
3. Apakah ada hubungan konsep diri dan metakognitif dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta?

Penelitian ini mempunyai tujuan :

1. Mengetahui hubungan antara konsep diri dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta.
2. Mengetahui hubungan antara metakognitif dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta.

3. Mengetahui hubungan antara konsep diri dan metakognitif dengan prestasi belajar Askeb I mahasiswa DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2017 di Akademi Kebidanaan Ummi Khasanah yang berlokasi di Jl. Pemuda, Kecamatan Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian observasional analitik yaitu peneliti mencoba untuk mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat yang analisisnya untuk menentukan ada tidaknya hubungan antar variabel itu sehingga perlu disusun hipotesisnya (Noor, 2012).

Rancangan *cross sectional* yaitu rancangan penelitian yang pengukuran atau pengamatannya dilakukan pada satu saat atau sekali waktu (Hidayat, 2007).

Populasi yang akan diteliti adalah mahasiswa semester II DIII Kebidanan Akbid Ummi Khasanah Bantul Yogyakarta dan sampelnya adalah 40 mahasiswa. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *proporsional random sampling*.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah konsep diri dan metakognitif, sedangkan variabel terikat adalah prestasi belajar. Semua variabel menggunakan skala data ordinal. Alat ukur yang digunakan adalah kuisioner.

Uji validitas untuk mengukur konsep diri dan metakognitif menggunakan teknik *Product Moment* karena data tipe skala pengukuran yang digunakan adalah skala *Likert* (Azwar, 2010). Uji Reliabilitas untuk mengukur konsep diri dan metakognitif menggunakan rumus *Alpha Cronbach*.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan SPSS (*Software Statistical Program Social Science*). Analisis bivariat ini menggunakan *Kendall Tau* (), datanya berbentuk ordinal dengan jumlah sampel lebih dari sepuluh (Sugiono, 2007). Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ordinal (Ghozali, 2009).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Konsep Diri

Kategori	Frekuensi	Persentase
Baik	20	50
Cukup	19	47,5
Kurang	1	2,5
Total	40	100

Berdasarkan tabel di atas konsep diri terbanyak adalah mahasiswa yang memiliki konsep diri tinggi yaitu sebanyak 20 responden (50%). Berdasarkan hasil kuesioner konsep diri yaitu sebagian besar responden sangat mengetahui kelemahan dan kelebihan yang ada pada dirinya.

Seorang anak yang memiliki konsep diri yang positif, ia adalah orang yang dapat memahami kelemahannya dan menerima keterbatasannya (Hardjasuganda, 2008).

Konsep diri merupakan bagian dari masalah kebutuhan psikososial yang tidak didapat sejak lahir, akan tetapi dapat dipelajari sebagai hasil dari pengalaman seseorang terhadap dirinya (Hidayat, 2008).

Sebagian besar mahasiswa mengatakan bahwa mereka masuk di akademi kebidanan karena keinginan orang tua. Tetapi setelah mengikuti pendidikan, responden telah menyukai keberadaannya sekarang ini dan mudah bergaul serta akrab satu antara mahasiswa satu dengan lainnya, berarti responden memiliki kemampuan penguasaan lingkungan yang baik.

Perasaan diakui dan berharga bagi lingkungan sosial, termasuk lingkungan pembelajaran, merupakan salah satu unsur untuk memperkuat konsep diri yang baik/positif (Hardjasuganda, 2008).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Metakognitif

Kategori	Frekuensi	Persentase
Tinggi	23	57,5
Sedang	16	40
Rendah	1	2,5
Total	40	100

Berdasarkan tabel di atas metakognitif terbanyak adalah mahasiswa yang memiliki metakognitif tinggi yaitu sebanyak 23 mahasiswa (57,5%). Berdasarkan hasil kuesioner dapat dilihat bahwa responden mengetahui strategi yang tepat dan efisien dalam belajar. Strategi tersebut bertujuan untuk memudahkan responden dalam memahami pengetahuan yang didapatkan dalam belajar.

Bagi siswa yang memiliki metakognisi tinggi berupaya mempelajari hal-hal yang akan menjadi kegiatan belajarnya dengan mudah dan mendapat hasil tinggi, mengetahui dan menggunakan strategi yang tepat, efisien, sesuai dengan kondisi dalam rangka untuk mencapai tujuan belajar (Abdullah, 2012).

Tabel 3. Hubungan Konsep Diri dengan Prestasi Belajar Askeb I

			Konsep Diri	Prestasi Belajar
		<i>Correlation Coefficient</i>	1.000	.578**
	Konsep Diri	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.	.000
Kendall's tau_b		N	40	40
		<i>Correlation Coefficient</i>	.578**	1.000
	Prestasi Belajar	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.000	.
		N	40	40

Tabel di atas menunjukkan nilai sig. (2-tailed) atau probabilitas (p) adalah 0,000. Taraf signifikansi adalah 5% (0,05). Oleh karena nilai $p < 0,05$ maka dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konsep diri dengan prestasi belajar.

Sesuai dengan teori bahwa pandangan positif terhadap kualitas kemampuan yang dimiliki mengakibatkan seseorang individu memandang seluruh tugas sebagai suatu hal yang mudah untuk diselesaikan (Hariyanto, 2010).

Mahasiswa yang memiliki pengetahuan dan penilaian yang positif terhadap diri sendiri akan mendorong dirinya untuk belajar sehingga memungkinkan dia untuk meraih prestasi belajar yang sesuai dengan harapan (Karle, 2011).

Beberapa penelitian terdahulu juga mempunyai kesimpulan ada hubungan yang signifikan antara konsep diri dengan prestasi belajar, dengan signifikansi 0,000

($0,000 < 0,05$) (Palupi, 2010). Ada hubungan positif yang signifikan antara konsep diri dengan prestasi belajar (Lestari, 2012).

Tabel 4. Hubungan Metakognitif dengan Prestasi Belajar Askeb I

		Metakognitif	Prestasi Belajar	
Kendall's tau_b	Metakognitif	<i>Correlation Coefficient</i>	1.000	
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.593**	
		N	40	
	Prestasi Belajar	<i>Correlation Coefficient</i>	.593**	1.000
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.000	.
		N	40	40

Tabel di atas menunjukkan nilai sig. (2-tailed) atau probabilitas (p) adalah 0,000. Taraf signifikansi adalah 5% (0,05). Oleh karena nilai $p < 0,05$ maka dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara metakognitif dengan prestasi belajar.

Sesuai teori bahwa metakognisi dalam belajar memiliki hubungan positif dengan peningkatan hasil belajar. Semakin tinggi siswa menerapkan berbagai dimensi metakognisi dalam kegiatan belajar, maka semakin tinggi pula hasil belajar diraihinya. Sebaliknya semakin rendah siswa menerapkan berbagai dimensi metakognisi dalam belajar, maka semakin rendah pula hasil belajar didupatkannya (Abdullah, 2012).

Untuk mencapai hasil belajar yang tinggi, maka sangat terkait dengan pengetahuan siswa tentang strategi - strategi belajar, penggunaannya yang tepat. Metakognisi dapat diajarkan, dipelajari, dan ditingkatkan dengan cara mempelajari strategi belajar, mengetahui tujuan mata pelajaran, mengasah kemampuan, menganalisis pengaruh strategi belajar yang digunakan, dan kemampuan monitor strategi-strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan belajarnya (Nugraha, 2011).

Didapatkan kesimpulan dari penelitian terdahulu bahwa hasil analisa data menunjukkan hubungan statistik yang signifikan antara kemampuan metakognitif dengan prestasi (Hayati, 2010).

Pada tabel *Model Fitting Information* terdapat $-2 \text{ Log Likelihood}$, yaitu untuk *intercept only* dan untuk *final* (dengan semua variabel bebas). Selisih dari kedua nilai tersebut adalah sebesar $50,934 - 26,235 = 24,699$ yang merupakan nilai *Chi-Square*. Tabel tersebut menunjukkan bahwa nilai *Chi-Square* tersebut mempunyai nilai signifikansi sebesar 0,000. Pada tabel *Goodness of Fit* nilai *Chi-Square-Pearson* adalah sebesar 65,033 dengan taraf signifikansi sebesar 0,000. Nilai taraf signifikansi kurang dari 0,05 yang menunjukkan bahwa model fit dengan data.

Uji kesesuaian statistik juga dapat diberikan dengan nilai *Pseudo R-square*. Nilai ini mengadopsi nilai koefisien determinasi pada regresi berganda, yang menunjukkan seberapa besar kemampuan variabel bebas menjelaskan varians response. Terdapat tiga buah nilai *Pseudo R-Square*, dengan nilai terbesar adalah Nagelkerke yaitu sebesar 0,556. Apabila dirubah ke dalam bentuk persentase menjadi 56%, sehingga dapat dinyatakan bahwa kontribusi konsep diri dan metakognitif secara bersama-sama terhadap prestasi belajar sebesar 56%.

Tabel 5. *Parameter Estimates*

		<i>Estimate</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Wald</i>	df	Sig.	95% <i>Confidence Interval</i>	
							<i>Lower Bound</i>	<i>Upper Bound</i>
<i>Threshold</i>	[Prestasi Belajar=1.00]	7.678	2.523	9.262	1	.002	2.733	12.622
	[Prestasi Belajar=2.00]	11.129	2.974	14.000	1	.000	5.299	16.958
<i>Location</i>	Konsep Diri	2.478	.828	8.955	1	.003	.855	4.102
	Metakognitif	2.150	.786	7.482	1	.006	.609	3.691

Berdasarkan tabel *Parameter Estimates*, maka pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat adalah sebagai berikut:

Konsep diri memberikan nilai signifikansi (p) sebesar 0,003. Karena $p < 0,05$ maka konsep diri mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap prestasi belajar. Nilai *estimate* adalah sebesar 2,478 yang menunjukkan bahwa pengaruh tersebut adalah positif. Artinya semakin tinggi *konsep diri*, maka probabilitas prestasi belajar juga akan semakin tinggi, dan sebaliknya.

Metakognitif memberikan nilai signifikansi (p) sebesar 0,006. Karena $p < 0,05$ maka metakognitif mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap prestasi belajar. Nilai *estimate* adalah sebesar 2,150 yang menunjukkan bahwa pengaruh tersebut adalah positif. Artinya semakin tinggi *metakognitif*, maka probabilitas prestasi belajar juga akan semakin tinggi, dan sebaliknya.

SIMPULAN

Ada hubungan yang positif dan signifikan antara konsep diri dengan prestasi belajar Askeb 1. Ada hubungan yang positif dan signifikan antara metakognitif dengan prestasi belajar Askeb I. Ada hubungan yang signifikan antara konsep diri dan metakognitif secara bersama-sama dengan prestasi belajar Askeb I.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, R. (2012). *Metakognisi Dalam Belajar*. <http://aceh.tribunnews.com/2017/03/07/metakognisi-dalam-belajar>. Diakses tanggal 26 Mei 2017
- Afandi, (2012). Pembelajaran Biologi Menggunakan Pendekatan Metakognitif Melalui Model Reciprocal Learning Problem Based Learning Ditinjau Dari Kemandirian Belajar Dan Kemampuan Berpikir Kritis Mahasiswa. *Jurnal Inkuiri ISSN: 2252-7893, Vol 1, No 2, 2012 (hal 86-92)*
- Azwar, S. (2008). *Reliabilitas dan Validitas*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- _____. (2010). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- _____. (2011). *Tes Prestasi Fungsi dan Pengembangan Pengukuran Prestasi Belajar*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Desmita. (2009). *Psikologi Perkembangan*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya
- Ghozali, I. (2009). *Aplikasi Multivariate Dengan Program SPSS*. Semarang : Universitas Diponegoro
- Hardjasuganda, D. (2008). Pengembangan Konsep Diri yang Positif pada Siswa SD Sebagai Dampak Penerapan Umpan Balik (Feedback) dalam Proses Pembelajaran Penjas. *Jurnal Pendidikan Dasar Nomor : 9-April 2008*
- Hariyanto. (2010). *Pengertian Konsep Diri*. <http://belajarpsikologi.com/pengertian-konsep-diri/>. Diakses tanggal 26 Mei 2017.

- Hidayat, A. (2007). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Karle, P. (2010). *Hubungan Antara Konsep Diri, Efikasi Diri, dan Sikap Ilmiah Dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Semester VI Program Studi Bimbingan dan Konseling FKIP UNISRI Surakarta*. Tesis S2 Program Studi Teknologi Pendidikan UNS. Surakarta.
- Maulana. (2008). Pendekatan metakognitif sebagai alternatif pembelajaran matematika untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis mahasiswa PGSD. *Jurnal Pendidikan Dasar Nomor: 10 Oktober 2008*
- Noor, J. (2012). *Metodologi Penelitian Skripsi, Tesis, Disertasi & Karya Ilmiah*. Jakarta : Kencana
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Nugraha, A. (2011). Pengembangan Perangkat Pembelajaran Matematika Dengan Pendekatan Metakognitif Berbasis Humanistik Untuk Menumbuhkan Berpikir Kritis Siswa Pada Materi Himpunan Kelas VII. *Jurnal PP Volume 1, No. 1, Juni 2011*
- Palupi. (2010). *Hubungan Konsep Diri dan Kebiasaan Dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Akademi Kebidanan Mitra Husada Karanganyar Pada Mata Kuliah Askeb II*. Tesis S2 UNS. Surakarta
- Rakhmat, J. (2008). *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakara
- Setyono. (2008). *Metakognitif Dalam Pemecahan Masalah*. <http://setyono.blogspot.com/2008/12/metakognitif-dalam-pemecahan-masalah.html>. Diakses tanggal 26 Mei 2017
- Sugiyono. (2007). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfa Beta

HUBUNGAN PEMBERIAN KIE DENGAN PENGETAHUAN NUTRISI MASA NIFAS DI PUSKESMAS KEDUNGDUNG SAMPANG

Nurun Nikmah
STIKES Insan Se Agung
Email: nurunx@yahoo.co.id

ABSTRACT

The postpartum period is an important period in the life of a mother, especially during the first puerperium. Adequate nutrition and quality consumed by postpartum mothers greatly affect health. This study aims to determine the relationship of providing KIE (Communication, Information, and Education) with nutrition knowledge during the puerperium. This type of research is analytic, with the population is 38 trimester III pregnant women, Samples counted 35 people with simple random sampling technique. The independent variable is the provision of KIE and the dependent variable is the puerperal nutrition knowledge. Methods of data collection using questionnaire and analyzed using spearman's rho statistical test with $\alpha = 0.05$. The results showed that the samples given KIE as much as 51.4% and that is not given KIE of 48.6%. Good knowledge 42.9%, enough 14.3%, and less 42.9%. The result of statistic test shows that $p < \alpha$ is (0.0001 < 0.05) which means that there is a relationship of KIE with knowledge about postpartum nutrition.

Keywords: Knowledge, Nutrition, Puerperium, Communication

PENDAHULUAN

Masa nifas atau masa *puerperium* dimulai sesudah plasenta lahir dan berakhir ketika semua kandungan kembali seperti semula atau seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kurang dari 6 minggu atau 42 hari, waktu tersebut untuk memulihkan alat kandungan pada keadaan yang normal.¹ Kembalinya alat-alat kandungan pada keadaan seperti semula atau sebelum hamil di perlukan kandungan gizi atau nutrisi yang cukup dan berkualitas bagi ibu. Makanan yang di konsumsi pada masa nifas harus bermutu atau berkualitas, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makanan yang dimakan harus mengandung sumber tenaga, sumber pembangun, sumber pangatur, dan pelindung. Makanan yang di konsumsi berguna untuk melakukan aktifitas, Metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi Air Susu Ibu (ASI). Pemenuhan gizi pada masa nifas bisa di lakukan dengan pengaturan pola makan atau diet.²

Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi mencegah konstipasi dan untuk memulai proses laktasi. asupan kalori yang dibutuhkan per-hari 500 kalori dan dapat di tingkatkan sampai 2700 kalori. Asupan cairan per-hari ditingkatkan sampai 3000 ml dengan asupan susu 1000 ml. Suplemen zat besi dapat diberikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah kelahiran. Gizi ibu nifas dibutuhkan untuk memproduksi ASI dan memulihkan kesehatan ibu.³

Masa nifas merupakan masa yang penting dalam periode hidup seorang ibu, terlebih pada masa nifas yang pertama. Dalam masa ini seorang ibu mengalami berbagai macam perasaan : bahagia karena berhasil mempunyai anak, namun ada kalanya muncul perasaan bingung dengan tanggung jawabnya yang baru. Dengan berbagai perubahan pada masa nifas meliputi fisik, psikologis, dan peran social, tidak tertutup kemungkinan ia akan mengalami stress karena proses adaptasi. Dari fakta ini, kiranya bidan dapat menjadi pendamping ibu, menempatkan diri sebagai teman terdekat yang dijakan sebagai tempat bertanya dan mencurahkan perasaan.

Pada ibu nifas, makanan yang bergizi dan sesuai porsi akan menyebabkan ibu dalam keadaan sehat dan segar. Ibu nifas yang biasanya memiliki budaya pantang makan seperti telur, ayam dan daging akan mempengaruhi proses kesembuhan ,misalnya ibu nifas setelah makan telur lalu jahitannya gatal – gatal dianggap telur adalah penyebab gatal pada luka jahitan, tidak boleh makan ikan, telur dan daging supaya jahitan cepet sembuh⁵

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan pengambilan data awal di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang pada bulan januari tahun 2016 sebanyak 38 ibu hamil trimester III. Berdasarkan survey pendahuluan juga dilakukan kepada 10 ibu nifas, dimana 60% mempunyai pengetahuan kurang terhadap nutrisi pada masa nifas.

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) adalah proses interaksi dua arah dalam rangka penyampaian informasi antara komunikator (pemberi informasi, dalam hal ini adalah bidan) dan komunikasi (yang menerima informasi, yaitu pasien) dengan materi informasi yang berkaitan dengan ibu nifas dan bertujuan untuk peningkatan pengetahuan melalui metode pendidikan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian

Dalam penelitian ini metode yang akan digunakan adalah metode analitik yaitu menjelaskan beberapa jauh konstitusi faktor resiko tertentu terhadap adanya suatu kejadian tertentu atau efek. Pendekatan yang digunakan adalah Pre experimental yaitu salah satu bentuk desain penelitian eksperimen yang memanipulasi variabel bebas ikut berpengaruh terhadap bentuknya variabel terikat.

Populasi

Jumlah populasi pada penelitian semua ibu hamil trimester III di Puskesmas kedungdung sebanyak 38 responden yang didapatkan pada bulan Mei 2016 dengan kriteria sebagai berikut: Ibu hamil trimester III periksa di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten sampang dan Ibu hamil trimester III yang bersedia menjadi responden.

Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah 35 ibu hamil trimester III di Puskesmasmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang.

Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel yang di gunakan adalah Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *simple random sampling*.

Variabel Penelitian

Variabel Independen dalam penelitian ini adalah KIE dan Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah Pengetahuan tentang nutrisi nifas.

Pengumpulan Data

Instrumen data atau alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti dalam pengumpulan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik sehingga mudah diolah Instrument dalam penelitian ini adalah kuesioner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1) Distribusi Frekuensi Usia Ibu

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Usia Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Kedungdung pada bulan juli 2016

Umur (Tahun)	Jumlah	Persentase (%)
< 20	11	31,5
20-30	18	51,4
>30	6	17,1
Total	35	100

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan sebagian besar ibu hamil berusia 20-30 tahun, yaitu 18 orang (51,4%).

2) Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang pada Bulan Juli 2016

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
SD	17	48,6
SMP	10	28,5
SMA	8	22,9
Total	35	100

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa mayoritas ibu hamil trimester III berpendidikan SD yaitu sebanyak 17 orang (48,6%).

3) Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang pada bulan juli 2016

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
IRT	12	34,3
Petani	15	42,9
Swasta	8	22,8
Total	35	100

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil trimester III bekerja sebagai petani sebanyak 15 orang (42,9%).

4) Distribusi Frekuensi Jumlah Anak

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Jumlah Anak di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang.

Jumlah Anak	Jumlah	Persentase (%)
1	15	42,9
2	9	25,7
3	11	31,4
Total	35	100

Berdasarkan tabel 4 hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa sebagian besar jumlah anak ibu sebanyak 1 anak, yaitu 15 orang (42,9%).

5) Pengetahuan ibu hamil trimester III tentang nutrisi masa nifas sebelum KIE

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Hamil Trimester III Sebelum Diberikan KIE di Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang.

Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	6	17,2
Cukup	11	31,4
Kurang	18	51,4
Total	35	100

Berdasarkan Tabel 5 di ketahui bahwa sebagian besar pengetahuan ibu hamil trimester III tentang Nutrisi masa nifas adalah kurang, yaitu sebanyak 18 orang (51,4%).

6) Pengetahuan ibu hamil trimester III tentang nutrisi masa nifas sesudah KIE

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Hamil Trimester III Sesudah Diberikan KIE Di Kedungdung Kabupaten Sampang.

Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	18	51,4
Cukup	9	25,7
Kurang	8	22,9
Total	35	100

Berdasarkan Tabel 6 di ketahui bahwa sebagian besar pengetahuan ibu hamil trimester III tentang Nutrisi masa nifas adalah baik,yaitu sebanyak 18 orang (51,4%).

Uji Statistik Koefisien *contingency*

Dari hasil *Spearman's Rho Test* didapat nilai $p=0,0001$ ($p < 0,05$) berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima. Hal ini menunjukkan ada hubungan pengetahuan tentang nutrisi masa nifas pada ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah diberikan KIE di puskesmas kedungdung kecamatan kedungdung kabupaten sampang.

B. PEMBAHASAN

Perbedaan Pengetahuan Tentang Nutrisi Masa Nifas Pada Ibu Hamil Trimester III Sesudah Diberikan KIE di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten sampang.

Berdasarkan tabel 6 setelah diberikan KIE, lebih dari setengah ibu hamil trimester III di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang mempunyai pengetahuan yang baik tentang nutrisi masa nifas yaitu sebanyak 18 orang (51,4%). Hal ini menunjukkan bahwa adanya peningkatan pengetahuan ibu hamil trimester III tentang nutrisi masa nifas. Dari hasil *Spearman's Rho Test* didapat nilai $p=0,0001$ ($p <$) dengan demikian ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan KIE. Hal ini bisa terjadi dikarenakan pada saat pemberian KIE terdapat perpindahan informasi dari pemberi informasi kepada responden melalui penyuluhan.⁵⁻⁸

Penyuluhan atau pendidikan adalah kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu melalui peningkatan informasi sehingga sasaran pendidikan dapat berdiri sendiri. Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan meskipun seseorang tersebut memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika seseorang tersebut mendapat informasi yang benar maka hal itu akan meningkatkan pengetahuan yang sesuai dengan hasil penelitian ini bahawa pemberian KIE yang diberikan melalui penyuluhan kesehatan

tentang nutrisi masa nifas pada ibu hamil trimester III dapat memberikan tambahan pengetahuan bagi ibu hamil.⁹

Menurut hasil penelitian dapat dikatakan bahwa semakin sering diberikan KIE maka pemahaman dan pengetahuan ibu semakin bertambah dengan pengetahuan ibu tentang nutrisi masa nifas, sehingga diharapkan tenaga kesehatan lebih sering memberikan KIE tentang nutrisi masa nifas agar supaya ibu yang hamil trimester III dapat menambah wawasan yang lebih luas tentang nutrisi masa nifas.

Berdasarkan beberapa fakta yang telah dijelaskan diatas, usia, pendidikan, pengalaman, dan pekerjaan dapat mempengaruhi pengetahuan ibu hamil trimester III. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang di dapat tentang nutrisi masa nifas. pengetahuan sangat erat kaitannya dengan informasi, dan diharapkan semakin banyak informasi yang di dapat maka akan semakin banyak pulala pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang memiliki informasi yang rendah atau kurang tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. dari pengalam yang pernah dirasakan, biasanya dapat dikembangkan atau mempengaruhi pengetahuan ibu dalam mengambil keputusan. Namun pengalaman yang tidak didasari dengan informasi yang benar atau kurangnya informasi yang lengkap dapat berdampak negative terhadap pengambilan keputusan ibu.

Sebelum dilaksanakan KIE, faktor yang mempengaruhi tentang nutrisi masa nifas, yaitu karena latar belakang budaya setempat yang meliputi kebiasaan dan kepercayaan masyarakat sekitar: Latar belakang budaya setempat yang sudah menjadi kebiasaan untuk tidak mengkonsumsi makanan yang berbau amis seperti telur . Kebiasaan seperti itu sudah sejak dahulu diterapkan sehingga para sesepuh mereka menganjurkan kepada anak dan cucu mereka untuk tidak mengkonsumsi makanan yang dilarang. Jadi kebiasaan seperti itu selalu di terapkan oleh masyarakat atau warga secara turun temurun sampai saat ini.

Setelah dilaksanakan KIE, para ibu hamil yang trimester III mulai memahami tentang kebutuhan Nutrisi Pada Masa Nifas. Selain itu ibu hamil juga dapat memahami tentang bahwa melakukan pantang makan tidak baik untuk penyembuhan dirinya setelah melahirkan bayinya.

SIMPULAN

Simpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil trimester III diberikan KIE sebesar 51,4%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pengetahuan tentang nutrisi masa nifas pada ibu hamil trimester III adalah kurang yaitu 42,9% dan baik yaitu 42,9%. Ada hubungan antara pemberian KIE dengan pengetahuan tentang nutrisi masa nifas pada ibu hamil trimester III di Puskesmas Kedungdung Kecamatan Kedungdung Kabupaten Sampang.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati E.R, Wulandari,D. (2010) . *Asuhan kebidanan nifas* .Yogyakarta : Nuha Offset
- Waryana. (2010). *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*.Jakarta : EGC.
- Mas'adah, Sukei. (2010). *Jurnal Ilmiah Hubungan Antara Kebiasaan Berpantang Makanan Tertentu dengan Penyembuhan Luka Perinium Pada Ibu Nifas*.Surabaya:Prodi Kebidanan Poltekes Dr.Sutomo.Jurnal Ilmiah.
- Notoatmodjo, S. (2010) . *Metodologi Penelitian Kesehatan* .Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008).*Pendekatan Praktis Metodologi Riset*, Jakarta : Sagung Seto.
- Riwidikdo, H. (2009). *Statistik untuk Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Pustaka Rihana.
- Saryano. (2010). *Metode Penelitian Kebidanan D3, D4, S1 & S2*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat:Ilmu dan Seni* .Jakarta : Rineka Cipta.

**EFEKTIFITAS PROMOSI KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
DAN SIKAP WANITA TERHADAP IVA TEST DI WILAYAH
PUSKESMAS SUKOHARJO 1 TAHUN 2016**

Warni Fridayanti,
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: *nesyaque@gmail.com*

ABSTRACT

Cervical cancer is a disease with the highest prevalence in women in the world that causes death. Nearly 80% of cervical cancer cases are in developing countries. In Indonesia, 80% - 90% of patients with cervical cancer are usually difficult to cure because they come to the health care with more than 70% are in advanced stage. Lack of knowledge and awareness in women about early detection of cervical cancer is one of the main factors. Health promotion is needed to improve the women's knowledge to increase the women's awareness about early detection of cervical cancer. Quasi-experimental study with pretest-posttest randomize design was used. Sample in this study 96 respondents. The study was conducted in October 2016. Data analysis included univariate, bivariate test analisis wilcoxon and mann Whitney. Results showed significant differences between before and after the health promotion using leaflets in knowledge (0.002), attitude (0.003), and there were also significant differences between before and after health promotion through motivation from community leaders in knowledge (0.000), attitude (0.000). There were also significant differences between the health promotion using leaflets and the health promotion through motivation from community leaders in knowledge (0.000) and attitude (0.002).

Keywords: *Health Promotion; Knowledge; Attitude; IVA test*

PENDAHULUAN

Kanker serviks adalah jenis kanker kedua setelah kanker payudara yang paling umum diderita oleh perempuan dan diperkirakan ada sekitar 1,4 juta penderita di seluruh dunia. Hampir 80% kasus kanker serviks berada di negara-negara yang sedang berkembang (Rasjidi, 2009). Di negara berkembang termasuk Indonesia, 80% - 90% penderita kanker seviks biasanya sulit disembuhkan karena mereka datang ke pelayanan kesehatan (rumah sakit) lebih dari 70% dengan kondisi yang sudah dalam stadium lanjut (WHO,2009).

Di Indonesia pada tahun 2013 penyakit kanker serviks merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi, yaitu sebesar 0,8 %. Propinsi dengan prevalensi

kasus kanker tertinggi adalah Jawa Timur sebanyak 21.313 jiwa dan Jawa Tengah 19.734 jiwa (Riskesdas, 2013).

Masih tingginya insiden kanker serviks di Indonesia disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya kesadaran wanita yang sudah menikah/ melakukan hubungan seksual dalam melakukan deteksi dini masih rendah (kurang dari 5 %) (Susilowati dan Dwiana 2014), rasa takut apabila hasilnya menyatakan terkena gejala kanker serviks sehingga mereka lebih memilih untuk menghindarinya, disamping itu rasa malu dan khawatir untuk menjalani deteksi dini juga mempengaruhinya (Arcan, 2004). Kondisi tersebut karena kurangnya pengetahuan dan informasi tentang penyakit kanker, khususnya upaya deteksi dini kanker serviks, faktor lain yaitu persoalan biaya, sehingga keterlambatan diagnosis kanker serviks sering terjadi (Manuaba, 2008).

Program penanggulangan kanker, WHO merekomendasikan penggunaan metode *down staging* dalam melakukan deteksi dini pra kanker serviks dinegara berkembang yaitu melalui peningkatan kewaspadaan dan pengetahuan masyarakat tentang kanker termasuk didalamnya inspeksi visualisasi dengan menggunakan asam asetat (IVA test) (WHO, 2014).

Metode IVA test ini sudah banyak digunakan seperti di puskesmas, bidan praktik mandiri, rumah sakit. Metode IVA lebih mudah, lebih sederhana, lebih murah dan mampu untuk dilaksanakan, sehingga skrining dapat dilakukan dengan cakupan lebih luas dan diharapkan temuan kanker serviks dini akan bisa lebih banyak (Rasjidi, 2012).

Informasi deteksi dini kanker servik sangat diperlukan oleh ibu untuk melaksanakan deteksi dini, selain itu untuk melakukan deteksi dini dibutuhkan kesadaran dari kaum wanita, hal ini diperkuat oleh hasil penelitian Andiono (2004) yang berpendapat bahwa pengetahuan dan kesadaran wanita yang berkaitan dengan kanker leher rahim sangat penting terutama pada wanita yang sudah kawin, karena semua wanita beresiko terjadinya kanker yang menyerang organ utama. Informasi bisa didapat dari berbagai media elektronik, media cetak, penyuluhan oleh tenaga kesehatan atau tenaga nonformal.

Penyebarluasan informasi tentang kanker serviks dan deteksi dini adalah dengan melakukan promosi kesehatan. Promosi kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai metode yang mudah diterima oleh masyarakat salah satunya adalah promosi kesehatan dengan menggunakan media seperti leaflet, poster, audio visual. Melihat dari sifat masyarakat Indonesia sangat terpengaruh dengan individu lain, maka penting juga adanya motivasi dari pihak yang kuat dalam suatu komunitas untuk mengajak masyarakat sadar akan pentingnya kesehatan (Tjahjowati *et al* (1997) dalam Sarawati (2011)).

Berdasarkan survey pendahuluan yang penulis lakukan, dari jumlah penduduk wanita rentan usia 20-50 tahun di wilayah puskesmas Sukoharjo I kurang dari 5% saja yang melakukan pemeriksaan IVA test, padahal sasaran ketercapaian minimal menurut dinas kesehatan Kabupaten Wonosobo adalah 10%. Rendahnya angka kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini kanker serviks salah satunya dikarenakan kurangnya promosi kesehatan terhadap masyarakat tentang IVA test, oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Efektifitas promosi kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap tentang deteksi dini kanker serviks melalui IVA test pada wanita usia 20-59 tahun di Puskesmas Sukoharjo I”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *pretest-posttest randomize design*. Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia 20-59 tahun di wilayah Puskesmas Sukoharjo I tahun 2016 yang berjumlah 1963 orang. Besar sampel dalam penelitian ini 96 responden. Teknik sampel yang digunakan adalah *simple random sampling*. Penelitian dilakukan pada bulan September-Oktober 2016. Pengambilan data dilakukan dengan kuisioner dan lembar observasi. Analisis data meliputi analisis univariat, analisis bivariat dengan *wilcoxon* dan *uji mann whitney*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Analisis perbedaan efektifitas promosi kesehatan dengan leaflet dan motivasi oleh tokoh masyarakat terhadap sikap.

No	Variabel	Leaflet				P	Motivasi Tokoh Masyarakat				P	P
		Pre		Post			Pre		Post			
		F	%	f	%		F	%	f	%		
1	Pengetahuan					0.002					0.000	0.000
	Rendah	4	8.3	3	6.2		0	0	1	2.1		
	Sedang	28	58.3	17	35.4		26	54.2	3	6.2		
	Baik	16	33.3	28	58.3		22	45.8	44	91.7		
2	Sikap					0.003					0.000	0.002
	Kurang	0	0	1	2.1							
	Cukup	36	75.0	22	45.8		33	68.8	9	18.8		
	Baik	12	25.0	25	52.1		15	31.2	39	81.2		

Pada Tabel 1. dapat diketahui bahwa dari 48 responden sebelum diberikan promosi kesehatan menggunakan leaflet sebagian besar memiliki pengetahuan tentang deteksi dini kanker serviks melalui IVA test dalam kategori sedang yaitu 28 responden (58,3%) dan sesudah promosi kesehatan dengan menggunakan leaflet sebagian besar memiliki pengetahuan tentang deteksi dini kanker serviks dengan IVA test dalam kategori baik yaitu 28 responden (58,3%).

Melihat hasil penelitian yang didapatkan dari penelitian mengenai keefektifan metode promosi kesehatan sebagian besar pengetahuan, sikap dan perilaku pada wanita usia 20-59 tahun setelah diberi promosi kesehatan dengan menggunakan leaflet mengalami peningkatan. Peningkatan yang signifikan tersebut dikarenakan adanya paparan media atau sumber informasi yaitu promosi kesehatan dengan leaflet yang tepat sasaran, mengenai deteksi dini kanker serviks dan IVA test sehingga membuat pengetahuan pada wanita bertambah dalam pencegahan kanker serviks menjadi lebih baik. Penggunaan leaflet sudah efektif dalam meningkatkan pengetahuan pada masyarakat, dikarenakan leaflet bisa dibawa kemana-kemana, dibaca oleh siapa saja dan kapan saja. Pengetahuan seseorang sangat dipengaruhi oleh informasi, pengalaman dan pendidikan responden.

Terjadinya peningkatan jumlah responden dengan pengetahuan lebih baik dalam penelitian ini menegaskan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa

faktor yaitu faktor internal seperti umur , jenis kelamin dan intelegensia dan faktor eksternal meliputi pendidikan, paparan media massa, ekonomi, hubungan sosial dan pengalaman (Latipun, 2001). Adanya paparan media atau sumber informasi yang tepat mengenai kanker serviks dan IVA test sehingga membuat pengetahuan pada wanita akan pencegahan kanker serviks menjadi lebih baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Interis, *et al* (2015) yaitu terjadinya peningkatan yang signifikan secara statistik dari *pre-test* ke *post-test* dalam persentase pengetahuan tentang kanker serviks pada wanita di Jamaika sebesar 62 % setelah diberikan intervensi pengetahuan tetntang kanker serviks selama 6 bulan. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Anggraini (2014) dimana didapatkan hasil dari keseluruhan responden yang menjadi sampel sebanyak 77 responden, terdapat 61 responden (79,3%) memiliki pengetahuan kanker serviks yang baik.

Peningkatan pengetahuan tentunya berpengaruh terhadap sikap dan perilaku, dengan perubahan sikap pada responden menunjukkan bahwa pemberian promosi kesehatan dengan leaflet sangat bermanfaat sehingga dapat mendorong masyarakat untuk berperilaku kesehatan menjadi lebih baik.

Seperti yang dikemukakan oleh Azwar (2010) Sikap seseorang tentang suatu hal dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, pengaruh kebudayaan, media masa, lembaga pendidikan dan agama dan faktor emosional. Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Palimbo (2012) hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar wanita usia subur setuju (85%) tentang kepatuhan deteksi dini kanker serviks. Penelitian lain yang dilakukan Bessler *et al* (2007) bahwa dari hasil penelitiannya setelah sekelompok wanita diberikan program skrining deteksi kanker serviks dengan test papsmear terjadi perubahan sikap dalam penerimaan test papsmear menjadi lebih baik, penyedia kesehatan memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap perubahan sikap dari masyarakat. Penelitian oleh Matejic *et al* (2011) bahwa pendidikan yang baik mempengaruhi sikap yang baik dalam pencegahan kanker serviks.

Perubahan sikap yang positif akan berdampak pada perilaku seseorang, dalam penelitian ini jumlah wanita yang melakukan pemeriksaan IVA test setelah

mendapatkan promosi dengan leaflet bertambah banyak dari 20.8 % menjadi 3 %,7.5 sehingga membuktikan tentang fungsi dimana pemberian promosi kesehatan sebagai salah satu upaya promotif pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya dengan melakukan pemeriksaan IVA test di tempat pelayanan kesehatan terdekat. Peningkatan perilaku yang positif di sebabkan oleh pengetahuan dan sikap dari masyarakat yang baik mengenai deteksi dini kanker serviks dengan IVA test.

Menurut WHO, salah satu strategi perubahan perilaku adalah pemberian informasi. Dengan memberikan informasi tentang kanker serviks dan bahayanya, maka didapatkan pengetahuan yang akan mempengaruhi sikap seseorang. Sikap yang positif menyebabkan wanita berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya, dalam hal ini adalah partisipasi wanita dalam program deteksi dini kanker serviks (Laras , 2009). Berdasarkan teori *Lawrence Green* bahwa perilaku kesehatan seseorang ditentukan atau dibentuk oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor pendorong (*reinforcing factors*) (Priyoto, 2014).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Srisuwan *et al* (2015), bahwa dengan pengetahuan yang baik serta sikap yang positif setelah mendapatkan informasi mengenai deteksi dini kanker serviks maka berpengaruh terhadap perilaku wanita dalam deteksi dini kanker serviks. Hasil penelitian sebelumnya oleh Sulistyowati dan Strait (2014) menunjukkan bahwa wanita yang tidak dilakukan IVA sebanyak 1055 orang dengan alasan Sambungan Skuamo Kolumnar (SSK) tidak kelihatan, belum kawin, hamil dan alasan lain (malu, takut). Begitupun penelitian oleh Interis, *et al* (2015) bahwa 50 (40,7 %) dari 123 wanita melakukan skrining untuk deteksi dini kanker serviks setelah adanya intervensi pendidikan berbasis teori sehingga meningkat secara signifikan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nugraheni (2010) setelah diberikan penyuluhan (*post test*) menunjukkan peningkatan minat pemeriksaan pap smear, sehingga dapat disimpulkan bahwa peningkatan minat yang terjadi merupakan hasil dari penyuluhan tentang kanker serviks.

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberi promosi kesehatan dengan leaflet dan dengan motivasi oleh tokoh masyarakat terhadap pemeriksaan IVA test. Terdapat perbedaan yang bermakna antara sikap sebelum dan sesudah diberi promosi kesehatan dengan leaflet dan dengan motivasi oleh tokoh masyarakat terhadap pemeriksaan IVA test.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmat Setyawan, (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka.
- Arikunto, Suharsimi. (1994). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arisman. (2007). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC.
- Atikah Proverawati, (2011). *Anemia dan Anemia Kehamilan*. Yogyakarta, Nuha Medika.
- Depkes RI, (2005). *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*.
- _____, (2008). *Program Penanggulangan Anemia Gizi Pada Wanita Usia Subur (WUS)*. Direktorat Gizi Masyarakat Dan Binkesmas.
- _____, (2009). *Prevalensi Anemia dan Bayi Berat Lahir Rendah*
- _____,(2011). *Profil MDGs Kesehatan Indonesia*
- Depkes Sumbar, (2011). *Profil Kesehatan*
- Huliana, (2003). *Perawatan Maternitas*. Jakarta. EGC.
- Ida Bagus Manuaba Gede. (2002). *Kapita Selektta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Gynekologi dan KB*. Jakarta. EGC.
- Idam Ragil Widiyanto, (2008). *Ilmu Gizi*. Jakarta. EGC.
- Moehji, (2002). *Asuhan Kebidanan Care*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Muchtar, Rustam, (2006). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC

Prawiraharjo, (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Trida Printer.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2003), *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

_____, Soekidjo,(2010). *Metedologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta Rineka Cipta.

Soeparman, (2009). *Buku Panduan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Varney Helen, (2002). *Asuhan Kebidanan. Edisi Keempat*. Jakarta: EGC.

WHO, (2011). *Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi*

**HUBUNGAN MOTIVASI TERHADAP KINERJA BIDAN DESA
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM KELAS IBU HAMIL
DI PUSKESMASKABUPATEN PURBALINGGA**

Ossie Happina Sari
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: *ossiehappinasari@gmail.com*

ABSTRACT: THE RELATION OF MOTIVATION PERCEPTION TOWARD THE VILLAGE MIDWIFE PERFORMANCE IN THE IMPLEMENTATION OF WOMAN PREGNANT CLASS IN THE REGIONAL SERVICE OF PURBALINGGA REGIONAL HEALTH SERVICE. *The annual report at the Health Office of Purbalingga district increased the number of maternal deaths from 2012 to 21 cases to 22 cases in 2013. Bleeding is the leading cause of maternal death, this is ironic. One attempt to anticipate high maternal mortality, midwives should be equip themselves with adequate skills and knowledge. One of the efforts to improve childbirth in health facilities is by the introduction of maternal class programs. The purpose of this research is to know the influence of motivation on the performance of village midwife in the implementation of KIH. Research Design is an analytic observational with cross sectional approach. The research instrument used a structured questionnaire. Data collection was done by interview. Population in this research is 225 village midwives who work in Purbalingga Purbalingga Health Center area, which has been implementing KIH as many as 165 village midwives. The sampling technique used proportional random sampling with 63 respondents. Bivariate analysis was done by chi square test. good midwife performance with good motivation proportion (81,8%) bigger than motivation not good (36,6%). In poor performance with unfavorable motivation proportion (63,4%) bigger than good motivation (18,2%). Relationship analysis obtained p value = 0,000 means there is a relationship of motivation with the performance of village midwives in implementing maternal class program. Recommended to DKK Purbalingga Guidance and coaching regularly in order to improve the implementation of pregnant women's class.*

Keywords: *Motivation perception, midwife, the pregnant women class*

PENDAHULUAN

The Millenium Development Goals For Health (MDGs) merumuskan 8 tujuan utama dibidang kesehatan, salah satunya menurunkan angka kematian ibu. Sejalan dengan program dalam pembangunan nasional dibidang kesehatan, program pembangunan kesehatan di Indonesia dewasa ini masih diprioritaskan pada upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak, terutama pada kelompok yang paling rentan kesehatan yaitu ibu hamil, bersalin dan bayi pada masa perinatal. Hal ini ditandai dengan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Adanya komitmen internasional untuk mencapai tujuan pembangunan milenium (Millenium development Goals/MDGs) pada tahun 2015 sebagai solusi dari ketergantungan antar negara dalam meningkatkan kualitas penduduk dunia, dengan delapan sasaran MDGs dimana sasaran keempat dan kelima terkait langsung dengan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan balita.

Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, rata-rata Angka Kematian Ibu tercatat mencapai 359 per 100.000 KH. Rata-rata kematian ibu jauh melonjak dibanding hasil SDKI tahun 2007 yang mencapai 228 per 100.000 KH.

Dalam hal ini melonjaknya kematian ibu sangat memalukan pemerintah yang sebelumnya bertekad akan menurunkan AKI hingga 108 per 100.000 pada tahun 2015 sesuai dengan target MDGs. Penurunan angka kematian ibu sesuai target nasional tentu belum dapat tercapai, karena sejumlah program terobosan untuk menekankan kematian ibu melahirkan kurang berhasil.

Berdasarkan laporan tahunan di Dinas Kesehatan kabupaten Purbalingga angka kematian Ibu meningkat, dari sebelumnya ditahun 2012 mencapai 21 kasus menjadi 22 kasus ditahun 2013. Perdarahan menjadi penyebab utama kematian ibu, ini sungguh sesuatu yang ironis.

Hal ini wajib menjadi perhatian pemerintah Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga dan bidan desa mengingat bahwa dengan tingginya angka kematian ibu merupakan indikator masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu usaha untuk mengantisipasi tingginya kematian ibu, bidan harus membekali diri dengan ketrampilan dan pengetahuan yang memadai.

Meskipun sudah dilakukan berbagai upaya dari pemerintah agar seluruh persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan difasilitas kesehatan, namun faktanya masih saja ada persalinan yang dilakukan di rumah. Hasil penelitian Handayani menyimpulkan beberapa faktor yang berhubungan dengan pemilihan tempat pelayanan persalinan pada keluarga miskin (gakin) di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Gunung kidul yaitu pengetahuan, tingkat pendidikan, dan dukungan suami. Adapun faktor sikap dan jarak dari rumah ke tempat pelayanan

persalinan tidak berhubungan dengan pemilihan tempat pelayanan persalinan pada keluarga miskin.

Persalinan yang dilakukan di rumah masih cukup banyak dilakukan di wilayah Kabupaten Purbalingga. Hal ini dapat dilihat dari data Laporan PWS KIA Kabupaten Purbalingga yang menunjukkan bahwa jumlah persalinan yang dilakukan di non fasilitas kesehatan tahun 2012 sebanyak 3.166 orang (20,9%) dari 15.140 orang ibu bersalin.

Salah satu upaya untuk meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan adalah dengan dicanangkannya program kelas ibu hamil. Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran. Peran bidan dalam program kelas ibu hamil adalah pembimbing dan pelaksana penggerakan dan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan serta pelaksana pelayanan kesehatan sesuai kompetensi dan kewenangannya.

Di Kabupaten Purbalingga untuk program kelas ibu hamil sudah disosialisasikan sejak tahun 2011. Sampai dengan tahun 2012 dari 22 puskesmas yang terdapat di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga belum semua melaksanakan kegiatan tersebut. Bidan yang sudah dilatih sebagai fasilitator baru enam bidan, dimana pada tahun 2011 Dinas Kesehatan Purbalingga telah menunjuk 3 bidan koordinator untuk mengikuti pelatihan kelas ibu hamil selama 5 hari di Solo yang didanai oleh pemerintah pusat, diantaranya bidan Puskesmas Karang Tengah, Puskesmas Mrebet, dan Puskesmas Pengadegan. Dilanjutkan pada tahun 2012 yang dilaksanakan di Bapelkes Gombang, dimana yang ditunjuk oleh dinas adalah 3 bidan desa yaitu bidan desa puskesmas Danasari, Puskesmas Karang Moncol dan Puskesmas Rembang. Penunjukan bidan yang mengikuti pelatihan berdasarkan adanya kasus kematian maternal di wilayahnya.

Pelaksanaan kelas ibu hamil di Kabupaten Purbalingga berdasarkan pada Keputusan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Purbalingga. Keputusan ini ditindaklanjuti dengan pembentukan tim pelaksana kelas ibu hamil diseluruh desa di

Kabupaten Purbalingga. Pelaksana kelas ibu hamil adalah bidan desa yang telah ditunjuk oleh kepala puskesmas yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kelas ibu hamil di wilayah kerjanya.

Kelas ibu hamil dilaksanakan oleh bidan desa dengan menjalankan sesuai dengan batasan kewenangan yang dimiliki sebagai pelaksana kegiatan kelas ibu hamil. Pelaksanaan kelas ibu hamil yang terencana dan berkesinambungan diharapkan meningkatkan kepercayaan ibu hamil kepada bidan, harapannya ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil nantinya pada saat bersalin akan memilih persalinan dengan tenaga kesehatan khususnya bidan, sehingga cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan akan mencapai target.

Menurut Gibson untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja personal dapat dilakukan kajian terhadap teori kinerja. Secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologi. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kinerja personal.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan terhadap 15 bidan desa secara acak di wilayah Puskesmas Kabupaten Purbalingga diperoleh hasil 10 bidan desa (66%) mengatakan bahwa selama ini baru satu kali mendapatkan kompensasi dari puskesmas dengan dilaksanakannya kelas ibu hamil. Selama ini justru dengan adanya program kelas ibu hamil bidan desa harus mengeluarkan biaya secara mandiri untuk pelaksanaan kelas ibu hamil.

Peneliti menyimpulkan bahwa dari hasil wawancara pada saat studi pendahuluan dimana kinerja bidan belum maksimal sehingga pelaksanaan kelas ibu hamil belum dilaksanakan secara optimal. Pelaksanaan kelas ibu hamil yang kurang optimal diasumsikan akan berpengaruh pada pemilihan persalinan dengan tenaga kesehatan, sehingga akan mempengaruhi hasil cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dibahas, dan studi pendahuluan yang telah dilakukan, perlu dilakuakn penelitian tentang kinerja bidan desa dalam pelaksanaan program kelas ibu hamil di Kabupaten Purbalingga.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di wilayah Puskesmas Kabupaten Purbalingga. Populasi dalam penelitian ini adalah bidan desa yang bekerja di Wilayah Kerja Puskesmas kabupaten Purbalingga yang sudah melaksanakan kelas ibu hamil sebanyak 165 bidan.

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus slovin, besar sampel yang diperoleh sejumlah 63 bidan. Teknis pengambilan sampelnya menggunakan teknik *proportional random sampling*. Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui pemberian kuesioner terstruktur kepada responden. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *chi square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara Motivasi dengan Kinerja Bidan dalam melaksanakan Kelas Ibu Hamil dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Hubungan Motivasi dengan Kinerja Bidan dalam melaksanakan Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Wilayah Kabupaten Purbalingga.

Motivasi	Kinerja Bidan				Total	
	Baik		Tidak baik		f	%
	f	%	f	%		
Baik	27	81,8	6	18,2	33	100
Tidak Baik	11	36,6	19	63,4	30	100

$$p = 0,000$$

Tabel 1 menunjukkan bahwa kinerja bidan yang baik dengan proporsi motivasi baik (81,8%) lebih besar daripada yang motivasinya tidak baik (36,6%). Pada kinerja yang tidak baik dengan proporsi motivasi tidak baik (63,4%) lebih besar daripada yang motivasi baik (18,2%).

Berdasarkan analisis hubungan yang dilakukan dengan uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ maka H_a diterima, H_0 ditolak yang artinya ada hubungan motivasi dengan kinerja bidan desa dalam melaksanakan program kelas ibu hamil.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya tentang motivasi dan kinerja bidan desa dalam melaksanakan pelayanan poskesdes yang dilakukan oleh Heny Soetikno menunjukkan hasil bahwa pada variabel motivasi mempunyai hubungan dengan kinerja bidan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Timpe yang menyatakan bahwa di tingkat organisasi secara keseluruhan terdapat dua titik penting sebagai pengungkit kinerja individu yaitu unsur kemampuan dan motivasi. Pada dasarnya model ini berpendapat bahwa kinerja berdasarkan faktor dapat melakukan dan akan melakukan, ini adalah fungsi dari kemampuan dan motivasi individu yang bersifat perkalian. Bila salah satu atau kedua fungsi kemampuan maupun motivasi nol maka kinerja yang dihasilkan adalah nol, bila keduanya sangat tinggi maka kinerja juga akan sangat tinggi.

Motivasi merupakan kondisi atau energi yang menggerakkan kinerja bidan desa untuk melaksanakan kelas ibu hamil. Sikap mental bidan desa yang baik akan memperkuat motivasi kerjanya untuk mencapai kinerja yang maksimal.

Hasil penelitian ini menguatkan teori Gibson bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh variabel individu (beban kerja) dan variabel psikologi (motivasi). Faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berhubungan dengan sifat-sifat seseorang, seperti: sikap, perilaku, tanggung jawab, motivasi karyawan.

Pimpinan harus mempertimbangkan suatu motivasi yang berbeda untuk sekelompok orang, yang dalam banyak hal tidak dapat diduga sebelumnya. Karena keanekaragaman ini menyebabkan perbedaan pola perilaku yang dalam beberapa hal selalu berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan. Perlunya pembagain *job description* yang jelas dan pemerataan pekerjaan serta tanggung jawab berdasarkan keahlian.

Kinerja merupakan catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan atau seluruh aktivitas kerja dalam periode tertentu. Kinerja juga merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Agar dapat menghasilkan kinerja yang baik, seseorang memiliki kemampuan, kemauan, usaha serta dukungan dari lingkungan. Kemampuan dan usaha menghasilkan motivasi kemudian setelah ada motivasi seseorang akan menampilkan perilaku untuk bekerja.

Kaitannya dengan motivasi, maka untuk meningkatkan kinerja bidan desa, prioritas utama adalah membangun motivasi bidan desa. Secara tidak langsung motivasi diwarnai oleh variabel-variabel lain misalnya sarana prasarana, insentif, kesempatan promosi dan lain sebagainya.

KESIMPULAN

Motivasi bidan desa dalam pelaksanaan kelas ibu hamil masuk kategori baik (52,4%), masih ada beberapa motivasi yang tidak baik antara lain menganggap sebagai bidan pelaksana dalam kelas ibu hamil sangat membosankan dan kurang komunikasi kepala puskesmas kepada bidan terhadap pencapaian tujuan kelas ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, S. (2001). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Dahlan, Sopiudin. (2013). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Ilyas Y. (2009). *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM Universitas Indonesia
- Henry Simamora. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi III, STIE, YKPN, Jogjakarta
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Riwikdikdo. (2002). *Statistik Kesehatan*. Jogjakarta
- Sastroasmoro, S. (2002). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Soetikno, H. (2009). *Kinerja Bidan Di Desa Dalam Penerapan Pedoman Pelayanan Poskesdes Di Kabupaten Banyumas Tahun 2009*. Universitas Diponegoro, Semarang
- Suharsini. (2002). *Prosedur penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Timpe, A.D. (1999). *Seri Manajemen Sumber Daya Manusia : Menghadapi Abad ke-21*. 6(terjemahan). Jakarta: Erlangga
- Wawan. (2010). *Teori Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika

PENGARUH PARITAS DAN RIWAYAT PENGGUNAAN KB HORMONAL TERHADAP KEJADIAN KANKER PAYUDARA DI RSU DADI KELUARGA PURWOKERTO

Fitria Prabandari ¹⁾, Dyah Fajarsari ²⁾
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: fitriaprabandari21@gmail.com

ABSTRACT

Breast cancer is a malignancy derived from gland cells, glandular channels and breast support tissue, excluding the breast skin. The etiology of breast cancer can not be explained. However, many studies have shown that there are several factors that are associated with an increased risk or the likelihood of breast cancer. at the General Hospital of Dadi Family Purwokerto because of increased incidence of breast cancer from January to October 2014 a number of 2,320 cases of breast cancer. This study used a restropective case control approach. Data analysis using non-statistical analysis or referred to as a simple statistical analysis. To test the hypothesis about the relationship between two variables used Chi Square. There is a parity relationship with the incidence of breast cancer in RSU Dadi Family Purwokerto. There is correlation of hormonal hormonal use factor with incidence of breast cancer in RSU Dadi Keluarga Purwokerto.

Keywords: *Breast Cancer, Parity, History of Hormonal Family Use*

PENDAHULUAN

Kanker merupakan salah satu penyumbang angka kematian di Indonesia. Hal tersebut antara lain disebabkan karena terbatasnya pengetahuan masyarakat tentang bahaya kanker, tanda-tanda dini dari kanker, faktor-faktor resiko terkena kanker, cara penanggulangannya secara benar serta membiasakan diri dengan pola hidup sehat. Tidak sedikit dari mereka yang terkena kanker, datang berobat ketempat yang salah dan baru memeriksakan diri ke sarana pelayanan kesehatan ketika stadiumnya sudah lanjut sehingga biaya pengobatan lebih mahal (Yayasan Kanker Indonesia, 2012).

Salah satu jenis kanker adalah kanker payudara yaitu keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara (Depkes RI, 2009). Kanker payudara dimulai di jaringan payudara, yang terdiri dari kelenjar untuk produksi susu, yang disebut lobulus, dan saluran yang menghubungkan lobulus ke puting. Sisa dari payudara terdiri dari lemak, jaringan ikat, dan limfatik (American Cancer Society, 2011). Menurut the

American Cancer Society, payudara merupakan tempat nomor satu tumbuhnya kanker pada wanita.

Tanda dan gejala kanker payudara menurut Gruendemann & Fernsebner (2005) antara lain yaitu terabanya benjolan atau penebalan payudara, biasanya tidak nyeri, pengeluaran rabas dari puting payudara berdarah atau serosa, cekungan atau perubahan kulit payudara, asimetris payudara, retraksi atau adanya skuama pada puting payudara, tanda-tanda stadium lanjut, yaitu nyeri, pembentukan ulkus dan edema. □

Insiden Kanker payudara yang sebelumnya banyak menyerang perempuan paruh baya, kini mulai menjangkiti anak muda. Sebuah penelitian terbaru menunjukkan, perempuan di bawah usia 50 tahun yang didiagnosis menderita kanker payudara mencapai 10.000 kasus per tahun. Kanker payudara pada stadium awal sangat tinggi angka kesembuhannya jika melakukan pendeteksian dan pengobatan dini. Berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), jenis kanker tertinggi di RS seluruh Indonesia pasien rawat inap tahun 2008 adalah kanker payudara 18,4 %, disusul kanker leher rahim 10,3 % (Antara, 2011).

Etiologi dari penyakit kanker payudara belum dapat dijelaskan. Akan tetapi, banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan resiko atau kemungkinan terjadinya kanker payudara. Faktor-faktor tersebut merupakan faktor resiko yang antara lain adalah faktor reproduksi seperti menarche atau haid pertama usia kurang dari 12 tahun, menopause di usia lebih dari 50 tahun, melahirkan anak pertama usia lebih dari 35 tahun; faktor endokrin seperti pemakaian kontrasepsi oral dalam waktu lama; diet seperti makanan berlemak, alkohol; genetik atau riwayat keluarga, terpapar radiasi pengion saat pertumbuhan payudara (Depkes RI, 2009). Perlu diingat, apabila seorang perempuan memiliki faktor resiko, bukan berarti perempuan tersebut pasti akan menderita kanker payudara, tetapi faktor tersebut akan meningkatkan kemungkinan untuk menderita kanker payudara. (Rasjidi, 2010). Keterlambatan diagnostik dapat disebabkan oleh ketidaktahuan pasien (*patient delay*), ketidaktahuan dokter atau tenaga medis (*doctor delay*), atau keterlambatan rumah sakit (*hospital delay*) (Purwanto, 2010).

Di negara maju kemungkinan seseorang bertahan hidup dari kanker payudara meningkat secara perlahan yaitu sekarang mencapai 85% karena adanya perbaikan dalam skrining dan perawatan. Namun di sisi lain, kemampuan bertahan hidup dari kanker payudara di negara berkembang hanya sekitar 50-60% (WCR, 2008).

Oleh sebab itu, faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kanker payudara seperti paritas dan riwayat kontrasepsi hormonal perlu diteliti. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga Purwokerto karena terjadi peningkatan insidens kanker payudara dari bulan Januari – Oktober 2014 sejumlah 2.320 kasus kanker payudara. Selain itu RSU Dadi Keluarga adalah rumah sakit rujukan dari daerah Banyumas dan sekitarnya. Oleh karena itu, kasus kanker payudara akan mudah ditemui (Unit Rekam Medis RSU Dadi Keluarga, 2015).

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan *case control restropektif*. *Case control restropektif*. Subyek yang didiagnosis menderita penyakit disebut: Kasus berupa insidensi yang muncul dan populasi, sedangkan subyek yang tidak menderita disebut Kontrol. Jenis penelitian ini dapat saja berupa penelitian restrospektif bila peneliti melihat ke belakang dengan menggunakan data yang berasal dari masa lalu atau bersifat prospektif bila pengumpulan data berlangsung secara berkesinambungan sering dengan berjalannya waktu. Pada penelitian ini akan mempelajari hubungan usia, usia menarche, keturunan, paritas, riwayat kontrasepsi oral, riwayat menyusui terhadap kejadian kanker payudara dengan melihat kelompok kasus dan kelompok kontrol yaitu kejadian kanker payudara dan tidak kanker payudara.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien rawat jalan maupun rawat inap di RS Dadi Keluarga Purwokerto selama bulan Januari 2015 – Oktober 2015. Besar sampel yang digunakan yaitu menggunakan sampel minimal yaitu kelompok kasus berjumlah 30 dan kelompok kontrol berjumlah 30 orang. Cara penelitian yang dilakukan yaitu dengan cara mengurus surat perijinan ke RS Dadi Keluarga Purwokerto untuk melakukan studi pendahuluan, setelah proposal penelitian

disetujui. Penggunaan instrumen penelitian dengan menggunakan kuesioner yang diajukan kepada responden di RS Dadi Keluarga yang meliputi pertanyaan tentang usia, keturunan, paritas, riwayat kontrasepsi oral, riwayat menyusui.

Analisis data penulis menggunakan analisis non statistik atau disebut sebagai analisis statistik sederhana. Untuk menguji hipotesis tentang hubungan antar dua variabel digunakan *Chi Square*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Hubungan faktor paritas dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto.

Tabel di bawah ini akan menjelaskan hasil uji *chi square* dan *odd ratio* untuk menentukan hubungan faktor paritas dengan kejadian kanker payudara.

Tabel 1. Tabulasi silang hubungan faktor paritas dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto

Paritas	Kanker Payudara				Nilai p*	OR	(IK 95%)
	Ya		Tidak				
	N	%	n	%			
Multigravida	28	93,3	21	70	0,02	6,0	1,172-
Primigravida	2	6,7	9	30			30,725
Total	30	100	30	100			

Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita yang mengalami kanker payudara paling banyak adalah multigravida sejumlah 28 orang lebih banyak dibanding yang tidak mengalami kanker payudara,

Hasil uji diperoleh nilai *p* sebesar 0,02 artinya *P-value* < 0,05 sehingga H_a diterima dan H_0 ditolak. Kesimpulannya adalah terdapat hubungan antara faktor paritas dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto.

Hasil nilai *odds ratio* sebesar 6,0 berarti wanita dengan multigravida berisiko 6,0 kali lebih besar dibandingkan dengan primigravida dengan CI 95% artinya penelitian dapat dipercaya kebenarannya yaitu 95%.

Wanita yang tidak memiliki anak atau memiliki anak pertama mereka setelah usia 30 memiliki risiko kanker payudara sedikit lebih tinggi. Hamil di usia muda mengurangi risiko kanker payudara. Kehamilan mengurangi jumlah siklus

menstruasi perempuan, yang mungkin menjadi alasan untuk efek ini. Resiko terkena kanker payudara meningkat seiring bertambahnya usia. Sekitar 1 dari 8 kanker payudara invasif yang ditemukan pada wanita yang lebih muda dari 45, sementara sekitar 2 dari 3 kanker payudara invasif yang ditemukan pada wanita usia 55 tahun atau lebih.

Sekitar 5% sampai 10% dari kasus kanker payudara dianggap turun-temurun, yang berarti bahwa mereka berakibat langsung dari cacat gen (disebut mutasi) diwarisi dari orangtua. □ Penyebab paling umum dari kanker payudara herediter adalah mutasi diwariskan dalam gen BRCA-1 dan BRCA-2 . Dalam sel normal, gen ini membantu mencegah kanker dengan membuat protein yang menjaga sel-sel dari tumbuh abnormal. Seorang wanita dengan kanker pada satu payudara memiliki 3 - 4 kali lipat peningkatan risiko terkena kanker baru pada payudara yang lain atau di bagian lain dari payudara yang sama.

Usia dikaitkan dengan paritas atau jumlah anak, semakin tua usia ibu kemungkinan ibu sudah mempunyai anak banyak sehingga berisiko terjadinya kanker payudara karena terlalu lama terpapar dengan hormone esterogen yang merupakan pemicu terjadinya kanker payudara. Menurut molland (2010) dalam Sulistiyowati (2012) seseorang yang bekerja memiliki kecenderungan sulit dalam membagi waktunya. Kebanyakan seorang wiraswasta lebih menutup diri terhadap informasi tentang kesehatan sehingga memunculkan tindakan yang negatif.

Hal tersebut sesuai dengan pendapat Thomas (1996) dalam Nursalam dan Pariani (2001) pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupan keluarga. Bekerja umumnya hal yang menyita waktu sehingga dapat mempengaruhi hal yang lain termasuk juga dalam hal mengetahui sesuatu diluar pekerjaan. Usia memang memberikan pengaruh tersendiri terhadap terjadinya kasus kanker payudara, terutama bagi perempuan yang berusia > 40tahun. Akan tetapi tidak semua perempuan yang tergolong usia tua atau muda pun dapat beresiko terhadap kejadian kanker payudara, karena selain faktor usia masih banyak lagi faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian kanker payudara. Upaya untuk mencegah kanker payudara dilakukan upaya diagnosis dini dengan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri). Tujuan dari SADARI

secara rutin adalah untuk merasakan dan mengenal lekuk-lekuk payudara sehingga jika terjadi perubahan dapat segera diketahui.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Fitoni (2014) subyek yang tidak memiliki anak cukup banyak, dan banyak penelitian menyebutkan wanita nulipara memiliki risiko tinggi mengidap kanker payudara. Salah satu penelitian oleh Phipps *et al* menyebutkan bahwa faktor reproduksi nulipara merupakan faktor risiko kanker payudara hanya pada wanita dengan reseptor estrogen positif (ER+) pada permukaan sel kankernya.

Masalah psikososial yang disebabkan oleh kanker payudara mempunyai jangkauan yang jauh. Hilangnya satu anggota tubuh atau lebih menimbulkan gangguan pada kehidupan sehari-hari, hilangnya sebuah payudara menimbulkan perasaan hilangnya identitas kewanitaan yang kuat. Banyak yang mengalami depresi karena merasa lambang kewanitaan telah hilang. Mereka takut bahwa mereka tidak lagi dianggap sebagai wanita yang utuh karena payudara yang telah diamputasi (ACS, 2013). Dampak terapi radiasi pada kulit yang terkena radiasi akan mengalami kemerahan sampai berwarna gelap dan kusam, pasien akan mengalami kelelahan, kehilangan nafsu makan (Otto, 2003). Dampak kemoterapi adalah infeksi, perdarahan, nyeri pada mulut, mual, muntah, kerontokan rambut, infertilitas (Davey, 2005).

- Selain faktor paritas, risiko kanker payudara juga bisa meningkat karena faktor kegemukan, penelitian yang dilakukan oleh Indrati (2005) memperoleh hasil bahwa berat badan responden didasarkan atas persepsi dan perkiraan dari responden, bukan berdasarkan hasil pengukuran. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Enger (1989) dan Colditz (1994) bahwa ada peningkatan risiko terkena kanker payudara pada wanita dengan Body mass Index yang besar. Risiko pada kegemukan akan meningkat karena meningkatnya sintesis estrogen pada timbunan lemak yang berpengaruh terhadap proses proliferasi jaringan payudara.
2. Hubungan faktor riwayat penggunaan alat kontrasepsi hormonal dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto.

Tabel di bawah ini akan menjelaskan hasil uji *chi square* dan *odd ratio* untuk menentukan hubungan faktor penggunaan alat kontrasepsi hormonal

dengan kejadian kanker payudara.

Tabel 2. Tabulasi silang hubungan faktor penggunaan alat kontrasepsi hormonal dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto

Penggunaan KB Hormonal	Kanker Payudara				Nilai p*	OR	(IK 95%)
	Ya		Tidak				
	N	%	n	%			
≥ 10 Tahun	16	53,3	4	13,3	0,001	7,43	2,078-
< 10 tahun	14	56,7	26	86,7			26,553
Total	30	100	30	100			

Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita yang mengalami kanker payudara paling banyak adalah riwayat penggunaan alat kontrasepsi hormonal \geq 10 tahun sejumlah 16 orang lebih banyak dibanding yang tidak mengalami kanker payudara,

Hasil uji diperoleh nilai p sebesar 0,001 artinya $P\text{-value} < 0,05$ sehingga H_a diterima dan H_o ditolak. Kesimpulannya adalah terdapat hubungan antara faktor penggunaan alat kontrasepsi hormonal dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto.

Hasil nilai *odds ratio* sebesar 7,43 berarti wanita dengan penggunaan alat kontrasepsi hormonal \geq 10 tahun berisiko 7,43 kali lebih besar dibandingkan dengan penggunaan alat kontrasepsi hormonal $<$ 10 tahun dengan CI 95% artinya penelitian dapat dipercaya kebenarannya yaitu 95%.

Payudara terdiri dari jaringan lemak, jaringan fibrosa, dan jaringan kelenjar. Seseorang dikatakan memiliki jaringan payudara yang padat (seperti yang terlihat pada mammogram) ketika mereka memiliki lebih banyak jaringan kelenjar dan jaringan kurang berserat dan lemak. Wanita dengan payudara padat memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker payudara dibandingkan wanita dengan payudara kurang padat. □ Sejumlah faktor dapat mempengaruhi kepadatan payudara, seperti usia, status menopause, penggunaan obat-obatan (seperti terapi hormon menopause), kehamilan, dan genetika. Studi telah menemukan bahwa wanita yang menggunakan kontrasepsi oral (pil KB) memiliki risiko sedikit lebih besar terkena kanker payudara dibandingkan perempuan yang tidak pernah

menggunakannya.

Terapi hormon dengan estrogen (sering dikombinasikan dengan progesteron) telah digunakan selama bertahun-tahun untuk membantu meringankan gejala menopause dan membantu mencegah osteoporosis (penipisan tulang). □ Terapi hormon Gabungan: Menggunakan gabungan terapi hormon setelah menopause meningkatkan risiko terkena kanker payudara. Hal ini juga dapat meningkatkan kemungkinan kematian akibat kanker payudara. Peningkatan risiko bisa dilihat setelah 2 tahun penggunaan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Indrati (2005) lama pemakaian kontrasepsi oral dengan kenaikan risiko kanker payudara menunjukkan adanya hubungan *dose-response* berdasar uji X^2 linier fot trends. Kandungan estrogen dan progesterone pada kontrasepsi oral akan memberikan efek proliferasi berlebih pada duktus ephitelium payudara. Berlebihnya proliferasi bila diikuti dengan hilangnya kontrol atas proliferasi sel dan pengaturan kematian sel yang sudah terprogram (*apoptosis*) akan mengakibatkan sel payudara berproliferasi secara terus menerus tanpa adanya batas kematian. Hilangnya fungsi kematian sel yang terprogram (*apoptosis*) ini akan menyebabkan ketidakmampuan mendeteksi kerusakan sel akibat adanya kerusakan DNA, sehingga sel-sel abnormal akan berproliferasi secara terus menerus tanpa terkendalikan (Indrati, dkk, 2005).

Kanker payudara pada stadium awal, jika diraba, umumnya tidak menemukan adanya benjolan yang jelas pada payudara. Namun sering merasakan ketidaknyamanan pada daerah tersebut (Tim Cancer Helps, 2010). Sedangkan pada Stadium lanjut gejalanya antara lain, jika diraba dengan tangan, terasa ada benjolan di payudara; jika diamati bentuk dan ukuran payudara berbeda dengan sebelumnya; ada luka eksim di payudara dan puting susu yang tidak dapat sembuh meskipun telah diobati; keluar darah atau cairan encer dari puting susu; puting susu masuk memuntir kedalam payudara; kulit payudara berkerut seperti kulit jeruk (Mangan, 2009).

Kelebihan berat badan atau obesitas setelah menopause meningkatkan risiko kanker payudara. Sebelum menopause ovarium Anda menghasilkan sebagian besar estrogen, dan jaringan lemak menghasilkan sejumlah kecil

estrogen. Setelah menopause (ketika ovarium berhenti membuat estrogen), sebagian besar estrogen wanita berasal dari jaringan lemak. Memiliki jaringan lebih banyak lemak setelah menopause dapat meningkatkan resiko kanker payudara dengan tingginya estrogen. Selain itu, wanita yang kelebihan berat badan cenderung memiliki kadar insulin darah yang lebih tinggi. Kadar insulin lebih tinggi juga telah dikaitkan dengan beberapa kanker, termasuk kanker payudara.

Risiko terjadinya kanker payudara bertambah sebanding dengan pertambahan usia karena pengaruh paparan hormonal (estrogen) yang lama serta paparan faktor risiko lain yang memerlukan waktu lama untuk dapat menginduksi terjadinya kanker payudara. Dr. Anne McTiernan dan Fred Hutchinson dari pusat penelitian di Seattle, Washington mengatakan Menyusui merupakan salah satu cara untuk mengurangi risiko terjadinya kanker payudara (Sulistiyowati, 2012).

SIMPULAN

Terdapat hubungan paritas dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto. Terdapat hubungan faktor riwayat penggunaan KB hormonal dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dadi Keluarga Purwokerto

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2011). *Breast Cancer Facts & Figures 2011- 2012*. Atlanta: American Cancer Society, Inc.
- ACS. (2013). *Breast Cancer*. Diunduh tanggal 9 Oktober, 2013, dari www.cancer.org/
- Antara. (2011). *Kanker Payudara, Tertinggi di Rumah Sakit Seluruh Indonesia*. Diunduh tanggal 9 Oktober, 2013, dari <http://beritasatu.com/berita-utama>
- Davey, P. (2005). *Medicine At A Glance*. Jakarta: Erlangga.
- Depkes RI. (2009). *Buku Saku Pencegahan Kanker Leher Rahim & Kanker Payudara*. Diunduh dari <http://www.pppl.depkes.go.id/>
- Fitoni, H. (2014). *Faktor Risiko Kanker Payudara Di RSUD DR. Soedarso Pontianak*. Jurnal Mahasiswa PSPD FK Universitas Tanjungpura. Jurnal.untan.ac.id

- Gruendemann, B. J., & Fernsebner, B. (Eds). (2005). *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif*, Vol 2 Praktik. Brahm U. Pendidit... (et al). Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. (2007). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah* Ed 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Indrati, R .(2005). *Faktor- Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Kanker Payudara Wanita*. Jurnal Epidemiologi UNDIP.
- Mangan, Y. (2009). *Solusi Sehat Mencegah Dan Mengatasi Kanker*. Jakarta: PT AgroMedia Pustaka.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Otto, S. E. (2003). *Buku Saku Keperawatan Onkologi*. Jakarta: EGC.
- Parajuli, P. (2010). *Knowledge about Breast Cancer and Breast Self Examination Practices among Medical, Dental and B. Sc Nursing Students of BPKIHS. Health Renaissance*, 8(3). Diunduh dari www.nepjol.info/
- Rasjidi, I. (2010). *100 Question & Answer: Kanker Pada wanita*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- RS Kanker Dharmais. (2009). *Kanker Payudara*. Diunduh tanggal 9 Oktober, 2013, dari <http://www.dharmais.co.id/index.php/kanker-payudara.html>
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistyowati, (2012). *Stadium Kanker Payudara Ditinjau Dari Usia Dan Paritas Ibu Di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan*. Vol. 3, No.XIII, Des 2012
- Tapan, E. (2005). *Kanker, Antioksidan, dan Terapi Komplementer*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Tim CancerHelps. (2010). *Stop Kanker*. Jakarta: PT AgroMedia Pustaka. Trihartono. (2009). *The Doctor: Catatan Hati Seorang Dokter*. Yogyakarta: Pustaka Anggrek.
- Yayasan Kanker Indonesia. (2012). *YKI – Jakarta Race*. Diunduh tanggal 9 Oktober, 2013, dari <http://yayasankankerindonesia.org/2012/yki-jakarta-race/>

HUBUNGAN PENDIDIKAN DAN KEPERCAYAAN DENGAN STIGMA TOKOH AGAMA TERHADAP ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI KABUPATEN BANYUMAS

Misrina Retnowati
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: *aqilahasya@yahoo.co.id*

ABSTRACT

The development of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) problems are increasingly worrisome both from both quantitative and qualitative perspectives. HIV / AIDS prevention policies and programs have been widely implemented in Indonesia, but their implementation is still constrained. These constraints include socio-cultural aspects including stigma and discrimination. The problems of stigma and discrimination against towards people with HIV/AIDS should be addressed so that HIV / AIDS prevention and prevention activities can be effectively implemented. One way to do this is to involve religious leaders to help inform the public about HIV / AIDS issues. The objective of the study was to describe education, trust and stigma of religion towards people with HIV/AIDS. Know the relationship of education and trust with the stigma of religion towards people with HIV/AIDS. The research method is correlational analytic research with cross sectional approach. The population is all religious leaders in Banyumas Regency with 278 people, with a sample of 164 people taken proportional random sampling. The results of the study most of the middle educated respondents as much as 83.5%, some respondents had less trust about HIV / AIDS as much as 50.6% and most respondents stigmatized people with HIV / AIDS by 55.5%. There is a relationship of trust with stigma of religion towards people with HIV/AIDS with value 0.009 and There is no relationship of education with stigma of religion towards people with HIV/AIDS with value 0.401 . Conclusion there is a relationship of trust with stigma of religion towards people with HIV/AIDS and there is no relationship of education with stigma of religion towards people with HIV/AIDS

Keywords: *Education, Trust, Stigma of Religion towards People with HIV / AIDS.*

PENDAHULUAN

Perkembangan permasalahan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) semakin lama semakin mengkhawatirkan baik dari sisi kuantitatif maupun kualitatif. Walaupun secara geografi, yang semula diharapkan dapat menghambat perkembangan jumlah Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di dunia namun pada kenyataannya dalam kurun waktu 20 tahun terakhir jumlahnya telah mencapai lebih dari 60 juta orang dan 20 juta diantaranya telah meninggal. Tidak mengherankan bila permasalahan HIV dan

AIDS telah menjadi epidemi di hampir 190 negara (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Indonesia sudah tidak lagi tergolong sebagai negara dengan prevalensi rendah, tapi sudah masuk ke epidemi terkonsentrasi dengan lebih dari 5 % populasi tertentu di Indonesia yang mengidap HIV. Bahkan di beberapa kota dan wilayah tertentu epidemik ini sudah masuk pada populasi umum (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Kebijakan dan program penanggulangan HIV/AIDS telah banyak dilakukan di Indonesia, namun pelaksanaannya masih terkendala. Kendala tersebut antara lain masih terbatasnya jangkauan dan kualitas program yang ditengarai telah menghambat efektivitas program dalam pengendalian epidemi. Berbagai faktor yang ditengarai melatarbelakangi efektivitas program, antara lain aspek sosial budaya termasuk stigma dan diskriminasi (KNPPRI, 2008)

Stigma dan diskriminasi adalah salah satu tantangan yang berat dalam program pencegahan penularan HIV/AIDS. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2009 bahwa stigma dan diskriminasi yang dialami orang terinfeksi HIV bisa datang dari berbagai kelompok masyarakat. Mulai dari lingkungan keluarga, lingkungan tempat tinggal, lingkungan kerja, lingkungan sekolah, serta lingkungan komunitas lainnya. Bahkan sering terjadi diskriminasi di layanan kesehatan terhadap orang yang terinfeksi HIV saat mereka mendapatkan perawatan kesehatan. (KPAN, 2009).

Stigma memberikan tekanan dengan berbagai cara yang tidak kelihatan terhadap ODHA namun bisa membuat perasaan ODHA terpukul dan malu. Sedangkan diskriminasi memberikan tekanan dengan cara yang kelihatan dengan berbagai cara yang membuat ODHA harus menanggung perasaan malu. Sebagai akibatnya selanjutnya ODHA menutup diri untuk tidak mau membuka status HIVnya dan bahkan putus asa. Sebaliknya bagi orang yang belum tahu status HIVnya tidak akan mau untuk mengikuti tes HIV di klinik VCT. Disisi lain ODHA yang menutup diri yang tidak mau membuka status HIVnya kepada pasangannya (suami atau istri/ sebagai partner seks) akan menularkan HIV kepada pasangannya. Hal yang sama terjadi pada orang yang sudah terinfeksi namun belum mengetahui status HIVnya

apakah positif atau tidak. Fenomena ini tergambar dalam penemuan kasus HIV yang selalu terjadi setelah orang menderita infeksi oportunistik dan dilakukan tes HIV ternyata positif. (KPAN, 2009).

Permasalahan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA harus segera diatasi agar kegiatan dan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dapat dilaksanakan dengan efektif. Salah satu cara yang perlu dilakukan adalah melibatkan tokoh agama untuk membantu memberi pemahaman kepada masyarakat tentang masalah HIV/AIDS (Kelly MJ, 2003).

Tokoh agama merupakan aktor penting di masyarakat karena mempunyai legitimasi dan tinggal dalam waktu lama di masyarakat yang bersangkutan. Para tokoh agama juga dianggap dapat memainkan peranan penting dalam mengubah persepsi masyarakat terhadap HIV/AIDS. Selain itu, tokoh agama dianggap dapat meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai transmisi HIV/AIDS, pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Mereka juga dapat dilibatkan untuk membantu menjamin bahwa ODHA dapat memperoleh perawatan dan dukungan yang memadai. Tokoh agama mempunyai posisi yang memadai untuk mempengaruhi sikap publik maupun kebijakan nasional. Kondisi seperti itu juga ditemukan di Malaysia dan Thailand di mana tokoh agama mampu berperan dalam mengurangi cepatnya pertumbuhan jumlah kasus HIV/AIDS (FHI, 2007).

Agama mempunyai peran dalam membentuk konsep seseorang tentang sehat dan sakit. Konsep ini sangat dipengaruhi oleh keyakinannya tentang peran Tuhan dalam menentukan nasib seseorang, termasuk didalamnya adalah dalam hal sehat dan sakit (FHI, 2007). Peran agama dalam semua aspek kehidupan manusia sudah ada sejak berabad-abad yang lalu. Kepatuhan terhadap nilai dan kepercayaan para pemimpin agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan HIV. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep tentang sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap ODHA (Varas Díaz TBN, et all, 2011).

METODOLOGI

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Banyumas. Jenis penelitian *analitik korelasional* dengan pendekatan waktu *Cross Sectional* yaitu melakukan pengamatan sekali terhadap variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang sama. Populasi Penelitian adalah semua tokoh agama di Kabupaten Banyumas sejumlah 278 orang. Sampel dalam penelitian berdasarkan rumus slovin berjumlah 164 orang. Sampel diambil dengan teknik pengambilan sampel secara *proportional random sampling*. Analisa data univariat dengan distribusi frekuensi dan analisa bivariat secara analitik dipakai uji *chi square*. Uji *Chi square* dimaksudkan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas (pendidikan dan kepercayaan) dan variabel terikat adalah stigma tokoh agam terhadap ODHA.

HASIL DAN PEMBAHASAN

ANALISIS UNIVARIAT

1. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan pendidikan lebih banyak responden yang berpendidikan menengah sebanyak 83,5% dan sisanya responden yang berpendidikan tinggi sebanyak 16,5%.

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik matang pada individu, kelompok atau masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya. Untuk mencapai nilai-nilai hidup merupakan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih tahu dan sebagainya) dalam mencapai tujuan tersebut seseorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan sangat berpengaruh pada pengetahuan seseorang semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang salah satunya adalah pendidikan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah orang

tersebut menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang didapatnya (Hurlock, 2008).

2. Kepercayaan tentang HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan kepercayaan responden terhadap ODHA lebih banyak pada kategori kepercayaan kurang sebanyak 50,6% dan sisanya pada kategori kepercayaan baik sebanyak 49,4%.

Nilai atau kepercayaan merupakan suatu keyakinan berkaitan dengan cara bertingkah laku atau tujuan akhir tertentu, melampaui situasi spesifik, mengarahkan seleksi atau evaluasi terhadap tingkah laku individu dan kejadian-kejadian serta tersusun berdasarkan derajat kepentingannya. Nilai mempunyai karakteristik tertentu untuk berubah karena nilai diperoleh dengan cara terpisah yaitu dihasilkan oleh pengalaman budaya masyarakat dan pribadi yang tertuang dalam struktur psikologi individu. Jadi nilai mempunyai kecenderungan untuk menetap. Walaupun masih bisa untuk berubah oleh hal-hal tertentu salah satunya adalah bila terjadi perubahan sistem nilai budaya dimana individu tersebut menetap (Hurlock, 2008).

Peran agama dalam semua aspek kehidupan manusia sudah ada sejak berabad-abad yang lalu. Kepatuhan terhadap nilai-nilai agama para pemimpin agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan HIV. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Diaz di Puerto Rico menyatakan adanya peran agama dalam membentuk konsep tentang sehat dan sakit serta terkait dengan adanya stigma terhadap penderita HIV/AIDS (Varas Díaz TBN, 2011).

3. Stigma tokoh agama terhadap ODHA

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden melakukan stigma terhadap ODHA sebanyak 55,5% dan sisanya tidak melakukan stigma sebanyak 44,5%.

Stigma pada ODHA adalah sebuah perlakuan negatif yang diberikan oleh masyarakat karena dianggap bahwa HIV/AIDS yang diderita sebagai akibat perilaku yang merugikan diri sendiri dan berbeda dengan penyakit akibat virus lain. Ditambah lagi kondisi ini diperparah karena hampir sebagian besar kasus

penularan HIV pada ODHA disebabkan karena aktivitas seksual yang berganti-ganti pasangan. (Goffman, 2003).

ANALISIS BIVARIAT

1. Hubungan pendidikan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA

Tabel 1. Hubungan pendidikan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA

Pendidikan responden	Stigma tokoh agama terhadap ODHA				Total	p value
	Melakukan		Tidak Melakukan			
	f	%	F	%	f	%
Menengah	78	56,9	59	43,1	137	100
Tinggi	13	48,1	14	51,9	27	100

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 1 ditunjukkan bahwa Tokoh agama yang melakukan stigma terhadap ODHA di Kabupaten Banyumas lebih banyak dijumpai pada kelompok yang berpendidikan menengah (56,9%) dibandingkan dengan kelompok berpendidikan tinggi (48,1%). Berdasarkan uji X^2 diperoleh nilai p sebesar 0,401. Hal ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan pendidikan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA (nilai $p > 0,05$).

Pendidikan adalah kemahiran menyerap pengetahuan pendidikan seseorang berhubungan dengan sikap seseorang terhadap pengetahuan yang diserapnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah untuk dapat menyerap pengetahuan. Pendidikan merupakan unsur karakteristik personal yang sering dihubungkan dengan derajat kesehatan seseorang/masyarakat. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menyerap informasi dalam bidang kesehatan (Waluyo, 2007). Mudahnya seseorang untuk menyerap informasi akan berpengaruh terhadap pembentukan perilaku baru yang lebih sehat. Seperti informasi kesehatan tentang HIV/AIDS.

Tingkat pendidikan sangat menentukan daya nalar seseorang yang lebih baik, sehingga memungkinkan menyerap informasi-informasi juga dapat berpikir

secara rasional dalam menanggapi informasi atas setiap masalah yang dihadapi (Wawan A., 2010).

Tidak ada hubungan pendidikan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA menunjukkan bahwa perilaku seseorang bukan hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan di bangku sekolah saja namun banyak diperoleh dari pengalaman hidup.

2. Hubungan kepercayaan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA

Tabel 2. Hubungan kepercayaan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA

Kepercayaan tentang HIV/AIDS	Stigma tokoh agama terhadap ODHA				Total	p value	
	Melakukan		Tidak Melakukan				
	f	%	f	%	f		%
Baik	21	25,9	60	74,1	81	100	0.009
Kurang	70	84,3	13	15,7	83	100	

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 2 ditunjukkan bahwa tokoh agama yang melakukan stigma terhadap ODHA di Kabupaten Banyumas lebih banyak dijumpai pada kelompok yang mempunyai nilai/kepercayaan kurang (84,3%) dibandingkan dengan kelompok yang mempunyai nilai/kepercayaan baik (25,9%). Berdasarkan uji X^2 diperoleh nilai p sebesar 0,009. Hal ini membuktikan bahwa ada hubungan antara nilai/kepercayaan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA (nilai $p < 0,05$).

Agama mempunyai peran dalam membentuk konsep seseorang tentang sehat dan sakit. Konsep ini sangat dipengaruhi oleh keyakinannya tentang peran Tuhan dalam menentukan nasib seseorang, termasuk didalamnya adalah dalam hal sehat dan sakit (Andrewin, 2008).

Peran agama dalam semua aspek kehidupan manusia sudah ada sejak berabad-abad yang lalu. Kepatuhan terhadap nilai-nilai agama para pemimpin agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan HIV. HIV/AIDS tidak hanya menyentuh tataran kesehatan namun juga masuk ke segala bidang termasuk masalah keyakinan atau agama. Banyaknya orang yang memiliki pemahaman yang minim serta pemahaman yang salah akan HIV/AIDS

menyebabkan penyakit tersebut menjadi sumber stigma dan diskriminasi. Belum lagi adanya anggapan bahwa HIV/AIDS dianggap penyakit kutukan dan hukuman Tuhan serta dikaitkan dengan moral seseorang. Agama datang untuk memberikan pencerahan dan kedamaian. Agama memandang bahwa penyakit yang diderita oleh seseorang justru bila diterima dengan ikhlas dapat menggugurkan dosaduanya. Agama melarang hubungan seks lelaki dengan lelaki (Gay) serta perzinahan (Varas Díaz TBN, et all, 2011).

Terdapat hubungan antara /kepercayaan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA karena tokoh agama memegang peran yang sangat penting. Nilai merupakan suatu keyakinan atau kepercayaan yang menjadi dasar bagi seseorang atau sekelompok orang untuk memilih tindakannya atau menilai suatu yang bermakna atau tidak bermakna bagi kehidupannya (Hurlock, 2008).

Meskipun nilai/kepercayaan seseorang bersikap menetap tapi dapat dirubah dengan peningkatan pengetahuan bahwa HIV/AIDS menyerang manusia siapapun juga, tanpa membedakan usia, profesi, suku bangsa, orientasi seksual, status sosial dan perbedaan-perbedaan lainnya. Selama perilakunya berisiko terhadap penularan HIV, ada kemungkinan seseorang tertular HIV. Jadi tidak benar mitos yang mengatakan bahwa HIV hanya ditularkan oleh gay, waria, pekerja seks, pengguna narkoba suntik (UNAIDS, 2012).

KESIMPULAN

Berdasarkan uji Chi square dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kepercayaan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA dengan p value 0,009 dan tidak ada hubungan pendidikan dengan stigma tokoh agama terhadap ODHA dengan p value 0,401.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Lampiran Kepmenkes Republik Indonesia No.567/Menkes/SK/VIII/2006 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif*. Depkes Republik Indonesia. Jakarta.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV*. Kemenkes Republik Indonesia. Jakarta.
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia (KNPPRI). (2008). *Pemberdayaan Perempuan dalam Pencegahan Penyebaran HIV – AIDS*. KNPPRI. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). (2009). *Laporan Riset bagian I, KIE Menghapus Stigma dan Diskriminasi Terhadap ODHA di 6 Kota (Jakarta, Bandung, Surabaya, Batam, Pontianak, Jayapura)*. KPAN. Jakarta.
- Kelly MJ. (2003); 6(3): 123-140. *The Role of Religion in HIV&AIDS Epidemic (With Special Reference to Christianity and Islam)*. Paper Commissioned by UNAIDS Scenario Setting for HIV&AIDS in Africa.
- Family Health Internasional (FHI). (2007). *Religious Leaders Response to HIV&AIDS*. FHI. Jakarta.
- Notoatmodjo S. (2007). *Pendidikan dan Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Goffman E. (2003). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs NJ. Prentice Hall.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2012). *Protocol for the Identification of Discrimination Against People Living with HIV*. UNAIDS. Amerika Serikat.
- Hurlock. (2008). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
- Mahendra VS, et all. (2006); 4(2): 5-14. *Reducing Stigma and Discrimination in Hospital: Positive Findings from India*. Horizons Research Summary.
- Varas Díaz TBN, et all. (2011); 3(2): 1-10. *Religion and HIV/AIDS Stigma: Implications for Health Professionals In Puerto Rico*. NIH Public Access Author Manuscript.
- Andrewin. (2008); 4(3): 6-12. *Stigmatization of Patients with HIV/AIDS among Doctors and Nurses in Belize*. AIDS Patient Care and STDs.
- Wawan A. (2010). *Teori Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Waluyo. (2007). *Menyelam Fenomena Sosial*. Bandung: Setia Purna.

IbM di POSYANDU RW 4 DAN RW 5 DESA TAMBAKSARI

Susilo Rini¹, Rosi Kurnia Sugiharti²
^{1,2}STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
 Email: susilorini385@yahoo.com

ABSTRACT

This article describes the results of IbM activities in Posyandu RW 4 and RW 5 of Tambaksari Village which have high maternal and infant morbidity and mortality problems during childbirth and low exclusive breastfeeding (ASI) coverage. This activity is aimed to form the support group of childbirth (KP-Nifas) in 2 posyandu that is posyandu RW 4 and RW 5 of Tambaksari Village which is expected to optimize the role of K cadre in empowering the puerperal mother and her family, so that mother and baby through the puerly period with healthy and fun . Stages of activities undertaken in the establishment of the KP Nifas are among others: 1) Licensing, 2) Coordination, 3) Establishment of Childbirting KP, 4) Creation of Materials 5) Cadre training, and 6) Posyandu implementation with KP Nifas. The Output target of the science and technology results for the society (IbM) is to be a scientific paper published in scientific journals, its formed KP Nifas, the availability of KP nifas booklet, postpartum care leaflets, newborn care and exclusive breastfeeding management and videos that help Increase public awareness and knowledge about the importance of care and support for postpartum and exclusive breastfeeding. The attendance of this postpartum Support Group can facilitate access to information in two posyandu held every month by the community to consult the sharing of experiences and information between postpartum women, cadre and health personnel so as to minimize problems during the puerperium and increase exclusive breastfeeding coverage.

Keywords: *Supporting Group of Postpartum Mother, Posyandu.*

PENDAHULUAN

Data Dinas Kesehatan Jawa Tengah, AKI di Jawa Tengah meningkat karena ada kecenderungan kematian ibu melahirkan meningkat dalam lima tahun terakhir. Kejadian AKI yang paling banyak adalah pada waktu nifas sebesar 23,89% yang disebabkan oleh eklamsia (28,76%), perdarahan (22.42%), infeksi (3,45%) dan lain-lain (45,28%) (Kemenkes RI, 2014). Asuhan masa nifas sangat diperlukan, karena merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu termasuk kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam.

Menurut wawancara dengan Bidan desa dan ibu penggerak PKK desa Tambaksari, belum terdapat kelompok khusus yang memberikan perhatian kepada ibu nifas. Informasi yang didapatkan sangatlah terbatas, dari orang tua yang terkadang malah tidak benar, anggapan setelah proses persalinan maka ibu tidak lagi perlu mendapat perhatian dan kewaspadaan karena dianggap bukan lagi merupakan masa kritis. Bidan desa membutuhkan dukungan masyarakat untuk membantu memberikan edukasi dan mendukung ibu melewati masa nifas. Hal ini dapat berdampak pula pada penurunan kematian bayi karena pengetahuan dan kondisi ibu nifas yang baik (sehat jasmani dan rohani) selama melakukan perawatan pada bayinya. Sedangkan kader posyandu selama ini hanya dapat memberitahu yang berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi belum berfokus pada perawatan ibu masa nifas, perawatan bayi baru lahir maupun Pemberian ASI eksklusif.

Permasalahan dan tantangan yang dihadapi mitra adalah adanya masalah ibu nifas Tiga Ibu nifas (2,6%) mengalami *post partum blues* ringan, dan 7,9% mengalami infeksi pada luka perineum, juga terdapat 3 kematian bayi baru lahir serta rendahnya cakupan ASI. Permasalahan tersebut adalah karena belum adanya kelompok pendukung Ibu Nifas, kurangnya sarana informasi tentang pentingnya ASI Eksklusif bagi bayi, perawatan bayi baru lahir, dan perawatan ibu nifas. Pada Maret 2016 ada 15 kader posyandu belum mengetahui menyusui ASI eksklusif dengan benar dan bentuk dukungan bagi ibu nifas.

Masalah ibu nifas di Desa Tambaksari menjadi prioritas untuk ditindaklanjuti. Hal ini berdasarkan pertemuan dengan Kepala desa, Ibu penggerak PKK, kader posyandu balita dan juga Bidan desa. Menurut Ibu Kepala Desa kesehatan ibu hamil, bayi dan balita serta lansia sudah banyak menjadi sorotan dari berbagai pihak. Berbeda dengan Ibu nifas yang tidak tampak menjadi masalah, ternyata cakupan ibu nifas yang menyusui secara eksklusif masih rendah. Kematian bayi baru lahir dengan berat badan rendah juga perlu dicegah dengan pemberian informasi kepada ibu/keluarga tentang perawatan dan tanda bahaya bayi baru lahir.

Pendekatan yang digunakan dalam rangka penyelesaian masalah yakni dengan pemberdayaan masyarakat melalui 2 kelompok pendukung ibu nifas di 2 posyandu.

Terbentuknya KP-Nifas diharapkan mampu memberdayakan ibu nifas dan keluarganya agar ibu dan bayinya melewati masa nifas dengan sehat dan menyenangkan. Wujud kegiatan KP-nifas antara lain Senam Nifas, KIE pijat oksitosin bagi suami kepada ibu nifas, KIE perawatan payudara dan cara menyusui yang benar, pemenuhan gizi Ibu menyusui, cara merawat luka perineum, Perawatan bayi baru lahir dan kemudahan akses informasi di dua titik posyandu yang terjangkau jaraknya untuk berkonsultasi dan berbagi antara ibu nifas, sehingga dapat meminimalisasi masalah-masalah selama masa nifas.

TARGET DAN LUARAN

Jenis luaran yang akan dihasilkan adalah:

1. Terbentuknya kelompok pendukung Ibu Nifas.
2. Meningkatnya komunikasi, informasi dan edukasi tentang perawatan ibu nifas, perawatan bayi baru lahir dan tata laksana menyusui eksklusif : pembuatan Buku saku dan leaflet tentang Perawatan Ibu nifas: senam nifas- pijat oksitosin-perawatan luka perineum-gizi ibu nifas-Tanda Bahaya ibu nifas, Perawatan Bayi Baru lahir: tanda bahaya bayi baru lahir-perawatan tali pusat-memandikan bayi Tatalaksana Menyusui Eksklusif: Cara Menyusui yang benar-Perawatan Payudara-Masalah Menyusui dan penanganannya.
3. Adanya kesadaran masyarakat tentang pentingnya dukungan bagi Ibu Nifas.
4. Peningkatan pengetahuan kader, ibu dan keluarga melalui penyuluhan/ pelatihan tentang Perawatan Ibu nifas, Perawatan bayi baru lahir,Tata laksana menyusui eksklusif bagi Ibu nifas menyusui.
5. Publikasi Ilmiah di Jurnal Nasional.

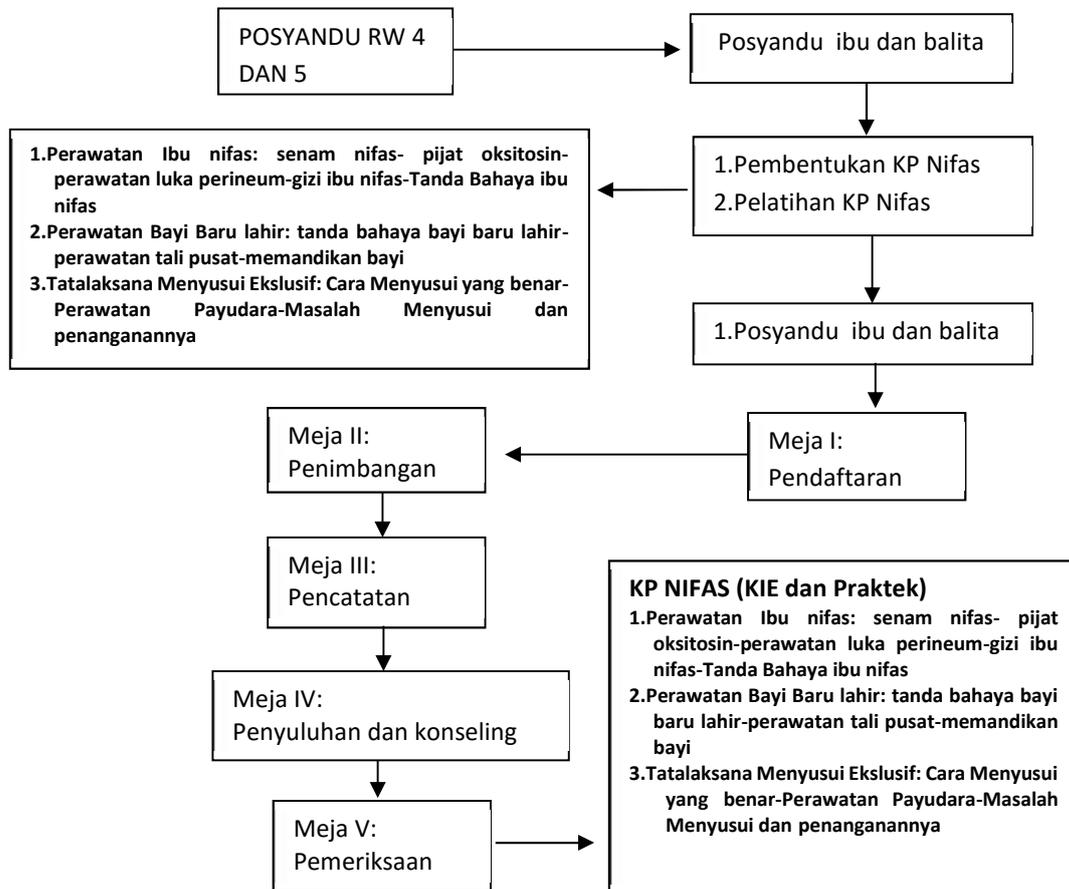
METODE

Posyandu merupakan pos pelayanan terpadu yang keberadaannya dekat dengan masyarakat dan program yang sudah ada adalah posyandu balita dan posyandu Lansia. Pengertian Posyandu sendiri adalah kegiatan kesehatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing oleh petugas

kesehatan terkait. Program yang diusulkan dalam IbM ini adalah meningkatkan fungsi dan program dinas kesehatan.

Metode pelaksanaan dalam kegiatan ini adalah dengan menambah dan meningkatkan fungsi posyandu dengan membentuk Kelompok Pendukung Ibu Nifas (KP Nifas) yang berasal dari kader posyandu yang ada di wilayah posyandu RW 4 dan posyandu RW 5 Desa Tambaksari, kemudian dilakukan pelatihan agar anggota kelompok tersebut mampu memberikan konseling, Informasi dan edukasi tentang perawatan ibu nifas, perawatan bayi baru lahir dan manajemen ASI eksklusif kepada masyarakat. Kader kesehatan tersebut berasal dari masyarakat yang bekerja secara sukarela untuk menjadi penyelenggara kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Tjahyowati, dkk.1997). Setelah pelatihan KP Nifas implementasi kegiatan posyandu dilakukan sebulan sekali di minggu ke dua setiap bulannya. Kegiatan posyandu tidak lagi hanya 5 meja namun menjadi posyandu model dengan tambahan KP Nifas dengan alur: Meja 1 (pendaftaran), Meja 2 (penimbangan), Meja 3 (pencatatan), Meja 4 (konseling), meja 5 (pelayanan kesehatan) ditambah sebuah ruangan khusus tempat berkumpul ibu nifas/ keluarga untuk melaksanakan pertemuan tentang penyuluhan perawatan ibu nifas, bayi baru lahir dan Manajemen ASI eksklusif. Kegiatan posyandu ini dapat memberikan pengetahuan dan sikap positif para ibu menyusui terhadap pentingnya perawatan dan dukungan bagi ibu nifas dan menyusui eksklusif.

ALUR KEGIATAN KP NIFAS



Gambar 1. Bagan Alur Kegiatan KP Nifas

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan IbM telah dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Persiapan

Sebelum pembentukan Kelompok Pendukung Ibu Nifas (KP Nifas), kami mengurus perijinan ke kesbangpolinmas dan Bappeda Kabupaten Banyumas kemudian dilanjutkan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, selanjutnya ke puskesmas, dan Desa Tambaksari sebagai Lokasi posyandu RW 4 dan Posyandu RW 5, setelah dari Desa kami teruskan ke RW 4 dan RW 5. Perijinan berjalan lancar dan mendapatkan sambutan serta dukungan dari Kepala Desa, bidan desa serta kader dan masyarakat.

2. Pelaksanaan

Pada pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan bantuan kader posyandu yang telah ada, kemudian kami menambahkan kegiatan khususnya berkaitan perawatan dan dukungan bagi ibu nifas dan bayinya serta pemberian ASI eksklusif 6 bulan, berupa kegiatan:

- a. Memberikan pemahaman lebih tentang perawatan ibu nifas, perawatan bayi baru lahir, dan pentingnya ASI eksklusif.
- b. Memfasilitasi pembentukan kelompok pendukung ibu nifas.
- c. KIE tentang Perawatan Ibu nifas: senam nifas- pijat oksitosin-perawatan luka perineum-gizi ibu nifas-Tanda Bahaya ibu nifas. Perawatan Bayi Baru lahir: tanda bahaya bayi baru lahir-perawatan tali pusat-memandikan bayi. Tatalaksana Menyusui Eksklusif: Cara Menyusui yang benar-Perawatan Payudara-Masalah Menyusui dan penanganannya.
- d. Pendampingan implementasi kerja kelompok pendukung nifas,
- e. Melakukan evaluasi dan refleksi kembali serta penyempurnaan terhadap program yang telah dibuat dan ditindak lanjuti melalui program selanjutnya.

Pelaksanaan kegiatan secara rinci adalah sebagai berikut:

- a. Pembentukan Kelompok Pendukung Ibu Nifas (KP-Nifas)

Setelah perijinan selesai kami melanjutkan dengan kegiatan koordinasi atau rakor yang dihadiri perangkat desa, bidan desa dan ibu- ibu kader posyandu serta tokoh masyarakat, dan tokoh agama untuk membahas program pembentukan KP Nifas, dengan komitmen bersama akan saling mendukung dan menjaga terlaksananya program KP Nifas secara berkesinambungan. Setelah koordinasi kami mulai meresmikan pembentukan kelompok pendukung ibu nifas di dua posyandu dan mulai memasang banner spanduk agar lebih dikenal dan diketahui keberadaannya.



Gambar 2. Rapat Pembentukan KP Nifas

- b. Setelah pembentukan KP Nifas kami menyiapkan materi yang berupa booklet (buku saku), leaflet dan video tentang KP Nifas.



Gambar 3. Produk Luaran

- c. Mengadakan pelatihan kader KP Nifas selama 3 hari dengan materi perawatan masa nifas, perawatan bayi baru lahir dan ASI Eksklusif termasuk mengatasi permasalahan/kesulitan yang timbul selama menyusui.



Gambar 4. Pelatihan Kader KP Nifas

- d. Jumlah kader di setiap posyandu rata-rata 8 orang yang rata-rata mewakili setiap RT dalam satu RW.
- e. Mengadakan pertemuan rutin untuk saling mendukung pada perawatan ibu nifas, bayi baru lahir dan pemberian ASI eksklusif, sehingga meminimalisir masalah selama masa nifas dan menyusui.
- f. Mengadakan koordinasi dan kerjasama antar KP Nifas.
- g. Mensosialisasikan dukungan bagi ibu nifas dan menyusui eksklusif kepada masyarakat luas.



Gambar 5. Publikasi Di Koran Lokal

- h. Melibatkan laki-laki/suami/tokoh masyarakat/tokoh agama di dalam setiap kegiatan KP-Nifas.

Dengan terbentuknya KP Nifas diharapkan terciptanya dukungan terhadap ibu nifas dan menyusui eksklusif. Wujud dukungan yang diberikan antara lain perhatian, kesempatan, penciptaan suasana yang mendukung kegiatan menyusui, pemenuhan gizi yang optimal bagi ibu menyusui, kemudahan akses berkonsultasi dan berbagi antara ibu nifas dan menyusui, dan kemudahan memperoleh peralatan penunjang ASI perah bagi ibu bekerja.

- i. Komunikasi informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat tentang perawatan ibu nifas, perawatan bayi baru lahir dan manajemen ASI eksklusif. Untuk melakukan KIE kepada masyarakat, kelompok pendukung Ibu Nifas khususnya kader juga perlu mempunyai pengetahuan yang lebih tentang persoalan Perawatan Ibu nifas, bayi baru lahir dan ASI eksklusif, sehingga materi yang disampaikan adalah Perawatan Ibu nifas: senam nifas- pijat oksitosin-perawatan luka perineum-gizi ibu nifas-Tanda Bahaya ibu nifas,

Perawatan Bayi Baru lahir: tanda bahaya bayi baru lahir-perawatan tali pusat-memandikan bayi, serta Tatalaksana Menyusui Eksklusif: Cara Menyusui yang benar-Perawatan Payudara-Masalah Menyusui dan penanganannya.

3. Monitoring

Pendampingan posyandu dilaksanakan setiap bulan pada minggu ke dua mulai bulan Juli, setelah pelatihan kader dengan melakukan monitoring pada Tanggal:

- a. 10 Juli 2017 Posyandu RW 4
- b. 15 Juli 2017 Posyandu RW 5
- c. 12 Agustus 2017 Posyandu RW 5
- d. 14 Agustus 2017 Posyandu RW 4
- e. 11 September 2017 Posyandu RW 4
- f. 15 September 2017 Posyandu RW 5
- g. 9 Oktober 2017 Posyandu RW 4
- h. 13 Oktober 2017 Posyandu RW 5
- i. 13 November 2017 Posyandu RW 4
- j. 10 November 2017 Posyandu RW 5
- k. 11 Desember 2017 Posyandu RW 4
- l. 15 Desember 2017 Posyandu RW 5



Gambar 6. Kegiatan dan Monitoring Pertemuan KP Nifas

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Setelah pelaksanaan KP Nifas di Posyandu RW 4 dan RW 5 Desa Tambaksari, diperoleh kesimpulan bahwa, kegiatan berjalan dengan lancar dengan terbentuknya kelompok pendukung ibu nifas dengan nama KP Nifas 1 dan KP Nifas 2 yang rutin dilaksanakan pada hari senin dan sabtu minggu ke dua setiap bulannya. Tersusunnya Buku saku, leaflet dan Vidio tutorial KP Nifas yang membantu eksistensi dan keberhasilan kegiatan. Meningkatnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya dukungan bagi ibu nifas, yang terlihat dari keaktifan kunjungan KP nifas pada saat posyandu. Meningkatnya komunikasi, informasi dan edukasi masyarakat khususnya kader KP Nifas tentang perawatan ibu nifas, perawatan bayi baru lahir dan tatalaksana menyusui eksklusif yang dibuktikan dengan meningkatnya nilai posttest pasca pelatihan dan kemampuan mengelola KP Nifas di Posyandu. Tersusunnya Draf Artikel publikasi untuk masuk jurnal ilmiah nasional..

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Sulistyawati. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas*. Jakarta:Andi offset
- Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar : Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta
- Eny Ratna A, dkk. (2009). *Asuhan Kebidanan Nifas, Jogjakarta*:Mitra Cendikia Press
- Jannah, N. (2011). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta:Ar-Ruzz.
- Julianti, S.Kep, dkk. (2014). *Materi Pelatihan Postnatal Care*. Universitas Indonesia. *Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.
- Kurniawati, T., Chabibah, U. (2014). *Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Tentang Ambulasi Dini Ibu Post Partum*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 10 hal 54-63*
- Lestari, EP. (2010). *Hubungan Rawat Gabung Dengan Mobilisasi Dini Pada Ibu Nifas Hari Pertama di BPS Endang Desa Banaran Kabupaten Kandang Kabupaten Kediri*. *Jurnal AKP No 2*
- Obstetri Fisiologi. *Bagian Obstetri Gynekologi FK UGM*.
- Rini,S dan Dewi, FK. (2016). *Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice*. Yogyakarta: Deepublish.
- Saifuddin AB. (2002). *Buku Panduan nasional : pelayanan Kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Sitti Saleha. (2009). *Asuhan Kebidanan pada masa nifas*, Jakarta:Salemba medika
- Varney, Helen. (2008). *Buku ajar Asuhan Kebidanan Vol 2*
- Suryani, E. (2013). *Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI Ibu Postpartum di BPM Wilayah Kabupaten Klaten*. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan Volum 2 No. 2*.

PENGARUH MINUMAN REMPAH JAHE ASAM TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI HAID PRIMER PADA REMAJA

Rosi Kurnia Sugiharti, Wilis Sukmaningtyas
STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
Email: *Rossy.kurnia@yahoo.com*

ABSTRACT

Puberty is a transitional period between childhood and adulthood where growth spurt occurs. At this time many changes both psychologically and biologically one of them is dysmenorrhea. The purpose of this study to determine the effect of acid ginger spice on decreasing the scale of primary menstrual pain in female midwifery students D3 STIKES Harapan Bangsa Purwokerto. The research model used is quasi experiment because the requirements in the experimental research is not sufficient that is not doing the control of the variables that affect the experiment. The design of this study is one group pre and post test design that is by using one group of respondents in which the group is given Sample treatment by using purposive sampling. The results of this study are scientific publications and textbooks on reproductive health. The result of the research shows that p value = 0.0001 which means $< 0,05$ which concludes that H_a is accepted and H_o is rejected. This shows that there is the influence of acid ginger spice drink to decrease the scale of primary menstrual pain.

Keywords: *Influence, Acid Ginger Spice Drink, Primary Menstrual Pain Scale*

PENDAHULUAN

Pubertas merupakan masa transisi antara masa anak dan dewasa dimana terjadi pacu tumbuh (*growth spurt*), dan relatif belum mencapai tahap kematangan mental dan sosial sehingga mereka harus menghadapi tekanan emosi dan sosial yang saling bertentangan. Menurut WHO, remaja adalah bila anak telah mencapai umur 10 – 18 tahun (Andira, 2012). Pada masa ini banyak terjadi perubahan baik psikis maupun biologis.

Perubahan perkembangan biologis, ditandai dengan keremajaan secara biologi yaitu di mulainya haid (menstruasi). Gangguan fisik yang sangat menonjol pada wanita haid adalah Nyeri Haid. Nyeri Haid dibedakan menjadi dua yaitu Nyeri Haid primer dan Nyeri Haid sekunder. Nyeri Haid primer biasanya terjadi dari mulai pertama haid kurang lebih usia 10-15 tahun (menarke) sampai usia 25 tahun. Nyeri pada Nyeri Haid primer lebih dikarenakan kontraksi uterus, sedangkan Nyeri Haid

sekunder disebabkan oleh kelainan yang didapat di dalam rongga uterus (Gilly, 2009).

Nyeri Haid jika tidak segera diatasi akan mempengaruhi fungsi mental dan fisik individu sehingga mendesak untuk segera mengambil tindakan/terapi secara farmakologis atau non farmakologis. Terapi secara farmakologis salah satunya dengan pemberian obat-obat analgesik. Obat golongan NSAID (*Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs*) dapat meredakan nyeri ini dengan cara memblok *prostaglandin* yang menyebabkan nyeri. Pengobatan dengan menggunakan NSAID memiliki efek samping yang berbahaya terhadap sistem tubuh lainnya (nyeri lambung dan resiko kerusakan ginjal) (Gilly, 2009).

Terapi non farmakologis antara lain pengaturan posisi, teknik relaksasi, kompres hangat, olahraga, relaksasi, dan pemberian ramuan herbal. Terapi ramuan herbal dapat dilakukan dengan cara menggunakan obat tradisional yang berasal dari bahan-bahan tanaman. Beberapa bahan tanaman dipercaya dapat mengurangi rasa nyeri. Salah satu tanaman tersebut adalah jahe (*Zingibers Officinale Rosc.*) yang bagian rimpangnya berfungsi sebagai analgesik, antipiretik, dan anti inflamasi (Suharmiati, 2006).

Jahe dapat digunakan bersama asam jawa untuk meredakan nyeri haid. Asam jawa mengandung asam sitrat, asam sitrat inilah yang membantu meringankan nyeri (Suharmiati, 2006). Nyeri Haid adalah salah satu contoh nyeri viseral. Asam jawa juga diyakini memiliki komponen kimia yang bersifat antioksidan. Asam jawa akan lebih dapat ditingkatkan aktivitas antioksidannya apabila di padukan dengan rempah lain (Suharmiati, 2006). Berdasarkan penelitian menyebutkan bahwa penurunan tingkat nyeri terjadi rata-rata setelah 15 menit setelah minuman kunyit (kunyit asam) perlakuan (Arifin, 2008).

Berdasarkan studi pendahuluan yang diperoleh dari hasil wawancara pada 25 mahasiswi program studi kebidanan STIKES Harapan Bangsa Purwokerto menunjukkan bahwa 45 % mengatakan nyeri ringan, 40 % nyeri sedang, 15 % nyeri berat dan masih banyak mahasiswa yang belum mengetahui manfaat minuman rempah jahe asam sebagai pereda rasa nyeri saat menstruasi. Responden melakukan penanganan Nyeri Haid dengan menggunakan minyak kayu putih, istirahat ditempat

tidur, dan ada yang tidak melakukan apa-apa. Dari permasalahan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh minuman rempah jahe asam terhadap penurunan skala nyeri haid primer. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis bagaimanakah pengaruh minuman rempah jahe asam terhadap penurunan skala nyeri haid primer pada remaja.

METODE PENELITIAN

Model penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen karena syarat-syarat dalam penelitian eksperimen tidak cukup memadai yaitu tidak melakukan dilakukan kontrol terhadap variabel-variabel yang berpengaruh terhadap eksperimen (Notoatmodjo,2010). Rancangan penelitian ini adalah *one group pre and post tes design* yaitu dengan menggunakan satu kelompok responden di mana kelompok tersebut diberikan perlakuan. Pengukuran dilakukan sebelum dan setelah perlakuan. Adanya perbedaan hasil pengukuran dianggap sebagai efek dari perlakuan (Saryono, 2011). Teknik Sampling dengan menggunakan *purposive sampling*. Dalam pengambilan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi. Dalam penelitian ini sampel yang didapatkan ada 40 mahasiswa yang sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah sampel didapatkan kemudian pada saat mahasiswa mengalami nyeri haid langsung mendatangi laboratorium dan diukur skala nyeri haidnya kemudian diberikan minuman rempah jahe asam. Setelah 15 menit diberikan minuman rempah jahe asam,mahasiswa akan diukur kembali untuk skala nyeri haidnya. Analisis dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariate menggunakan T Test berpasangan dengan terlebih dahulu menggunakan uji normalitas data. Hasil dari uji normalitas data adalah data yang digunakan dalam penelitian adalah normal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Setelah dilakukan penelitian dengan mengadakan wawancara dan pengisian data ke dalam kuesioner kepada para mahasiswa prodi kebidanan sejumlah 40 orang yang berusia 18-21 tahun dan sesuai dengan kriteria inklusi

mengenai pengaruh minuman kunyit asam terhadap penurunan nyeri haid pada dismenorea primer, diperoleh data sebagai berikut:

Dari 40 mahasiswi yang mengalami dismenorhea primer mendapatkan intervensi yaitu minum minuman rempah jahe asam saat dismenorhea berlangsung. Sebelum diberikan minuman, mahasiswa tersebut diukur dahulu untuk skala nyeri nya menggunakan NRS, kemudian baru minum minuman rempah jahe asam tersebut. Setelah dilakukan intervensi tersebut 15 menit kemudian diukur kembali skala nyeri haidnya, mahasiswi ada yang mengalami penurunan skala nyeri haid dan ada juga mahasiswa yang sudah tidak memiliki keluhan lagi saat menstruasi. Berikut ini disajikan tabel hasil penelitian sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Reponden Berdasarkan Usia

	Mean	Median	Standar Deviasi	Minimum	maksimum
Usia	18,43	18,00	0,747	17	21

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa rata-rata usia responden adalah 18 tahun 4 bulan, usia minimal responden adalah 17 tahun dan usia maksimal responden adalah 21 tahun.

Tabel 2. Nyeri haid sebelum intervensi

Skala Nyeri	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
0	0	0
1	1	2,5
2	1	2,5
3	3	7,5
4	6	15,0
5	4	10,0
6	10	25,0
7	7	17,5
8	7	17,5
9	1	2,5
10	0	0
Total	40	100

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa skala nyeri haid yang dialami mahasiswa sebelum diberikan intervensi sebagian besar berada pada angka 6 atau termasuk kategori nyeri sedang yaitu sebanyak 10 responden (25%).

Tabel 3. Nyeri haid setelah intervensi

Skala Nyeri	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
0	5	12,5
1	2	5,0
2	6	15,0
3	10	25,0
4	6	15,0
5	6	15,0
6	4	10,0
7	1	2,5
8	0	0
9	0	0
10	0	0
Total	40	100

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa skala nyeri haid yang dialami pada mahasiswa setelah diberikan intervensi minuman rempah jahe asam sebagian besar berada pada angka 3 atau termasuk kategori nyeri ringan yaitu sebanyak 10 responden (25%).

Tabel 4. Pengaruh Minuman Rempah Jahe Asam Terhadap Penurunan Nyeri Haid Primer

Skala Nyeri	Mean	Standar Deviasi	<i>P Value</i>
Pre intervensi	5.75	1,878	0,0001
Post Intervensi	3.23	1,888	

Berdasarkan Tabel 4 dapat disimpulkan bahwa dari hasil perhitungan dengan menggunakan *Uji T berpasangan* yaitu dengan membandingkan skala nyeri haid yang dialami responden sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi menunjukkan bahwa ada pengaruh minuman rempah jahe asam terhadap penurunan nyeri haid primer yang ditunjukkan dengan nilai *P value* = 0,0001 yang berarti $< 0,05$. Hal ini juga dapat dilihat dari perbedaan rerata skala nyeri haid sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Hal ini

menyebabkan H_a diterima dan H_0 ditolak yaitu ada pengaruh minuman rempah jahe asam terhadap penurunan nyeri haid primer pada mahasiswi program studi kebidanan.

B. PEMBAHASAN

1. Karakteristik usia responden

Berdasarkan pada hasil penelitian yang telah didapatkan rata-rata usia responden adalah 18,43 tahun dengan usia minimum 17 tahun dan maximum 21 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Novia dan Puspitasari (2008) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *dismenore* primer. Penelitian menunjukkan bahwa *dismenore* primer lebih banyak ditemukan pada rentang usia 15-25 tahun dengan persentase 87% pada jumlah responden 100 orang. Penelitian lainnya oleh Ortiz (2010) menunjukkan bahwa rata-rata usia responden yang mengalami *dismenore* adalah 17-35 tahun. *Dismenore* primer umumnya dimulai pada 1-3 tahun setelah haid pertama (*menarche*). Kasus ini bertambah berat beberapa tahun hingga usia 23-27 tahun (Morgan dan Hamilton, 2009).

2. Skala nyeri *dismenore pre* dan *post*

Pada saat sebelum diberikan intervensi skalanyeri haid sebagian besar responden adalah berada di angka 6 yang berarti nyeri sedang yaitu sebanyak 10 responden (25 %). Setelah diberikan intervensi yaitu diberikan minuman rempah jahe asam kemudian 15 menit kemudian diukur skala nyeri haidnya kembali. Dari hasil pengukuran reponden Sebagian besar responden mengalami penurunan skala nyeri haid menjadi 3 yaitu nyeri ringan sebanyak 10 responden (25 %). Selain itu juga ada peningkatan jumlah responden yang tidak mengalami nyeri haid menjadi 5 responden (12,5%). Hasil peneliian juga menunjukkan adanya penurunan rata-rata skala nyeri haid primer sebelum dan sesudah intervensi sebanyak 2,52 point. Hasil penelitian tersebut didukung oleh Suparmi (2016) tentang pengaruh jahe asam terhadap nyeri *dismenore* primer yang menunjukkan bahwa ada penurunan skala nyeri haid pada mahasiswa setelah diberikan jahe asam selama 5 hari. Hasil penelitian

juga didukung oleh penelitian Juliana (2014) yang menunjukkan bahwa ada penurunan skala nyeri haid primer setelah minum ekstrak jahe. Ramuan yang diberikan mampu mengurangi nyeri responden sehingga mereka dapat melanjutkan aktivitas sehari-hari.

3. Pengaruh minuman rempah jahe asam asam Terhadap Penurunan Nyeri Haid Primer

Berdasarkan hasil uji statistik *Uji T berpasangan* didapatkan hasil bahwa nilai P value adalah 0,0001 yang berarti $< 0,05$ yang menyimpulkan bahwa H_a diterima dan H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh minuman kunyit asam terhadap penurunan nyeri haid primer pada mahasiswa program studi kebidanan D3. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya penurunan rata-rata skala nyeri haid primer sebelum dan sesudah intervensi sebanyak 2,52 point.

Nyeri Haid primer terjadi akibat endometrium mengalami peningkatan *prostaglandin* dalam jumlah tinggi. Di bawah pengaruh progesteron selama fase luteal haid, endometrium yang mengandung *prostaglandin* meningkat mencapai tingkat maksimum pada awalan haid. *Prostaglandin* menyebabkan kontraksi myometrium yang kuat dan mampu menyempitkan pembuluh darah mengakibatkan iskemia, disintegrasi endometrium dan nyeri (Morgan & Hamilton, 2009).

Prostaglandin F2 alfa adalah suatu perangsang kuat kontraksi otot polos myometrium dan konstiksi pembuluh darah uterus. Hal ini memperparah hipoksia uterus yang secara normal terjadi pada haid sehingga timbul nyeri berat (Corwin, 2009). Selain itu, kejadian *Nyeri Haid* primer juga dapat dipicu oleh faktor psikogenik yaitu stress emosional dan ketegangan, kurang vitamin, atau rendahnya kadar gula (Widyastuti, 2009).

Nyeri Haid primer muncul berupa serangan ringan, kram pada bagian tengah, bersifat spasmodik yang dapat menyebar ke punggung atau paha bagian dalam. Umumnya ketidaknyamanan muncul 1-2 hari sebelum haid. Namun nyeri paling hebat muncul pada hari pertama haid. Nyeri Haid

kerap disertai efek seperti muntah, diare, sakit kepala, nyeri kaki, dan sinkop (Morgan & Hamilton, 2009).

Pada penelitian ini responden diberikan intervensi minuman rempah jahe asam pada saat mereka mengalami dismenorhea primer. Saat responden mengalami nyeri haid primer kemudian diukur skala nyeri haidnya, kemudian setelah itu diukur kembali skala nyeri haidnya setelah 15 menit perlakuan. Hasil dari intervensi ini adalah sebagian besar responden mengalami penurunan nyeri haid. Jahe mengandung *gingerol* yang mampu memblokir *prostaglandin*. Penelitian menunjukkan bahwa jahe memiliki efektivitas yang sama dengan asam mefenamat dan ibuprofen dalam mengurangi rasa nyeri pada Nyeri Haid primer. Selain itu tidak ditemukan efek samping yang parah dari jahe (Corwin, 2009).

Jahe memiliki efektivitas yang sama dengan ibuprofen dalam mengurangi nyeri. Secara umum ibuprofen dikenal sangat cepat dan efektif diserap setelah pemberian peroral. Puncak konsentrasi di dalam plasma sangat singkat yaitu antara 15 menit-1 jam. Kerja dari ibuprofen pun sama dengan jahe yaitu dengan menghambat sintesis *prostaglandin*.. Obat-obat/herbal yang sejenis dengan ibuprofen sangat mudah diabsorpsi oleh sistem gastrointestinal. Waktu paruh obat adalah waktu yang diperlukan obat untuk dimetabolisme. Waktu paruh ibuprofen relatif singkat (Corwin, 2009).

Seperti halnya rempah-rempah lain (misalnya jahe), asam jawa juga diyakini mengandung komponen bioaktif yang bersifat antioksidan yaitu pencegah radikal bebas yang dapat merusak sel tubuh. Komponen bioaktif asam jawa juga dapat berinteraksi dengan reaksi-reaksi fisiologis, sehingga mempunyai kapasitas antimikroba, anti pertumbuhan sel kanker dan sebagainya. Jenis asam yang terkandung dalam buah asam jawa adalah asam tartrat, asam malat, asam sitrat, asam suksinat, asam asetat, asam askorbat dan asam laktat. Buah asam jawa, memiliki agen aktif alami anthocyanin sebagai antiinflamasi dan antipiretika. Asam jawa mempunyai kandungan Minyak atsiri, karbohidrat, steroid, anthocyanin, tanin, dan minyak volatil (25,4%) (Khalid et al/Livingston et al., 2008). Buah asam jawa memiliki

banyak manfaat medis yaitu anthocyanin karena agen tersebut mampu menghambat kerja enzim cyclooxygenase (COX) sehingga mampu menghambat dilepaskannya prostaglandin. Sedangkan bahan tannins, saponins, sesquiterpenes, alkaloids, dan phlobatamins akan sangat bermanfaat untuk menenangkan pikiran dan mengurangi tekanan psikis (Livingstone, 2008).

Hasil penelitian ini didukung oleh Penelitian Suparmi (2016) menunjukkan bahwa ada penurunan skala nyeri haid primer setelah diberikan ekstrak jahe merah. Penelitian ini juga didukung oleh Penelitian Juliana (2014) yang menunjukkan bahwa terjadi penurunan nyeri haid primer setelah diberikan minuman jahe merah asam pada mahasiswa keperawatan. Penurunan nyeri ini dialami 15 menit setelah para siswi minum minuman rempah jahe asam.

Lebih spesifik dapat dijelaskan bahwa kandungan *gingerol* pada jahe dan anthocyanin pada asam jawa akan menghambat proses inflamasi yang berperan sebagai inhibitor enzim siklooksigenase (COX) (Almada, 2000; Hoppe, 2010; Wieser, et al., 2007). Mekanisme biokimia terpenting yang dihambat oleh *gingerol* adalah influks ion kalsium ke dalam sel-sel epitel uterus. Jika penghambatan terhadap influks ion ini dilakukan ke dalam sel epitel uterus, maka kontraksi uterus bisa dikurangi atau bahkan dihilangkan sehingga tidak terjadi dismenorea primer (Thaina, et al., 2009). Hal ini sesuai dengan tinjauan teori yang telah diungkapkan sebelumnya mengenai bahan-bahan aktif yang terdapat dalam jahe dan asam. Baik jahe asam sebagai antiinflamasi, analgetika dan antipiretika, maupun sebagai penenang yang bisa menghindarkan stimulasi saraf simpatis dari stres yang sering dialami remaja putri oleh karena aktivitasnya sehari-hari.

SIMPULAN

Berdasarkan uraian pada hasil dan pembahasan dapat diambil kesimpulan bahwa Sebelum diberikan minuman kunyit asam sebagian besar responden mengalami skala nyeri haid 6 (nyeri haid sedang) yaitu sebanyak 10 orang (25%).

Setelah dilakukan intervensi yaitu dengan pemberian minuman kunyit asam sebagian responden mengalami penurunan yaitu menjadi skala nyeri 3 (nyeri haid ringan) yaitu sebanyak 10 orang (25%) dan peningkatan jumlah responden menjadi tidak nyeri menjadi 5 responden (12,5%). Ada pengaruh minuman kunyit asam terhadap penurunan tingkat nyeri haid primer pada mahasiswi program studi kebidanan D3 Stikes Harapan Bangsa Purwokerto.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, Gilly. (2009). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita, Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Andira, Dita. (2012). *Seluk Beluk Kesehatan Reproduksi Wanita*: Jogjakarta: A Plus Books.
- Anurogo, Dito. (2011). *Cara Jitu Mengatasi Nyeri Haid*. Yogyakarta: ANDI
- Arifin, S. (2008). *Nyeri Haid*. Jakarta :EGC
- Aulia.(2009). *Kupas Tuntas Menstruasi*. Yogyakarta: Millestone
- Elizabeth.J. Corwin. (2009). *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta : Aditya Medika
- Suharmiati dan Handayani, L., (2006), *Cara Benar Meracik Obat Tradisional* Jakarta : Agro Pustaka
- Proverawati, A. & Misaroh, S. (2009). *Menarche Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Nuhamed. Jogjakarta
- Widyastuti, Yani, dkk. (2009). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitramaya
- Kusmiran, Eny. (2011). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika
- Livingston R.N.R., Jegan N., & Wesley J., (2008), *Antiulcerogenic activity of alcoholic extract of the leaves of Tamarindus indica (L) on experimental ulcer models. Pharmacol Online 3: 85–92.*
- Kozier, Barbara, dkk. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Perry & Potter. (2009). *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.

- Reeder, Sharon. J, Martin, Leonide L, dan Griffin, Deborah Koniak. (2011). *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga, Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Morgan & Hamilton. (2009). *Obstetri dan Ginekologi: Panduan Praktik, Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Saryono. (2011), *Metodologi Penelitian Kesehatan* . Yogyakarta : Mitra Cendikia Offset
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* . Bandung : Alfa Beta
- Suparmi. (2016). *Upaya Mengurangi Dismenorea Primer dengan Ekstrak Jahe Asam Jawa Pada Mahasiswi Kebidanan* (diakses pada tanggal 7 Juni 2017)

HUBUNGAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN KETEPATAN ANTENATAL CARE DI DESA BAGI KABUPATEN MADIUN

Rury Narulita Sari¹⁾, Eny Pemilu Kusparlina²⁾
Akademi Kebidanan Muhammadiyah Madiun
Email: Roe_erenes@yahoo.co.id

ABSTRACT

Correlation of the husband support and the accuracy of antenatal care in Desa Bagi Kabupaten Madiun. Antenatal care (ANC) is preventive efforts of obstetric health programs for output optimization of maternal and neonatal through series of activities routine monitoring of pregnancy. Support husband has big hand in maternal health status during pregnancy, labor, until her childbirth. This research objective is to know the extent of the support husband against his wife's pregnancy in making a visit ANC so hopefully pregnant women can make a visit antenatal care routinely. The research type was an observational analytic with cross sectional approach. The research population was a 3rd trimester pregnant women in Desa Bagi Kabupaten Madiun, samples taken by simple random sampling as many as 41 people. With the data collection techniques was using questionnaire and item statement 12 question and documentation study results of book ANC's visit. Data analyzing was using the uji chi square with $dk=1$, H_0 rejected if X^2 count $> X^2$ table with $= 0,05$ (3,841). The result of the research is there is a significant correlation of the husband support to the timeliness of the visit schedule antenatal care in pregnant women trimester III in Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun.

Keywords : support husband, pregnancy, antenatal care.

PENDAHULUAN

Antenatal care (ANC) adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetri untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin kehamilan (Syarifudin, 2008: 278). Peran antenatal care sendiri sangat besar karena dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit.

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama (0-12 minggu), triwulan kedua (13-28 minggu), dan triwulan ketiga (29-42 minggu). Seorang ibu hamil diwajibkan memeriksakan kehamilannya minimal empat kali yaitu: satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu) dan satu kali kunjungan pada trimester kedua (antara 14-18 minggu) serta dua kali kunjungan pada trimester

ketiga (antara 28-36 dan setelah minggu ke 36) (Syarifudin, 2002: N-2). Adapun jadwal pemeriksaan *antenatal care* menurut pada trimester I dan trimester II setiap satu bulan sekali dan trimester III setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran.

Pen pencapaian ketepatan kunjungan *antenatal care* sesuai yang diharapkan, perlu ditunjang oleh beberapa faktor antara lain: pengetahuan, sikap, dukungan suami, dan faktor demografi (paritas, biaya, jarak rumah dan budaya) (Nursalam, 2011: 35). Nirwana (2011: 78) peran bidan, dokter, suami dan keluarga sangat diperlukan dalam pemantauan kehamilan, dari beberapa faktor di atas bisa menyebabkan pengaruh kunjungan ANC (*antenatal care*).

Suami adalah pasangan hidup istri (ayah dari anak-anak). Suami mempunyai suatu tanggung jawab yang penuh dalam suatu keluarga tersebut dan suami mempunyai peranan yang penting, yaitu sangat dituntut bukan hanya sebagai pencari nafkah, tetapi juga sebagai motivator dalam berbagai kebijakan yang akan di putuskan termasuk merencanakan keluarga (Chaniago, 2002) dalam (Nursalam, 2007: 28).

Dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. Dukungan suami selama masa ibu hamil akan membuatnya merasa nyaman dan terjadi emosinya. Ibu dapat menjalani masa kehamilannya dengan baik. Suami adalah salah satu kunci agar ibu bisa memelihara emosi positif pada masa kehamilan. Saat ngidam, istri cenderung manja dan menjadi lebih sensitif. Suami dituntut untuk memiliki kematangan emosi yang lebih baik agar dapat menghadapi perubahan emosional ibu selama periode kehamilan. Calon ayah harus bisa menghadapi “periode manja” dan “periode tidak nyaman” yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan dengan penuh kesabaran. Sikap positif dan dukungan yang baik dari suami akan membuat proses kehamilan berjalan menyenangkan dan kondisi janin pun selalu sehat dan kuat (Nurdiansyah, 2011: 69).

Dampak dari ibu yang tidak sesuai melakukan pemeriksaan sesuai anjuran bidan, maka resiko tidak dapat dideteksi secara dini dan rujukan pun terlambat dilakukan, sehingga ibu dan bayi tidak dapat ditangani secara maksimal. Apabila

keluarga tidak mendukung dengan penuh kehamilan, dikhawatirkan ibu tidak dapat beradaptasi dengan baik mengenai ketidaknyamanan kehamilan. Untuk mengurangi resiko pada kehamilan yang disebabkan kurangnya dukungan keluarga maka setidaknya tercipta komunikasi yang baik khususnya dengan pasangan, keluarga, teman. Komunikasi atau hubungan emosional yang baik akan membantu menghadapi kesulitan dan kesedihan (Maulana, 2009: 174). Untuk itu dukungan keluarga mempunyai andil besar dalam status kesehatan ibu, jika seluruh keluarga mengharapkan kehamilan, bahkan menunjukkan rasa dukungannya maka ibu hamil akan lebih percaya diri, lebih bahagia dan siap dalam menjalani kehamilan dan persalinan, dan nifas (Maulana, 2009: 173).

Janin dapat mengalami keterhambatan perkembangan atau gangguan emosi saat lahir jika stres ibu tidak tertangani, oleh karena itu dukungan keluarga khususnya suami mempunyai andil yang besar dalam menemukan status kesehatan ibu (Maulana, 2009: 173). Untuk lebih mengoptimalkan ketepatan jadwal kunjungan *antenatal care* maka penerapan kelas ibu hamil dan penyuluhan secara rutin sangat diperlukan.

Hasil pengamatan dari peneliti, banyak diantara ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal care tanpa diantar/ ditemani oleh keluarga/ suami. Dari beberapa ibu hamil yang tidak ditemani suami saat melakukan kunjungan *antenatal care* mengaku bahwa suami/ keluarga mendukung kehaamilannya, namun karena beberapa alasan tidak dapat menemani. Hasil studi dokumentasi ibu hamil ternyata didapatkan banyak ibu hamil yang tidak tepat melakukan kunjungan *antenatal care*.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul “Hubungan antara Dukungan Suami dengan Ketepatan Jadwal Kunjungan *Antenatal Care* pada Ibu Hamil Trimester III di Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara dukungan suami dengan ketepatan jadwal kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil trimester III di Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini dilakukan penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Menurut Notoatmodjo (2010: 38) *cross sectional* ialah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Penelitian dilakukan di Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun yang melibatkan 2 Bidan Praktik Mandiri (BPM) yaitu Bidan Suprijati, SST., M.Kes dan Bidan Etik Suryani, Amd.Keb, dilaksanakan pada Bulan Mei – Juni 2017. Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Saryono, 2011). Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil TM III yang memeriksakan diri di BPM wilayah Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun, dengan jumlah sampel sebanyak 41 orang. Pengambilan sampel menggunakan *Simple Random Sampling*.

Variabel adalah gejala yang bervariasi misalnya jenis kelamin, berat badan, sehingga variabel adalah obyek penelitian yang bervariasi (Arikunto, 2010). Variabel bebas (*independen*) adalah yang mempengaruhi atau dianggap menentukan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan suami. Variabel terikat (*dependen*) adalah variabel yang dipengaruhi. Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu ketepatan kunjungan *antenatal care* pada ibu trimester III. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner dan dokumen. Kuesioner menggunakan pertanyaan tertutup (*Closedended question*) dengan *Multiple choise* (selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah). Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuisioner Nurasalam yang berjudul “Respons Penilaian Pasien terhadap Dukungan Keluarga (Sosial)” dengan 12 pertanyaan, yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Dokumen yang digunakan adalah buku periksa kunjungan *antenatal care* di BPM wilayah Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun. Analisis data dilakukan dengan menggunakan SPSS (*Software Statistical Program Social Science*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ibu hamil yang mendapat dukungan dari suami berdasarkan kuisioner sebanyak 9 orang (21,9%) dan yang tidak mendapat dukungan suami sebanyak 32 orang (78,1%). Hal ini tentunya berdampak buruk pada motivasi ibu. Banyaknya ibu hamil yang tidak memperoleh dukungan suami, maka ibu tidak mendapatkan dukungan dari beberapa aspek. Sesuai dengan pendapat Hause dalam Depkes (2002) dalam Nursalam (2007) maka ibu tidak mendapatkan dukungan meliputi : dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informatif.

Ibu hamil yang tepat dalam melakukan kunjungan ANC berdasarkan studi dokumen sebesar 41,5% (17 orang) dan yang tidak tepat sebesar 58,5% (24 orang). Hal ini kurang baik dikarenakan dengan tidak tepatnya ibu melakukan kunjungan *antenatal care* maka ibu tidak memperoleh keuntungan-keuntungan *antenatal care* seperti tidak dapat dilakukan deteksi dini terhadap komplikasi ibu dan janin. Manuaba menyatakan keuntungan pengawasan *antenatal* adalah diketahuinya secara dini keadaan resiko tinggi ibu dan janin, sehingga dapat melakukan pengawasan yang lebih intensif, melakukan rujukan untuk mendapat tindakan yang adekuat segera dilakukan terminasi kehamilan. Pernyataan Manuaba (2010, 240) juga menjelaskan untuk menegakkan kehamilan risiko tinggi pada ibu dan janin adalah dengan cara melakukan anamnesa yang intensif (baik), melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti (pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan roentgen, pemeriksaan ultrasonografi, pemeriksaan lain yang dianggap perlu). Berdasarkan waktu, keadaan risiko tinggi ditetapkan pada menjelang kehamilan, saat hamil muda, saat hamil pertengahan, saat inpartu, dan setelah persalinan.

Hal ini didukung oleh Puji Rochyati yaitu Primipara muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil di atas 5 tahun, tinggi badang kurang dari 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan [ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar]), pre-eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum,

kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang memengaruhi kehamilan (Manuaba, 2010).

Tabel 1. Tabulasi silang Hubungan antara dukungan suami dengan ketepatan jadwal kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil trimester III di Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun

Dukungan Suami	Ketepatan		Total
	Tidak Tepat	Tepat	
Tidak mendukung	22 (68,7%)	10 (31,3%)	32 (100%)
Mendukung	2 (22,2%)	7 (77,8%)	9 (100%)
Total	24 (58,5%)	17 (41,5%)	41 (100%)

Sumber : data primer (Kuisisioner) dan data skunder (buku periksa *antenatal care* ibu trimester III)

Tabel 1. di atas tampak bahwa sebagian besar suami yang tidak mendukung yaitu 22 orang (68,7%), memiliki istri yang tidak tepat dalam melaksanakan *antenatal care*, sedangkan suami yang mendukung sebanyak 7 orang (77,8%) memiliki istri yang tepat dalam melaksanakan *antenatal care*.

Penting bagi bidan untuk memeriksa tanda-tanda bahaya tersebut pada setiap kunjungannya. Jika bidan menemukan suatu tanda bahaya ini, maka tindakan selanjutnya adalah melaksanakan semua kemungkinan untuk membuat suatu *assesment/* diagnosis dan membuat rencana penatalaksanaan yang sesuai. Untuk itu perlunya peran bidan dalam memberikan penyuluhan ketepatan jadwal kunjungan *antenatal care* harus diperhatikan. Menurut Manuaba (2010) ketepatan jadwal pemeriksaan yaitu: trimester I dan II setiap bulan sekali, trimester III: Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda persalinan. selain itu frekuensi pemeriksaan ulang:

1. Setiap bulan sampai usia kehamilan 6 bulan (24 minggu) sampai 7 bulan (28 minggu).
2. Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan (32 minggu).
3. Setiap 1 minggu sejak usia 8 (32 minggu) bulan sampai terjadi persalinan (Manuaba, 2010: 111).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6.265(b)	1	.012		
Continuity Correction(a)	4.495	1	.034		
Likelihood Ratio	6.353	1	.012		
Fisher's Exact Test				.021	.017
Linear-by-Linear Association	6.112	1	.013		
N of Valid Cases	41				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.73.

Adapun derajat kebebasan dalam penelitian ini adalah:

$$dk = (K-1).(B-1)$$

$$dk = (2-1) . (2-1) =1$$

Berdasarkan tabel X^2 diketahui bahwa derajat keabsahan dari 5% adalah 3,841. Berdasarkan perhitungan:

$$\begin{aligned} X^2 &= \frac{n(a-b)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)} \\ &= \frac{41((22 \times 7) - (10 \times 2))^2}{(22+2)(10+7)(22+10)(2+7)} \\ &= \frac{41(154-20)^2}{117504} \\ &= 6,26528 \end{aligned}$$

Hasil perhitungan menyebutkan X^2 hitung $>$ X^2 tabel maka H_0 ditolak. Demikian pula berdasarkan hasil uji statistik menyebutkan bahwa ada hubungan antara dukungan suami dengan ketepatan jadwal kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil trimester III di Desa Bagi Kecamatan/ Kabupaten Madiun.

SIMPULAN

Sebagian besar suami tidak mendukung kegiatan *antenatal care*, ibu hamil tidak tepat dalam melaksanakan kunjungan *antenatal care* dan ada hubungan antara dukungan suami dengan ketepatan jadwal kunjungan *antenatal care*.

DAFTAR ISI

- Arikunto S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta, Rineka Cipta.
- Dahlan M S. (2011). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta, Salemba Medika.
- Danim S. (2003). *Metodologi Penelitian Kebidanan*. Jakarta, EGC.
- Depkes RI. (1994). *Manajemen Kebidanan*. Jakarta, Pusdiknakes.
- Hidayat A. (2011). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta, Salemba Medika.
- Manuaba, I Bagus Gede. (1998). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC.
- Mochtar, Rustam. (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta, Buku Kedokteran EGC.
- Murti B. (2010). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di bidang Kesehatan*. Yogyakarta, UGM Press.
- Notoadmojo S. (2010). *Metedologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta, Rineka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta, Salemba Medika.
- Pantiawati, dkk. (2010). *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta, Nuha Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta, PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saiffudin, Abdul Bari. (2002). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saryono, dan Setiawan A. (2010). *Metodologi Penelitian Kebidanan DIII, DIV, dan S2*. Yogyakarta, Nuha Medika.

Sugiyono. (2006). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung, Alfabeta.

Wheeler, Linda. (2004). *Asuhan Pranatal dan Pascapartum*. Jakarta, EGC.

Wiknjosastro, Hanifa. (2002). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

**HUBUNGAN PENDIDIKAN DAN PEKERJAAN DENGAN KEPATUHAN
IBU HAMIL DENGAN HIV DALAM MENGGUNAKAN ARV DI RSUD
PROF.DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

Tri Anasari

Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto

Email: *trianasari230981@gmail.com*

ABSTRACT

One of the Millennium Development Goals (MDGs), the sixth goal is the fight against HIV / AIDS, malaria and other infectious diseases. The goal of this indicator is to reduce HIV infection by half, including taking antiretroviral treatment measures. Non-adherence of patients to antiretroviral therapy can have a huge negative effect because the percentage of HIV / AIDS disease reaches 54%. The variables affecting compliance are education and employment. The purpose of this study is to analyze the relationship of education and employment with the compliance of pregnant women with HIV in taking antiretrovirals. The type of this research is observational analytic with cross sectional approach. The population is pregnant women with HIV who are taking antiretrovirals. The sample is 35 people and the sampling technique is total sampling. Univariate analysis to describe all research variables by arranging frequency distribution table from each variable. Bivariate analysis using chi square test. The results showed that most pregnant women have higher education, work and adhere to consume antiretrovirals. There is a relationship between education and employment with maternity compliance with HIV in taking antiretroviral drugs with p-value = 0.004 and 0.025. The conclusion of this study is that there is a significant relationship between education and employment with maternity compliance with HIV in taking antiretroviral drugs.

Keywords: *education, occupation, obedience, pregnant women, HIV, Antiretriviral*

PENDAHULUAN

Indonesia adalah salah satu dari negara Asia yang memiliki kerentanan HIV akibat dampak perubahan ekonomi dan perubahan sosial. Berdasarkan data kementerian kesehatan sampai dengan 2010 terjadi laju peningkatan kasus baru HIV yang semakin cepat terutama jumlah kasus baru HIV dalam 3 tahun terakhir lebih dari 3 kali lipat dibandingkan jumlah yang pernah dilaporkan pada 15 tahun pertama epidemi HIV di Indonesia. Jumlah terbesar pada sub-populasi pelanggan penjaja seks, yang jumlahnya lebih dari 3,1 juta orang dan pasangannya sebanyak 1,9 juta. Risiko penularan HIV tidak hanya terbatas pada sub-populasi yang berperilaku risiko tinggi, tetapi juga dapat menular pada pasangan atau istrinya, bahkan anaknya.

Berdasarkan modeling matematika, diperkirakan dalam rentan waktu tahun 2008 - 2015 secara kumulatif akan terdapat 44.180 anak yang dilahirkan dari ibu positif HIV (Kemenkes RI, 2013).

HIV/AIDS menyebabkan krisis secara bersamaan, menyebabkan krisis kesehatan, pembangunan negara, ekonomi dan kemanusiaan. Dengan kata lain HIV/AIDS menyebabkan krisis multidimensi. Sebagai krisis kesehatan, AIDS memerlukan respon dari masyarakat dan memerlukan layanan pengobatan dan perawatan untuk individu yang terinfeksi HIV (Djoerban, Z, 2006).

Paradigma baru yang menjadi tujuan Global dari UNAIDS adalah *Zero AIDS – related death*. Hal ini dapat tercapai bila pasien datang di layanan HIV dan mendapat terapi ARV secepatnya. Salah satu tujuan pembangunan Milenium (MDGs) yaitu tujuan keenam adalah memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lain. Tujuan dari indikator ini adalah mengurangi infeksi HIV hingga separuhnya, termasuk melakukan tindakan pengobatan ARV (UNICEF, 2012).

Penemuan obat *antiretroviral* (ARV) pada tahun 1996 mendorong suatu revolusi dalam perawatan ODHA di negara maju. Meskipun belum mampu menyembuhkan penyakit dan menambah tantangan dalam hal efek samping serta resistensi kronis terhadap obat, namun secara dramatis terapi ARV dapat mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik menurunkan angka kematian dan kesakitan, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan meningkatkan harapan masyarakat, sehingga pada saat ini HIV dan AIDS telah diterima sebagai penyakit yang dapat dikendalikan dan tidak lagi dianggap sebagai penyakit yang menakutkan (Kemenkes RI, 2013).

Estimasi UNAIDS pada tahun 2011 orang yang hidup dengan HIV sebanyak 34 juta orang dan yang meninggal sebanyak 1,7 juta orang dari penduduk dunia. Diperkirakan 0,8% orang dewasa usia 15-49 tahun hidup dengan HIV/AIDS. Pada tahun 2012, diperkirakan 35,3 juta orang di dunia hidup dengan HIV, 2,3 juta orang baru terinfeksi HIV dan yang meninggal mengalami penurunan dari tahun sebelumnya menjadi 1,6 juta jiwa. Berdasarkan data yang dilaporkan dari WHO bahwa pada akhir tahun 2012 sekitar 9,7 juta yang sudah terapi ARV.

Dalam memulai ARV dengan tingkat CD4-nya mencapai 350 sel/mm³ (UNAIDS, 2012).

Penemuan kasus HIV sejak tahun 2006 sampai dengan tahun 2012 di kabupaten Banyumas sebanyak 738 penderita, dan penderita AIDS sejak tahun 2006 sampai dengan tahun 2012 sebanyak 366. Sedangkan kasus HIV pada ibu hamil sejak tahun 2006 sampai dengan tahun 2011 sebanyak 8 orang dan mengalami peningkatan pada tahun 2012 menjadi 27 kasus. Letak geografis yang hampir sama dengan kabupaten Banyumas yaitu kabupaten Banjarnegara, Kabupaten Purbalingga, Kabupaten Cilacap dan Kabupaten Kebumen dengan angka kejadian HIV dan AIDS pada pertengahan 2013 tanpa memandang jenis kelamin yaitu sebanyak 18 orang, 32 orang, 163 orang dan 134 orang.

Jumlah ibu yang terinfeksi HIV pada tahun 2012 pada VCT adalah 23 orang dan pada PITC sebanyak 26 orang, ibu yang berisiko sebanyak 4 orang, dan pada tahun 2013 sampai dengan bulan Oktober ibu yang terinfeksi HIV pada pemeriksaan VCT sebanyak 20 orang dan PITC sebanyak 8 orang, ibu yang berisiko HIV sebanyak 2 orang. Total ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV dari tahun 2006 adalah sebanyak 156 orang, dimana 23 orang belum memulai syarat untuk ARV, 133 orang sudah melakukan terapi ARV, dimana yang aktif sampai dengan tahun 2013 adalah 66 orang, meninggal 14 tahun, stop 1 orang, drop out 29 orang dan rujuk keluar sebanyak 23 orang.

Pada umumnya permasalahan dalam pengobatan HIV/AIDS sangat kompleks karena perjalanan penyakit yang cukup panjang dengan sistem imunitas yang semakin menurun secara progresif dan munculnya beberapa jenis infeksi oportunistik secara bersamaan. Permasalahan dalam pengobatan HIV/AIDS adalah ARV, di mana obat ini hanya untuk menekan replikasi virus. Pengobatan dengan kombinasi obat-obat antiretroviral dapat mencegah berkembangnya infeksi HIV menjadi AIDS. Penelitian klinik menunjukkan bahwa penderita yang mengikuti aturan pengobatan dan melakukan pemeriksaan kesehatan dengan teratur, umumnya obat-obat akan bekerja dengan baik. Kenyataannya, beberapa dokter mengatakan bahwa hanya separuh pasiennya menunjukkan hasil yang baik (Kemenkes RI, 2013).

Salah satu faktor penting yang perlu diperhatikan adalah kepatuhan pasien. Kepatuhan harus selalu dipantau dan dievaluasi secara teratur pada setiap kunjungan. Melakukan diagnosa yang tepat, pemilihan obat serta pemberian obat yang benar dari tenaga kesehatan ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya. Menurut laporan dari WHO pada tahun 2003, kepatuhan rata – rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50 % sedangkan di negara berkembang jumlah tersebut bahkan lebih rendah (Kemenkes RI, 2011).

Ketidakpatuhan pasien pada terapi ARV dapat memberikan efek negatif yang sangat besar karena prosentase penyakit HIV/AIDS mencapai 54 % dari seluruh penyakit ditahun 2001. Angka ini bahkan diperkirakan akan meningkat menjadi lebih dari 65 % pada tahun 2020. Banyak penelitian menunjukkan bahwa hanya dengan kelupaan satu atau dua dosis obat ARV dalam satu minggu dapat memberikan dampak besar terhadap pengobatan HIV/AIDS.

Beberapa variabel yang juga berpengaruh terhadap kepatuhan menurut Suddart dan Brunner (2002) antara lain variabel sosiodemografi : usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan pendidikan. Variabel penyakit khususnya keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat penyakit. Variabel program terapeutik: kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial. Selain itu menurut Gibson (2006), terdapat 3 kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku yaitu : variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologi. Gibson menjelaskan bahwa faktor individu yang mempengaruhi perilaku adalah : pengetahuan, beban kerja, latar belakang/karakteristik yang meliputi; usia, jenis kelamin, masa kerja dan pendidikan. Selanjutnya faktor organisasi terdiri dari : sumber daya, kepemimpinan, supervisi, imbalan, kebijakan, struktur organisasi, desain pekerjaan. Adapun faktor psikologis terdiri dari : persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi/dukungan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan pendidikan ibu hamil, mendeskripsikan pekerjaan ibu hamil, mendeskripsikan kepatuhan ibu hamil dengan HIV/AIDS dalam mengkonsumsi ARV, menganalisis hubungan pendidikan dan pekerjaan dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV/AIDS dalam mengkonsumsi ARV.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu melakukan pengamatan sekali terhadap variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang sama. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli sampai September 2017 di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Instrumen pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan membagikan kuesioner pada ibu hamil dengan HIV yang datang ke RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dan observasi yaitu melihat kartu pasien saat berkunjung ke VCT, Register pemberian obat ARV, Laporan Bulanan Perawatan HIV& ART untuk mengetahui kepatuhan minum obat ARV.

Populasinya adalah semua ibu hamil dengan HIV/AIDS di RSUD Prof.dr. Margono Soekarjo Purwokerto sebanyak 35 orang. Sampelnya adalah semua ibu hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV sebanyak 35 orang. Prosedur pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *total sampling*. Variabel pada penelitian ini adalah pendidikan dan pekerjaan sebagai variabel bebas dan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengkonsumsi ARV sebagai variabel terikat. Definisi operasional variabel penelitian: a) Pendidikan adalah tingkat pendidikan yang dimiliki responden yang terdiri dari pendidikan rendah (SD dan SMP) dan pendidikan tinggi (SMA, D3, S1 dan S2), b) Pekerjaan adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh responden terdiri dari bekerja dan tidak bekerja, c) Kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengkonsumsi ARV adalah penilaian kepatuhan yang menggambarkan penggunaan obat ARV sesuai dengan petunjuk pada resep yang terdiri dari patuh, jika ibu hamil rutin mengkonsumsi ARV, tidak patuh, jika ibu hamil tidak rutin mengkonsumsi ARV. Analisa univariat untuk menggambarkan

semua variabel penelitian dengan cara menyusun tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Analisis bivariat menggunakan uji *chi square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Deskripsi Pendidikan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

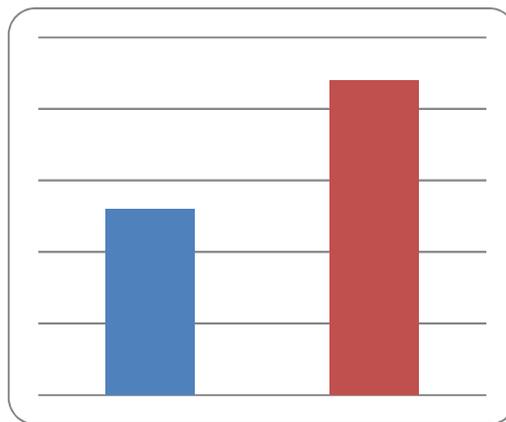


Diagram 1. Gambaran pendidikan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

Berdasarkan diagram 1 bahwa ibu hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV yang mempunyai pendidikan tinggi yaitu 22 orang (62,9%) lebih banyak daripada yang mempunyai pendidikan rendah yaitu 13 orang (37,1%). Pendidikan yang tinggi akan memudahkan ibu hamil dalam menerima informasi tentang pentingnya mengkonsumsi ARV. Hal ini diperkuat dengan teori Notoatmodjo (2009) yang menyatakan bahwa jenjang pendidikan seseorang yang semakin tinggi maka pasien akan lebih mudah dalam menerima informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Penyerapan informasi sangat beragam dan dipengaruhi oleh pendidikan. Pendidikan akan berpengaruh pada seluruh aspek kehidupan manusia, baik pikiran, perasaan maupun sikapnya (Astuti, 2008). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula dasar pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang untuk patuh dalam mengkonsumsi ARV. Hal ini didukung teori Soekanto (2007) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang adalah tingkat pendidikan formal,

walaupun pengetahuan tidak diperoleh dari pendidikan formal melainkan juga dari keluarga dan masyarakat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Martoni (2012) dengan judul Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien HIV/AIDS di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang bahwa tingkat pendidikan responden sebagian besar tinggi (SMA-PT) sebanyak 35 orang (63,6%).

2. Deskripsi Pekerjaan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

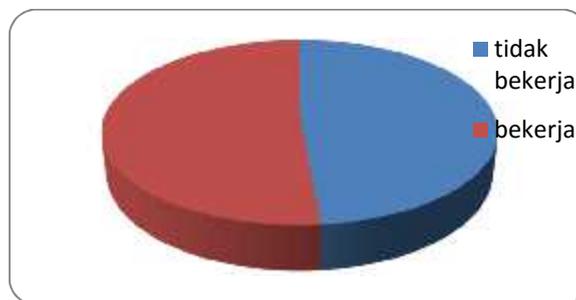


Diagram 2. Gambaran Pekerjaan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

Berdasarkan Diagram 2 bahwa ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV yang bekerja sebanyak 18 orang (51,4%) lebih banyak daripada yang tidak bekerja sebanyak 17 orang (48,6%). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden adalah bekerja. Jenis pekerjaan responden juga mempengaruhi kepatuhan responden untuk mengkonsumsi ARV. Hasil ini menunjukkan bahwa faktor pekerjaan merupakan salah satu faktor yang mempunyai hubungan bermakna dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi ARV. Hasil penelitian ini sangat sesuai dengan penelitian lainnya yang menunjukkan kepatuhan dinegara maju dan berkembang menemukan kesamaan kendala individu pada kepatuhan lupa minum obat karena terlalu sibuk, mengganggu aktivitas sehari-hari (Ubra, 2012).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lumbanbatu (2012) yang menyatakan bahwa responden sebagian besar bekerja yaitu 39 orang (66,1%). Dan penelitian Martoni (2012) bahwa sebagian besar responden bekerja sebanyak 50 orang (90,9%).

3. Deskripsi Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

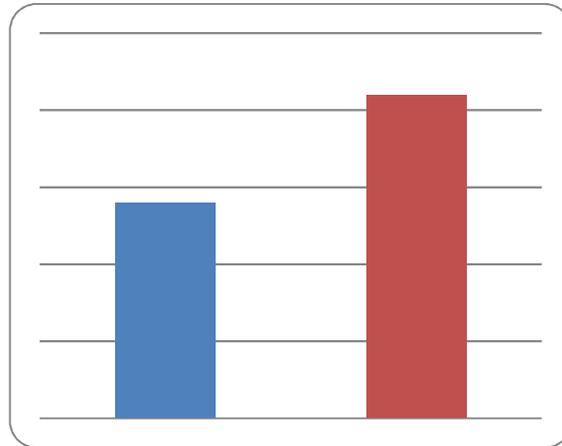


Diagram 3. Gambaran Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

Berdasarkan Diagram 3 bahwa ibu hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV sebagian besar patuh yaitu 21 orang (60%) sedangkan yang tidak patuh sebanyak 14 orang (40%). Hal ini sejalan dengan penelitian Carter (2012) menyimpulkan bahwa kepatuhan adalah faktor yang paling penting mempengaruhi keberhasilan virologi terapi HIV. Hasil terbaik terlihat pada pasien yang menggunakan semua/hampir semua dosis obat mereka dengan benar dan memiliki tingkat kepatuhan yang sempurna atau hampir sempurna.

Pada responden yang tidak patuh dapat disebabkan karena merasakan kejenuhan dalam menjalani terapi, dan mulai timbul rasa keputusasaan akibat harapan hidup yang kecil. Hal ini kemudian akan menyebabkan sikap apatis pada penderita sehingga mengakibatkan penderita tidak patuh dalam menjalani terapi. Berdasarkan derajat ketidakpatuhan yang dikemukakan oleh Nail (2007), bahwa salah satunya karena derajat gaya hidup yang dibutuhkan dimana alasan dominan penyebab ketidakpatuhan adalah kegagalan klien dalam melakukan adaptasi terhadap perubahan gaya hidup. Sebagian besar responden diidentifikasi tidak patuh terhadap waktu minum obat dengan alasan berada jauh atau sedang di luar rumah, lupa, berada dalam aktivitas tertentu yang tidak dapat ditinggalkan, serta bermasalah dengan jadwal spesifik minum obat ARV.

4. Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

Tabel 1. Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV

Pendidikan	Kepatuhan Ibu Hamil				Total	
	Tidak Patuh		Patuh		f	%
	F	%	F	%		
Rendah	10	76,9	3	23,1	13	100
Tinggi	4	18,2	18	81,8	22	100
<i>P-value = 0,001</i>						

Berdasarkan Tabel 1 bahwa ibu hamil dengan HIV yang mempunyai pendidikan rendah sebagian besar tidak patuh dalam mengkonsumsi ARV sebanyak 10 orang (76,9%), sedangkan ibu hamil dengan HIV yang mempunyai pendidikan tinggi sebagian besar patuh dalam mengkonsumsi ARV sebanyak 18 orang (81,8%). Hasil analisis *chi-square* didapatkan *p-value* = 0,001, yang berarti ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengkonsumsi ARV. Data ini memberikan makna bahwa tingkat pendidikan sangat berhubungan dan dominan terhadap kepatuhan mengkonsumsi ARV, dimana responden yang tingkat pendidikannya tinggi lebih patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan yang pendidikannya rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Soekanto (2007) bahwa pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan agar terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Dan teori Arifin (2008) yang menyatakan bahwa pendidikan menjadi tolak ukur yang penting dalam mempengaruhi pola pikir ibu untuk menentukan tindakan yang positif.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ubra (2012) bahwa responden yang mempunyai pendidikan tinggi sebagian besar patuh sebanyak 22 orang (66,7%) dan hasil analisis bivariat menunjukkan *p-value* 0,004 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV. Dan penelitian Martoni (2012) bahwa ada hubungan yang

signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap terapi ARV dengan $p\text{-value} = 0,014$.

5. Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV yang mengkonsumsi ARV

Tabel 2. Hubungan Pekerjaan dengan Kepatuhan Ibu Hamil dengan HIV

Pekerjaan	Kepatuhan Ibu Hamil				Total	
	Tidak Patuh		Patuh		f	%
	f	%	f	%		
Tidak Bekerja	11	64,7	6	35,7	17	100
Bekerja	3	16,7	15	83,3	18	100

$P\text{-value} = 0,004$

Berdasarkan Tabel 1 bahwa ibu hamil dengan HIV yang tidak bekerja sebagian besar tidak patuh dalam mengkonsumsi ARV sebanyak 11 orang (64,7%), sedangkan ibu hamil dengan HIV yang bekerja sebagian besar patuh dalam mengkonsumsi ARV sebanyak 15 orang (83,3%). Hasil analisis *chi-square* didapatkan $p\text{-value} = 0,004$, yang berarti ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengkonsumsi ARV. Data ini memberikan makna bahwa pekerjaan sangat berhubungan dan dominan terhadap kepatuhan mengkonsumsi ARV, dimana responden yang bekerja lebih patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ubra (2012) bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan minum ARV dengan $p\text{-value} = 0,025$. Dan penelitian Martoni (2012) bahwa responden yang bekerja sebagian besar patuh mengkonsumsi ARV sebanyak 37 (74%).

SIMPULAN

Sebagian besar responden mempunyai pendidikan tinggi. Sebagian besar responden bekerja. Sebagian besar responden patuh mengkonsumsi ARV. Ada hubungan antara

pendidikan dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengkonsumsi ARV. Ada hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan ibu hamil dengan HIV dalam mengkonsumsi ARV

DAFTAR PUSTAKA

- Djoerban, Z.(2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Cetakan Ke II*. HIV/AIDS Di Indonesia. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UI.
- Gibson, J.K. at.al. (2006). *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses, Jilid 1 edisi VIII*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kemenkes, R.I. (2011). *Pedoman Tata Laksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa*. Dirljen Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan Jakarta.
- Kemenkes, R.I. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV/AIDS*.
- Lumbanbatu, V.V.(2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Odha (Orang Dengan Hiv/Aids) Dalam Menjalani Terapi Antiretroviral Di Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Medan Tahun 2012*, In *Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Universitas Sumatera Utara: Medan.
- Martoni, W.(2012). *Faktor -Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Hiv/Aids Di Poliklinik Khusus Rawat Jalan Bagian Penyakit Dalam Rsup Dr.M.Djamil Padang*. Di Dapatkan Dari : [Http://Pasca.Unand.Ac.Id/Id/Wp-Content/Uploads/2011/09 /Faktor-Faktor-Yang-Mempengaruhi-Kepatuhan-Pasien-HivAids.Pdf](http://Pasca.Unand.Ac.Id/Id/Wp-Content/Uploads/2011/09/Faktor-Faktor-Yang-Mempengaruhi-Kepatuhan-Pasien-HivAids.Pdf)>, Akses : Senin, 4 September 2017.
- Notoatmodjo, S.(2009). *Kesehatan Masyarakat*. Ilmu & Seni. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nail N. (2007). *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat dan Professional Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC.
- Soekanto. (2007). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Ubra, R.R.. (2012). *Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Minum ARV Pada Pasien Di Kabupaten Mimika Propinsi Papua*, In *Magister Epidemiologi*. Universitas Indonesia: Depok.

UNICEF. (2012). *Multiple Indicator Cluster Survey Kabupaten Terpilih di Papua dan Papua Barat*, in *Temuan Kunci Awal*. Badan Pusat Statistik: Propinsi Papua & Papua Barat.

UNAIDS. (2012). *World AIDS Day Report, Geneva*, Geneva: UNAIDS.

PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA DAN DUKUNGAN TENAGA KESEHATAN TERHADAP PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

Sohimah, Yogi Andhi Lestari
STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: sohimah79@yahoo.com

ABSTRACT

Exclusive Breastfeeding (ASI) is a living liquid that can adjust the content of substance that can meet the nutritional needs of infants (Maryunani 2012). Based Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) of 2013 infants exclusively breastfeeding for six months is only 40.6%, far from the national target of 80%. The problems in the practice of exclusive breastfeeding is the social and cultural factors of economic (family support, education, income and employment status mothers), factors maternal age (readiness mothers in breastfeeding), factor parity mother, a factor of support from family, factor a lack of staff health and support community health workers making less light or encouragement about the benefits of exclusive breastfeeding. The purpose research this is to know the effect of family support and support of health workers on exclusive breastfeeding in Puskesmas Cilacap Tengah1 Kabupaten Cilacap. Methods This research is an explanatory research using cross sectional method. Subject Research This is the infant more 6 months and less of 12 months. Sample selection techniques that will be used in this research is cluster random sampling. Analysis of the data in this study conducted by Chi Square. Results of the research that no influencing to exclusive breastfeeding of health workers (p value $0,513 > 0,05$) and factor Support family significant influencing to exclusivebreastfeeding (p value $0,000 < 0,05$) No influencing to exclusive breastfeeding of health workers and Support family factor significant influencing to exclusive breastfeeding.

Keywords: *exclusive breastfeeding, support, family, labor health*

PENDAHULUAN

Salah satu tujuan dari *Millienium Development Goal's (MGD's)* adalah menurunkan 2/3 kematian bayi pada waktu antara tahun 1990-2015. Pemberian ASI eksklusif mengurangi tingkat kematian bayi yang disebabkan berbagai penyakit umum yang menimpa anak-anak seperti diare dan radang paru, serta mempercepat pemulihan bila bayi sakit (Maryuani 2012, h. 98). Organisasi Kesehatan sedunia WHO menganjurkan agar wanita hamil dan ibu yang baru melahirkan diberi tahu tentang manfaat dan keunggulan ASI, karena ASI memberikan gizi terbaik untuk bayi serta perlindungan terhadap penyakit (Maryuani 2012).

Air Susu Ibu (ASI) adalah cairan hidup yang dapat menyesuaikan kandungan zatnya yang dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi (Maryunani 2012, 40). Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang semasa bayinya mendapatkan ASI eksklusif umumnya lebih cerdas dan memiliki daya tahan tubuh yang lebih kuat. Pemberian ASI sangat mendukung terbentuknya sumber daya manusia yang berkualitas (Prabantini 2010, h. 2). Oleh karena itu diperlukan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan dapat dilanjutkan hingga 2 tahun.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 pemberian ASI eksklusif pada bayi selama enam bulan hanya 40,6%, jauh dari target nasional yang mencapai 80%. Data yang diperoleh dari profil kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 menunjukkan cakupan pemberian ASI eksklusif pada tahun 2010 sebesar 37,18%. Pada 2011 sekitar 45,36%, dan pada tahun 2012 mengalami penurunan yang sangat drastis, yaitu hanya 25,6%. Sedangkan pada tahun 2013 meningkat sebesar 52,99% (Profil Dinkes Jateng 2013).

Di Kabupaten Cilacap pada tahun 2011 pencapaian cakupan pemberian ASI eksklusif sebesar 30,8%. Pada tahun 2012 pencapaian pemberian ASI eksklusif sebesar 28,15%. Kemudian pada tahun 2013 pencapaian pemberian ASI eksklusif sebesar 28,8% dan mengalami kenaikan pada tahun 2014 yaitu sebesar 36,16% (Profil Dinkes 2014). Meskipun mengalami kenaikan, akan tetapi untuk pencapaian cakupan pemberian ASI eksklusif di Kabupaten Cilacap masih rendah dan jauh dibawah target nasional yang mencapai 80% .

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap tahun 2014, terdapat 38 Puskesmas. Pencapaian rata-rata pemberian ASI eksklusif di Kabupaten Cilacap Tahun 2014 sebesar 36,16%, dengan cakupan pemberian ASI eksklusif paling banyak terdapat di UPT Puskesmas Cimanggu I sebesar 88,92%, dan paling rendah terdapat di Puskesmas Cilacap Tengah 1 yaitu hanya sebesar 12,18% sangat jauh dari target nasional yang mencapai 80% (Profil Dinkes 2014).

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh faktor dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan terhadap mempengaruhi pemberian ASI eksklusif.

METODOLOGI PENELITIAN

Populasi penelitian ini adalah semua ibu menyusui yang memiliki bayi berusia > 6 bulan dan 12 bulan yang memberikan ASI eksklusif maupun yang sudah tidak memberikan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Tengah I yang berjumlah 336. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan teknik *cluster random sampling* dengan kriteria inklusi: Ibu yang memiliki bayi usia > 6 bulan dan 12 bulan dan tinggal di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Tengah I. Berdasarkan rumus jumlah sampel sejumlah 77 orang. Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara bertahap dengan *Chi Square* dan *Regresi logistic*

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang didapatkan yaitu status menyusui, dimana dalam penelitian ini, ibu yang memiliki bayi usia 6 bulan 12 bulan digolongkan menjadi 2 status yaitu, ASI Eksklusif dan tidak memberikan ASI Eksklusif. distribusi frekuensi sttus menyusui responden (ibu yang memiliki bayi usia 6 bulan 12 bulan) selengkapnya disajikan pada tabel 1 dibawah ini.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Status Menyusui dalam memberikan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Tengah I Tahun 2017

No	Status Menyusui	Frekuensi	Prosentase
1.	Eksklusif	55	71,4 %
2.	Tidak Eksklusif	22	28,6 %
	Jumlah	77	100%

Sumber: data primer, diolah Maret 2017

Berdasarkan pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa pada Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Tengah I sebagian besar responden telah memberikan ASI Eksklusif yaitu sebesar 71,4 % (55 responden dari 77 responden). Sedangkan ibu yang tidak memberikan ASI Eksklusif yaitu sebesar 28,6 % (22 responden dari 77 responden).

2. Faktor Dukungan Keluarga

Distribusi frekuensi dukungan keluarga yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif disajikan secara lengkap pada tabel 2 berikut.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga yang mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Tengah I Tahun 2017

Dukungan Keluarga	Tidak ASI Eksklusif (n=22)		ASI Eksklusif (n=55)		X ²	Nilai p
	f _i	%	f _i	%		
a. Mendukung	7	13,3	46	86,7	2,280	0,000
b. Tidak mendukung	15	62,5	9	37,5		

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui ibu yang memberikan ASI Eksklusif sebagian besar (86,7%) mendapatkan dukungan dari keluarga dan ibu yang tidak memberikan ASI Eksklusif sebagian besar 62,5% tidak mendapatkan dukungan dari keluarga. Hasil analisis diketahui bahwa ada pengaruh yang signifikan faktor dukungan keluarga terhadap pemberian ASI eksklusif (*p value* 0,000 < 0,05).

3. Faktor Dukungan Tenaga Kesehatan

Distribusi frekuensi dukungan tenaga kesehatan yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif disajikan pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Dukungan Tenaga Kesehatan yang mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Tengah I Tahun 2017

Tenaga Kesehatan	Tidak ASI Eksklusif (n=22)		ASI Eksklusif (n=55)		X ²	Nilai p
	f _i	%	f _i	%		
a. Mendukung	15	23,8	48	76,2	0,428	0,513
b. Tidak mendukung	7	50,0	7	50,0		

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui ibu yang memberikan ASI Eksklusif sebagian besar (76,2%) mendapatkan dukungan tenaga kesehatan dan yang tidak memberika ASI ASI Eksklusif juga sebagian besar (23,8 %) mendapatkan dukungan

dari tenaga kesehatan. Hasil analisis diketahui bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan faktor dukungan tenaga kesehatan terhadap pemberian ASI eksklusif (p value $0,513 > 0,05$).

INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

1. Faktor Dukungan Keluarga yang Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif

ASI adalah nutrisi terbaik untuk bayi. Itu sebabnya, American Academy of Pediatrics merekomendasikan bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif setidaknya selama 6 bulan pertama kehidupan. Setelah itu, pemberian ASI tetap berjalan setidaknya hingga bayi berusia 1 tahun bersamaan dengan pengenalan makanan padat.

Hasil analisis diketahui bahwa ada pengaruh yang signifikan faktor dukungan keluarga terhadap pemberian ASI eksklusif (p value $0,000 < 0,05$). Sejalan dengan pendapat Roesli (2007, h. 66), suami dan keluarga dapat berperan aktif dalam pemberian ASI dengan cara memberikan dukungan emosional atau praktis lainnya. Keberhasilan ibu tidak lepas dari peran serta keluarga. Dimana disebutkan bahwa semakin besar dukungan yang didapatkan ibu untuk terus menyusui bayinya secara Eksklusif, maka semakin besar pula kemampuan ibu untuk terus bertahan menyusui bayinya.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh novery Aisyaroh bahwa dalam penelitiannya terdapat hubungan antara dukungan bidan dengan pemberian ASI eksklusif (p value $0,089 < 0,05$). Melihat dari hasil penelitian yang peneliti lakukan, maka perlu adanya peningkatan motivasi dukungan dari keluarga terhadap ibu menyusui, agar ibu tetap memberikan dan bertahan dalammmemberikan ASI Eksklusifnya. Serta pemberian informasi mengenai ASI Eksklusif tidak hanya ditujukan pada ibu menyusui saja, namun keluarga juga terlibat dalam pemberian informasi ini, sehingga pemberian ASI Eksklusif dapat dilakukan secara maksimal.

Menurut analisis peneliti bahwa ibu yang mendapatkan dukungan informasi dari keluarga berupa nasehat, pengarahan atau pemberian dukungan emosional dari

keluarga yang baik akan menjadikan ibu termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

2. Faktor Dukungan Tenaga Kesehatan dalam Pemberian ASI Eksklusif

Pada umumnya para ibu patuh dan menuruti terhadap anjuran dan nasehat yang diberikan tenaga kesehatan, oleh karena itu petugas kesehatan diharapkan untuk memberikan informasi tentang kapan waktu yang tepat untuk memberikan ASI Eksklusif, manfaat ASI Eksklusif, ASI Eksklusif dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan resiko bila tidak memberikan ASI Eksklusif pada bayi kecil (Roesli 2005, h 86).

Periode pasca persalinan meliputi masa transisi kritis bagi ibu, bayi dan keluarganya secara fisiologis, emosional dan social. Baik dinegara maju maupun dinegara berkembang, perhatian utama bagi ibu dan bayi terlalu banyak tertuju pada masa kehamilan dan persalinan, sementara keadaan yang sebenarnya justru merupakan kebalikannya, oleh karena resiko kesakitan dan kematian ibu serta bayi lebih sering terjadi pada masa pasca persalinan. Periode pasca salin atau inilah saat peran tenaga kesehatan dan/atau bidan sangat menentukan terhadap pemberian ASI eksklusif.

Hasil analisis diketahui bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan pada faktor dukungan tenaga kesehatan terhadap pemberian ASI eksklusif (p value $0,513 > 0,05$). Petugas kesehatan adalah peletak dasar kecerdasan anak-anak Indonesia karena membimbing ibu untuk memberikan ASI eksklusif. Sikap dan perilaku petugas kesehatan dapat menjadi contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat (berperilaku hidup sehat) (Notoatmodjo 2010).

Berbeda hasil penelitian dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurlinawati, 2016 yang dalam hasil penelitiannya bahwa ada hubungan antara dukungan informasi dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi (p value $< 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan informasi semakin baik pemberian ASI eksklusif pada bayi.

Melihat dari hasil penelitian, diupayakan selain adanya dukungan dari tenaga kesehatan, dan dukungan dari dalam diri ibu sendiri tentang pentingnya ASI

Eksklusif dan manfaatnya juga harus ditingkatkan terutama dalam memberikan informasi tentang pentingnya ASI dan kolostrum serta pendampingan saat masa-masa kritis awal pemberian ASI. Sebesar apapun dukungan dan kerja keras tenaga kesehatan terhadap pemberian ASI eksklusif bagi ibu, penentu utamanya tetap ibu itu sendiri yang didukung oleh keluarga yang mendampingi selama proses laktasi.

Hal ini sebagai dasar apabila keluarga mendukung, begitu pula tenaga kesehatan, namun dalam diri ibu sendiri tidak mendukung, maka hak ini bisa saja menjadi penyebab gagalnya pemberian ASI Eksklusif. Dukungan tenaga kesehatan yang baik tidak akan bermakna jika tidak didukung dengan komitmen dari ibu dan keluarga.

SIMPULAN

Berdasarkan analisis bahwa dukungan tenaga kesehatan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pemberian ASI eksklusif dan faktor dukungan keluarga berpengaruh secara signifikan terhadap pemberian ASI eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati & Wulandari. (2010), *Asuhan Kebidanan Nifas*. Mitra Cendika, Yogyakarta.
- Azwar, S. (2010). *Metode Penelitian Pustaka Pelajar*, Yogyakarta.
- Baskoro, A. (2008). *ASI Panduan Praktis Ibu Menyusui*. Yogyakarta : Banyu Media
- Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun (2012) (dilihat pada tanggal 1 Oktober 2015 pukul 12.45 WIB)
- H. Arini. (2012), *Mengapa Seorang Ibu Harus Menyusui*, Yogyakarta.
- Kementrian Kesehatan (dilihat pada tanggal 16 Oktober pukul 9.39 WIB).
<<http://www.beritasatu.com/kesehatan/119566-baru-275-ibu-di-indonesia-berikan-asi-eksklusif.html>>
- Kristiyansari, Weni. (2009), *Asi Menyusui dan Sadari*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Lusiana, Andriyani, Megasari. (2015), *Buku ajar metodologi penelitian kebidanan* (dilihat pada tanggal 14 oktober 2015 pukul 14.15).

- Maryuani, Anik. (2012), *Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif & Manajemen Laktasi*, Trans Info Media, Jakarta.
- Nisman, DKK. (2011), *Panduan Pintar Ibu Menyusui*, ANDI, Flashbooks, Yogyakarta
- Notoatmodjo, S. (2010), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineke Cipta, Jakarta.
- Nurlinawati, Junaiti sahar, Henny Permatasari, (2016). Dukungan Keluarga Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Pada bayi Di Kota Jambi. *JMJ*, volume 4, 1:76 – 86..
- Prabantini (2010), Pentingnya pemberian ASI secara eksklusif dilihat pada tanggal 10 Oktober 2015 pukul 15.12 WIB.
- Prasetyono, Dwi Sunar. (2011), *Buku Pintar ASI Eksklusif*, DIVA pers, Yogyakarta.
- Rahmawati, Widyasih, dan Suherni. (2010), *Perawatan Masa Nifas*, Fitramaya, Yogyakarta.
- Roesli, Utami. (2010), *IMD plus ASI Eksklusif*. Pustaka Bunda, Jakarta.
- Roesli, Utami tentang Keberhasilan ASI Eksklusif (2008) dilihat tanggal 20 Mei 2016 <http://www.tabloid-nikita.com/Khasanah/khasanah08383-01.html>
- Soetjiningsih. (2009), *Asi Petunjuk Untuk Nakes*. EGC, Jakarta
- Suardi.,M,(2012). *Pengantar Pendidikan Teori dan Aplikasi*. Jakarta:indeks.Jakarta:salemba medika

PENGARUH KADAR HB DENGAN LAMA PENGELUARAN PLASENTA PADA KALA III PERSALINAN

Sugi Purwanti
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: sugipurwanti@gmail.com

ABSTRACT

Anemia in pregnancy if Hb levels below 11 g/dl during pregnancy, especially in the second trimester. One of the Impact of anemia is a disturbance of uterine contractions during labor. Weak contraction of the uterus can cause the duration of placental expenditure in the third stage of labor. The release of the placenta over 30 minutes causes postpartum hemorrhage which results in maternal death. The purpose of this study was to determine the effect of Hb level with the duration of placental expenditure in the third stage of labor. This research was an analytic research with correlation study with cross sectional approach. The data were collected by observation. The study population was maternal mothers in the district of Banyumas period of February-April 2017. Sampling technique was accidentally sampled until the sample quota was fulfilled. The sample criteria were maternal women vaginally, not given uterotonic other than in the first minute after the baby was born. Univariate analysis to know the frequency distribution of each variable of Hb level and length of placental expenditure. The bivariate analysis used a simple linear regression test. The result of research is normal distributed data. The mean of the variable Hb level value is 10.9 and the standard deviation is 0.96. the mean of the third stage of delivery value is 12.39 and the standard deviation 2.5. Result of significance value 0.012 less than 0.05 which means H_0 rejected. There is an influence between Hb levels on the duration of the third stage of labor.

Keywords: Hb, length of placenta expenditure.

PENDAHULUAN

Derajat kesehatan suatu bangsa salah satunya dapat dinilai dari tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). AKI merupakan jumlah yang meninggal akibat penyakit/masalah yang terjadi selama proses kehamilan, persalinan dan masa nifas, tidak termasuk kematian akibat kecelakaan atau kasus insidental per 100.000 kelahiran hidup. Salah satu penyebab AKI adalah perdarahan selama proses persalinan. Perdarahan terjadi akibat uterus tidak bisa berkontraksi setelah bayi dan plasenta lahir, adanya perlukaan di jalan lahir serta plasenta tidak lepas dalam waktu 30 menit.

PBB telah mencanangkan program Sustainable Development Goals (SDGs) tahun 2015-2030 salah satu tujuannya adalah kesehatan yang baik dan kesejahteraan.

Dalam rangka mendukung program SDGs yaitu AKI 102 per 100.000 KH, Indonesia berupaya melakukan penurunan AKI melalui program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). Program P4K mendorong ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin oleh tenaga kesehatan sehingga komplikasi dapat terdeteksi secara dini dan ditangani secara maksimal.

Berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (2012), AKI sebesar 359/100.000 kelahiran hidup meningkat jika dibandingkan dengan SDKI tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini cukup tinggi bila dibandingkan dengan kematian ibu di negara ASEAN. (Depkes RI, 2016). AKI di kabupaten Banyumas 2016 78,19/100.000 kelahiran hidup (22 kasus) menurun dari tahun 2015 sebesar 106/100.000 kelahiran hidup (29 kasus). Kasus kematian ibu di kabupaten Banyumas Januari-Agustus sudah 9 kasus kematian ibu (Dinkes Banyumas, 2016).

Hb atau hemoglobin merupakan bentuk protein yang terdapat dalam sel darah merah. Komponen hemoglobin tersebut kaya akan kandungan zat besi. Zat besi tersebut berfungsi mengikat oksigen dalam darah untuk diedarkan ke seluruh tubuh. Kadar Hb normal selama kehamilan adalah lebih dari 11 g/dl. Pada saat kehamilan terjadi perubahan fisiologis sistem kardiovaskuler, salah satunya adalah terjadinya proses haemodelusi. Hemodelusi terjadi karena volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari jumlah sel darah yang puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu (Manuaba, 1998).

Kala III persalinan adalah fase pengeluaran plasenta dan selaput ketuban setelah bayi lahir dalam persalinan (JNPK-KR, 2008). Fisiologi terjadinya kala III persalinan adalah setelah lahir otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Tempat perlekatan menjadi semakin mengecil, ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Purwanti, Sugi, 2016). Tanda-tanda kala III adalah uterus naik ke abdomen dan menjadi bulat, pancaran perdarahan pervaginam, tali pusat yang bertambah memanjang (Kriebs, 2009). Proses pengeluaran normalnya berlangsung selama 3-30 menit (Nur, Akbar, 2017).

Lama tidaknya kala pengeluaran plasenta dapat di pengaruhi oleh kontraksi uterus, perlekatan plasenta. Kontraksi uterus selama proses pengeluaran plasenta dapat dipengaruhi oleh waktu pemberian oxytocin selain itu kondisi umum ibu (Purwanti, Sugi, 2016). Kondisi umum yang dimaksud salah satunya adalah kadar Hb. Hb ini berfungsi membawa oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh, Hb juga membawa karbondioksida dari jaringan tubuh ke paru-paru (Bothamley, 2011). Kekurangan Hb selama kehamilan akan menghambat fungsi uterus untuk berkontraksi selama proses persalinan yang menghambat proses pengeluaran bayi pada kala II dan pengeluaran plasenta pada kala III persalinan.

Pengeluaran plasenta yang lama akan mengakibatkan perdarahan melalui bekas implantasi plasenta yang sudah terlepas tidak tertutup dengan sempurna. Plasenta yang telah lepas dan segera keluar dari uterus, akan segera merangsang kontraksi uterus dan menghentikan perdarahan. Perdarahan yang terjadi akibat retensio plasenta atau terlambatnya pelepasan plasenta dapat mengakibatkan ibu dalam kondisi syok hemoragik yang diawali dengan tanda: tekanan darah menurun; nadi cepat dan lemah; pucat, keringat dingin; sianosis jari-jari sampai mengakibatkan asidosis metabolik dan kematian (Robson, 2011).

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh kadar Hb dengan lama kala III persalinan, manfaat dari penelitian ini adalah peningkatan dasar keilmuan tentang persalinan, kala III persalinan terutama faktor penyebab lamanya pengeluaran plasenta berdasarkan evidence based. Manfaat lain adalah peningkatan kewaspadaan bagi pemberi pelayanan kebidanan untuk melakukan penjarangan deteksi dini bagi ibu hamil yang mengalami anemia dan penanganannya sebelum atau menjelang persalinan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini termasuk penelitian *analitik dengan study korelasi* dengan pendekatan *cross sectional*. Variabel penelitian terdiri dari variabel independen kadar Hb ibu saat hamil trimester II yang diukur dengan Hb sahli. Variabel dependen adalah lama kala III persalinan (waktu yang dihitung dari setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap). Cara pengumpulan data yang dilakukan

dengan observasi. Populasi penelitian ini semua ibu bersalin pada periode bulan Februari-April 2017 di Kabupaten Banyumas. Teknik pengambilan sampel menggunakan tehnik accidental sampai kuota sampel terpenuhi. Kriteria sampel yang digunakan adalah ibu bersalin secara pervaginam, tidak diberikan uterotonika selain pada menit pertama setelah bayi lahir. Analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi masing-masing variabel, sedangkan analisis bivariatnya menggunakan uji regresi linear sederhana.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Distribusi frekuensi variabel kadar Hb selama kehamilan

Haemoglobin adalah komponen di dalam sel darah merah yang berfungsi mendistribusikan oksigen dari jantung ke seluruh tubuh (Waterbury, 2001). Apabila wanita hamil mengalami kekurangan Hb maka distribusi oksigen dalam tubuhnya berkurang. Oksigen berfungsi sebagai bahan bakar proses metabolisme. Selama proses kehamilan terjadi proses perubahan ukuran uterus semakin membesar seiring dengan bertambahnya umur kehamilan, kondisi ini memungkinkan bagi ibu hamil terpenuhinya kebutuhan gizi maksimal dan kadar Hb yang normal.

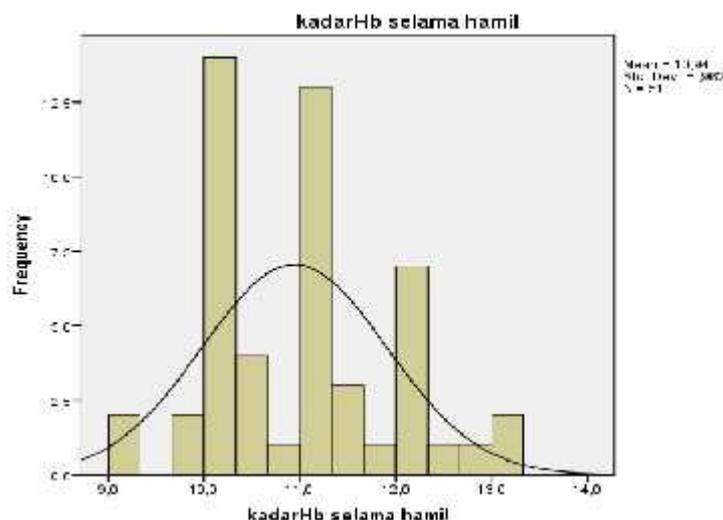


Diagram 1. Distribusi frekuensi kadar Hb selama hamil

Dalam penelitian ini rata-rata kadar Hb selama kehamilan adalah 10,94 g/dl dengan standar deviasi 0.962 (**Diagram 1.**). Kadar Hb ibu yang rendah

(anemia) selama kehamilan berisiko mengalami komplikasi baik dalam kehamilan dan persalinan (Tambayong, 2000). Akibat anemia pada ibu hamil antara lain: perdarahan saat persalinan karena luka akibat persalinan tidak menutup, meningkatkan risiko terjadinya partus prematur; berat badan bayi saat lahir rendah; gangguan jantung, ginjal, dan otak (Sinsin, 2008).

Tinggi rendahnya kadar Hb antara lain di pengaruhi oleh: pola makan makanan yang bergizi terutama makanan yang mengandung zat besi tinggi; kondisi penyakit yang kronis; kelainan hematologi. Pencegahan terhadap anemia selama kehamilan dapat dilakukan dengan pemberian tablet zat besi dengan dosis minimal 90 tablet selama kehamilan.

2. Distribusi frekuensi variabel lama kala III persalinan

Kala III persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta yang diawali setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Fisiologi kala III persalinan adalah terjadinya penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi karena adanya kontraksi uterus. Penyusutan ukuran ini mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat pelekatan plasenta. Ukuran tempat plasenta yang mengecil tetapi ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlupa kemudian terlepas dari dinding uterus. Plasenta yang lepas akan turun ke bagian bawah uterus dan ke dalam vagina (Oktarina, 2016).

Proses pelepasan sampai dengan pengeluaran normalnya berlangsung 3 sampai 30 menit. Pada penelitian ini rata-rata lama pengeluaran plasenta 12,39 menit dengan standar deviasi 2,554 (**Diagram 2**). Artinya rata-rata lama pengeluaran plasenta pada responden adalah kurang dari 15 menit. Semakin cepat waktu pengeluaran berarti semakin lebih baik, karena berkurangnya risiko peningkatan jumlah perdarahan persalinan terutama pada kala III.

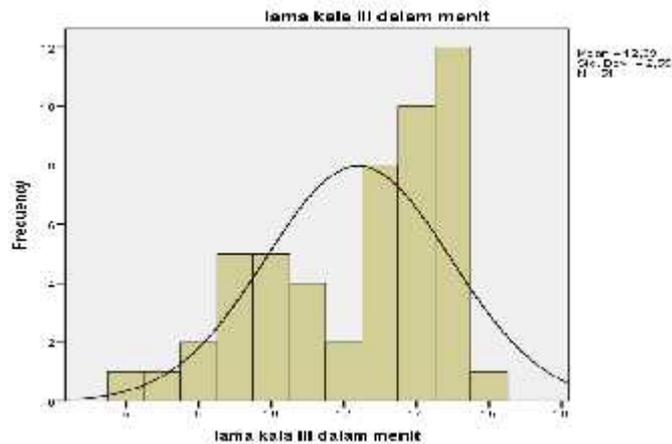


Diagram 2. Distribusi frekuensi lama Kala III persalinan

Deteksi dini komplikasi selama kehamilan dan penanganan ibu yang baik selama persalinan dapat mengurangi risiko keterlambatan waktu pengeluaran plasenta. Deteksi dini selama kehamilan melalui pemeriksaan ANC secara rutin dan terpadu (14 T dan 17 T). ANC terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil serta terpadu dengan program lain yang memerlukan intervensi selama kehamilannya. Dalam pelayanan ANC salah satunya adalah pemberian tablet zat besi yang bertujuan mencegah anemia selama kehamilan.

Dalam langkah Asuhan Persalinan Normal (APN), pemberian oxytocin 1 menit setelah bayi baru lahir harus dilakukan untuk mempercepat proses pelepasan plasenta, apabila dalam 15 menit berikutnya plasenta belum lahir maka harus diberikan injeksi oxytocin ke dua. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan akibat terlambatnya pelepasan dan pengeluaran plasenta yang dapat menimbulkan kematian ibu karena perdarahan.

3. Pengaruh kadar Hb dengan lama kala III persalinan

Selama hamil apabila kadar Hb 12-14 g/dl dikategorikan normal atau tidak mengalami anemia, dikatakan anemia jika kadar Hb kurang dari 10g/dl (Sinsin, 2008). Berdasarkan hasil penelitian (**Tabel.1**) menunjukkan bahwa nilai signifikansi 0.012 yang lebih kecil dari 0.05 berarti H_0 di tolak, H_A diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara kadar Hb dengan lama kala III persalinan. Berdasarkan uji regresi dihasilkan persamaan $Y=22.528+(-$

)0.926(X) yang artinya setiap penambahan 1 g/dl akan mengurangi waktu lama pengeluaran plasenta 0.926 menit. Kadar Hb yang rendah terutama pada T II dan III dapat meningkatkan risiko komplikasi baik selama kehamilan dan persalinan. Komplikasi yang dapat terjadi selama persalinan paling sering adalah perdarahan. Perdarahan terjadi karena kontraksi uterus selama persalinan lemah. Lemahnya kontraksi uterus setelah bayi lahir, dapat menghambat proses pelepasan dan pengeluaran plasenta.

Tabel 1. Nilai signifikansi uji regresi

		Coefficients^a				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	22.528	3.904		5.771	.000
	kadarHb selama hamil	-.926	.355	-.349	-2.606	.012

a. Dependent Variable: lama kala III dalam menit

SIMPULAN

Distribusi frekuensi variabel kadar Hb dan variabel lama pengeluaran plasenta dengan nilai mean 10,94 dan 12,39. Adanya pengaruh antara kadar Hb dan variabel lama pengeluaran plasenta pada kala III persalinan dengan model persamaan $Y=22.528+(-)0.926(X)$ yang artinya setiap penambahan 1 g/dl akan mengurangi waktu lama pengeluaran plasenta 0.926 menit

DAFTAR PUSTAKA

- Bothamley, Judy. (2011), Patofisiologi dalam Kebidanan, Jakarta: EGC
- JNPK-KR. (2008), Buku Acuan Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Depkes RI
- Kriebs, Jan M. (2009), Asuhan Kebidanan Varney, Jakarta: EGC
- Manuaba (1998), Ilmu Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan, Jakarta: EGC
- Nur, Akbar. (2017), Buku Saku Keperawatan dan Kebidanan, Celebes Media Perkasa

<http://www.kemkes.go.id/development/site/jkn/index.php?cid=1-16101000002&id=profil-kesehatan-indonesia-tahun-2015>

<http://dinkes.banyumaskab.go.id/read/20676/laporan-kinerja-instansi-pemerintah-dinkes-kab-banyumas>

Oktarina, Mika (2016) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Yogyakarta: Dee Publish

Robson, Elizabeth (2011), Patologi pada Kehamilan (Manajemen dan Asuhan), Jakarta:EGC

Purwanti, Sugi (2016), Jurnal Bidan Prada, *Pengaruh Waktu Pemberian Oxytocin dengan Lama Pengeluaran Plasenta pada Kala III Persalinan, Vol 8 Nomor 1, Juni 2016.*

Sinsin, Lis. (2008), Seri Kesehatan Ibu dan Anak, Masa Kehamilan dan Persalinan, Jakarta: Elex Media Komputindo

Tambayong, Jan. (2000), Patofisiologi untuk Keperawatan Cet:I, Jakarta: EGC

Waterbury, Larry (2001), Buku Saku Hematologi (alih bahasa oleh Sugi Suhandi) Cet:I, Jakarta:EGC

**ANALISIS FAKTOR IBU YANG BERHUBUNGAN DENGAN
STATUS GIZI BALITA DI DESA SLARANG
KECAMATAN KESUGIHAN CILACAP
TAHUN 2017**

Sujianti¹, Ahmad Subandi², Yuniariana³

¹ Program Studi D3 Kebidanan STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: umiyahyasuji@gmail.com

² Program Studi D3 Keperawatan STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: ahmadsubandi@gmail.com

³ Program Studi D3 Farmasi STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: yuniariana@gmail.com

ABSTRACT

Riskesdas 2007, 2010, 2013 shows that Indonesia still has nutritional problems. The prevalence of underweight (wasting) among toddlers is from 13.6% to 13.3% and decreases 12.1%. The prevalence trend of stunting is 36.8%, 35.6%, 37.2%. The prevalence of underweight is 18.4%, 17.9% and 19.6%, respectively. Nutrition disorders in children under five are the cumulative effects of various factors. Indirect factors which are associated with the mother are levels and knowledge about nutrition, family income, and environmental sanitation. Data from the Public Health Office of Cilacap Regency in 2016 ranked Cilacap as the 2nd malnutrition cases of toddlers in Central Java with the number of 77 cases. Slarang village has 1059 children under five years old, where 5% of them have less nutrition (48 cases) in February 2017. This research aimed to know the factors of mother associated with nutritional status of toddlers in Slarang village, Kesugihan, Cilacap 2017. A descriptive design and cross-sectional time-based study was conducted. The data collected was primary data using questionnaires included age, education, occupation, birth spacing, number of children and number of toddlers. Univariable data was used to explain the rotation of each table and bivariable using chi square was used to analyze the data. The result of the study indicated the factors of mother associated with nutritional status of toddlers. The results showed that mother's factor which related to the nutritional status of toddlers was the age. Education, employment, birth spacing, number of children under five and number of children were not related to the nutritional status of toddlers in Slarang village, Kesugihan district in 2017.

Keywords: *mother's factors analysis, nutritional status, toddlers*

PENDAHULUAN

Gizi merupakan salah satu faktor penentu utama kualitas sumber daya manusia. Terdapat kaitan yang sangat erat antara tingkat keadaan gizi dengan konsumsi makanan. Anak balita adalah anak yang berusia di bawah 5 tahun. Balita usia 1-5 tahun. Salah satu masalah kesehatan yang dihadapi adalah masalah kurang

gizi. Anak yang kurang gizi daya tahan tubuhnya rendah sehingga mudah terkena penyakit infeksi (Depker RI, 2007). Penilaian status gizi dapat menggunakan antropometri (Supriasa, 2012).

Riskesdes 2007, 2010, 2013 menunjukkan bahwa Indonesia masih memiliki masalah kekurangan gizi. Kecenderungan prevalensi kurus (*wasting*) anak balita dari 13,6% menjadi 13,3% dan menurun 12,1%. Sedangkan kecenderungan prevalensi anak balita pendek (*stunting*) sebesar 36,8%, 35,6%, 37,2%. Prevalensi gizi kurang (*underweight*) berturut – turut 18,4%, 17,9% dan 19,6%. Prevalensi kurus anak sekolah sampai remaja riskesdes 2010 sebesar 28,5% (kemenkes 2007, 2010, 2013). Penelitian Ferdous (2013) faktor yang signifikan berhubungan dengan malnutrisi yaitu keparahan penyakit, usia, tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga. Umur memegang peranan penting dalam penentuan status gizi.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten tahun 2016, Cilacap menduduki peringkat ke 2 se-Jawa Tengah untuk kasus gizi buruk pada balita sejumlah 77 kasus. Desa Slarang merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Kesugihan II yang memiliki jumlah balita 1059 dimana 5% nya mengalami gizi kurang (48 kasus) pada Februari 2017.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif korelatif* dengan pendekatan *cross sectional* (Notoatmodjo, 2010). Populasi penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap sebanyak 1059 pada Februari 2017. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Random sampling*, dengan jumlah sampel setelah menggunakan rumus (Saryono 2009, h. 67) sebanyak 101 responden. Pengambilan sampel sesuai dengan kriteria yaitu ibu yang memiliki balita, tercatat di posyandu desa Slarang bulan Juni 2017 dan bersedia menjadi responden. Pengambilan data menggunakan data primer. Data tersebut diperoleh langsung kepada ibu yang memiliki balita dari kuesioner yang dibagikan berisi usia, pendidikan, pekerjaan, jarak kelahiran, jumlah anak dan jumlah balita. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi Square* untuk

mengetahui hubungan variabel independen dengan dependennya dengan skala data kategorik (Ummah 2010).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Analisis Univariat

Hasil penelitian dijelaskan dalam deskripsi di bawah ini.

Table 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu

Usia Ibu (tahun)	Frekwensi	Persentase (%)
Tidak beresiko	68	67.3%
Beresiko	33	32.7%
Jumlah	101	100%
Pendidikan	Frekwensi	Persentase (%)
SD-SMP (Rendah)	54	53.5%
SMA (Menengah) – Tinggi	47	46.5%
Jumlah	101	100%
Pekerjaan	Frekwensi	Persentase (%)
Bekerja	18	17.8%
IRT	83	82.2%
Jumlah	101	100%
Jarak Kelahiran Anak	Frekwensi	Persentase (%)
< 2 tahun	21	20.8%
2 tahun	80	79.2%
Jumlah	101	100%
Jumlah Balita	Frekwensi	Persentase (%)
> 2 orang	84	83.2%
2 orang	17	16.8%
Jumlah	101	100%
Jumlah Anak	Frekuensi	Persentase (%)
> 2 orang	21	20.8%
2 orang	80	79.2%
Jumlah	101	100%
Status Gizi Balita	Frekuensi	Persentase (%)
Gizi Baik	57	56.4%
Gizi Kurang	44	43.6%
Jumlah	101	100%

Sumber: data diolah 2017

B. Hasil Analisis Bivariat

a. Hubungan Usia Ibu dengan Status Gizi Balita

Tabel 2. Distribusi Hubungan Usia Ibu dengan Status Gizi Balita

Usia Ibu	Status Gizi Balita		Jumlah
	Gizi Baik	Gizi Kurang	
Usia berisiko	12 (36.4 %)	21 (63.6%)	33 (100%)
Usia Tidak Berisiko	45 (66.2%)	23 (33.8%)	68 (100%)
Jumlah	57	44	101

$p\text{ value} = 0.009, \alpha = 0.05, \text{CI} = 95\%$

Sumber : data diolah 2017

Berdasarkan Tabel 2. diketahui bahwa dari 68 responden yang usianya tidak berisiko berisiko, terdapat 45 orang (66.2%) memiliki gizi baik pada anaknya, dan dari 33 responden yang usianya berisiko, terdapat 21 orang (63.6%) mengalami gizi kurang pada anaknya. Hasil analisa bivariat didapatkan bahwa nilai $p = 0.009$ yang berarti bahwa nilai p lebih kecil daripada $\alpha = 0.05$, sehingga ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia ibu dengan status gizi balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap tahun 2017 (CI = 95%).

b. Hubungan Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Balita

Tabel 3. Tabel Silang antara Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Balita

Pendidikan Ibu	Status Gizi Balita		Jumlah
	Gizi Baik	Gizi Kurang	
Rendah	26 (48.1 %)	28 (51.9%)	54 (100%)
Menengah-Tinggi	31 (66.0%)	16 (34.0%)	47 (100%)
Jumlah	57	44	101

$p\text{ value} = 0.110, \alpha = 0.05, \text{CI} = 95\%$

Sumber : data diolah 2017

Berdasarkan Tabel 3. diketahui bahwa dari 54 responden yang pendidikannya rendah, terdapat 28 orang (51.9%) mengalami gizi kurang pada anaknya, dan dari 47 responden yang pendidikannya menengah-tinggi terdapat 31 orang (66.0%) memiliki gizi baik pada anaknya. Hasil analisa

bivariat didapatkan bahwa nilai $p = 0.110$ yang berarti bahwa nilai p lebih besar daripada $= 0.05$, sehingga tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pendidikan ibu dengan status gizi balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap tahun 2017 (CI = 95%).

c. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi balita

Tabel 4. Tabel Silang antara Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Balita

Pekerjaan Ibu	Status Gizi Balita		Jumlah
	Gizi Baik	Gizi Kurang	
Bekerja	12 (66.7 %)	6 (33.3%)	57 (100%)
Tidak Bekerja	45 (54.2%)	38 (45.8%)	44 (100%)
Jumlah	38	45	101

$p\ value = 0.482,$ $= 0.05,$ CI = 95%

Sumber : data diolah 2017

Berdasarkan Tabel 4. diketahui bahwa dari 57 responden yang bekerja, terdapat 12 orang (66.7%) memiliki gizi baik pada anaknya, dan dari 44 responden yang tidak bekerja, terdapat 38 orang (45.8%) mengalami gizi kurang pada anaknya. Hasil analisa bivariat didapatkan bahwa nilai $p = 0.482$ yang berarti bahwa nilai p lebih besar daripada $= 0.05$, sehingga tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap tahun 2017 (CI = 95%).

d. Hubungan Jarak Kelahiran Anak dengan Status Gizi Balita

Tabel 5. Tabel silang antara Jarak Kekahiran Anak dan Status Gizi Balita

Jarak Kelahiran Anak	Status Gizi Balita		Jumlah
	Gizi Baik	Gizi Kurang	
2 tahun	10 (47.6 %)	11 (52.4%)	39 100%)
> 2 tahun	47 (58.8%)	33 (41.2%)	44 (100%)
Jumlah	57	44	101

$p\ value = 0.504,$ $= 0.05,$ CI = 95%

Sumber : data diolah 2017

Berdasarkan Tabel 5. diketahui bahwa dari 44 responden yang jarak kelahiran > 2 tahun, terdapat 47 orang (58.8%) memiliki gizi baik pada anaknya, dan dari 39 responden yang jarak kelahirannya ≤ 2 tahun, terdapat 11 orang (52.4%) mengalami gizi kurang pada anaknya. Hasil analisa bivariat didapatkan bahwa nilai $p = 0.504$ yang berarti bahwa nilai p lebih besar daripada $= 0.05$, sehingga tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jarak kelahiran anak dengan status gizi balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap tahun 2017 (CI = 95%).

e. Hubungan Jumlah Balita dengan Status Gizi balita

Tabel 6. Tabel Silang antara Jumlah Balita dengan Status Gizi Balita

Jumlah Balita	Status Gizi Balita		Jumlah
	Gizi Baik	Gizi Kurang	
> 2 Orang	48 (57.1 %)	36 (42.9%)	84 (100%)
≤ 2 Orang	9 (52.9%)	8 (47.1%)	17 (100%)
Jumlah	57	44	101

$p \text{ value} = 0.960, \alpha = 0.05, \text{CI} = 95\%$

Sumber : data diolah 2017

Berdasarkan Tabel 6. diketahui bahwa dari 84 responden yang jumlah balitanya > 2 orang, terdapat 48 orang (57.1%) memiliki balita gizi baik pada anaknya, dan dari 17 responden yang jumlah balitanya ≤ 2 orang, terdapat 9 orang (52.9%) memiliki balita gizi baik pada anaknya. Hasil analisa bivariat didapatkan bahwa nilai $p = 0.960$ yang berarti bahwa nilai p lebih besar daripada $= 0.05$, sehingga tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jumlah balita dengan status gizi balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap tahun 2017 (CI = 95%).

f. Hubungan Jumlah Anak dengan Status Gizi balita

Tabel 7. Tabel Silang antara Jumlah Anak dengan Status Gizi Balita

Jumlah Anak	Status Gizi Balita		Jumlah
	Gizi Baik	Gizi Kurang	
> 2 Orang	10 (47.6 %)	11 (52.4%)	21 (100%)
2 Orang	47 (58.8%)	33 (41.2%)	80 (100%)
Jumlah	57	44	101

$p\text{ value} = 0.960, \alpha = 0.05, CI = 95\%$

Sumber : data diolah 2017

Berdasarkan Tabel 7. diketahui bahwa dari 80 responden yang jumlah balitanya 2 orang, terdapat 47 orang (58.8%) memiliki balita gizi baik pada anaknya, dan dari 21 responden yang jumlah balitanya > 2 orang, terdapat 11 orang (52.4%) memiliki balita gizi kurang pada anaknya. Hasil analisa bivariat didapatkan bahwa nilai $p = 0.960$ yang berarti bahwa nilai p lebih besar daripada $\alpha = 0.05$, sehingga tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jumlah balita dengan status gizi balita di Desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap tahun 2017 ($CI = 95\%$).

PEMBAHASAN

1. Hubungan Usia Ibu dengan Status Gizi Balita

Teori (Khomsan 2007 dalam Khotimah H & Kuswandi K) menyatakan bahwa umur merupakan indikator penting dalam menentukan produktifitas seseorang dibandingkan dengan orang yang lebih tua, orang yang masih muda memiliki produktifitas yang lebih tinggi karena kondisi fisik dan kesehatan orang muda (usia tidak berisiko / usia muda : 20-35 tahun) yang masih prima. Sedangkan berdasarkan penelitian Hurlock (2000) menyatakan bahwa semakin tinggi umur seseorang semakin tinggi tingkat pengetahuan. Demikian pula menurut Rahardjo (2011) menyatakan bahwa umur merupakan salah satu faktor yang dapat menggambarkan kematangan seseorang artinya dalam hal kematangan pembentukan pola konsumsi makanan yang berpengaruh terhadap status gizi. Menurut Bappenas (2007) dalam Monica RL 2014, ibu yang berumur muda (<35 tahun) mungkin kurang berpengalaman dalam mengasuh dan merawat balitanya sehingga berpengaruh terhadap status gizi balita.

2. Hubungan Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Balita

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rarastiti (2013), Liswati EM (2016), dan Labada (2016) yang menyatakan bahwa pendidikan ibu tidak berhubungan dengan status gizi balita. Pendidikan yang tinggi belum tentu menjamin bahwa ibu mengerti tentang hal – hal yang mempengaruhi status gizi balita. Ibu dengan pendidikan yang tinggi lebih mudah untuk menerima informasi tentang cara pengasuhan anak dengan baik dan menjaga kesehatan. Namun, ilmu pengetahuan juga selalu berkembang dan di era yang semakin maju, pengetahuan dapat diperoleh dari berbagai media. Maka ibu dengan latar pendidikan yang rendah namun rajin mendengar atau melihat informasi mengenai gizi juga dapat memberikan asupan makanan kepada balitanya dengan tepat.

3. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Balita

Ibu yang tidak bekerja secara otomatis tidak mendapatkan penghasilan sehingga ada kemungkinan kurang mencukupi kebutuhan gizi balita sehari– hari, padahal asupan nutrisi yang dikonsumsi kemungkinan besar dapat mempengaruhi status gizi balita sehingga butuh pengawasan dari keluarga agar dapat memberikan asupan makanan yang cukup dan bergizi untuk menghindari terjadinya gizi kurang pada balitanya. Hal ini sesuai penelitian Khotimah (2013) bahwa ibu yang tidak bekerja berisiko hampir 2 kali lebih besar untuk memiliki balita dengan status gizi buruk dibandingkan ibu yang bekerja. Teori Sunaradi (2008) menyatakan bahwa pekerjaan yang baik tentu akan memberikan penghasilan atau pendapatan yang baik pula sehingga dapat mencukupi kebutuhan pangan dan kesehatan sehingga status gizi anak akan baik.

4. Hubungan Jarak Kelahiran dengan Status Gizi Balita

Jarak kelahiran adalah kurun waktu dalam tahun antara kelahiran terakhir dengan kelahiran sekarang (Fajarina, 2012). Jarak kelahiran yang cukup dapat membuat ibu dapat pulih dengan sempurna dari kondisi setelah melahirkan. Saat ibu sudah merasa nyaman dengan kondisinya maka ibu dapat mengasuh dan membesarkan anaknya (Santrock, 2002). Jarak kehamilan yang aman ialah antara 2 – 4 tahun. Jarak antara dua kehamilan yang < 2 tahun berarti tubuh ibu belum kembali pada keadaan normal akibat kehamilan sebelumnya sehingga tubuh ibu

akan memikul beban yang lebih berat (Nurjanah, 2016). Jarak kelahiran yang terlalu dekat mempengaruhi pola asuh terhadap anaknya, orangtua cenderung kerepotan sehingga kurang optimal dalam merawat anak (Candra, 2010 dalam Krundeng LR 2015).

5. Hubungan Jumlah balita dengan Status Gizi Balita

Jumlah anak balita dalam keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola asuh ibu. Jika usia anak terlalu dekat, maka perhatian ibu akan berkurang (Rarastiti CN, 2013). Rahmadewi (2011) memperlihatkan dalam penelitiannya bahwa ketahanan hidup bayi yang jumlahnya lebih dari satu dalam satu keluarga adalah lebih rendah daripada ketahanan hidup bayi yang hanya ada satu dalam keluarganya terdapat lebih satu balita memiliki risiko untuk mati 6.5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang keluarganya hanya memiliki satu balita.

6. Hubungan Jumlah Anak dengan Status Gizi Balita

Memiliki anak terlalu banyak menyebabkan kasih sayang orang tua pada anak terbagi. Jumlah perhatian yang diterima per anak menjadi berkurang (Nurjanah, 2015). Kondisi ini akan memburuk jika status ekonomi keluarga tergolong rendah. Sumber daya yang terbatas, termasuk bahan makanan harus dibagi rata kepada semua anak (Prasetyo, 2008).

SIMPULAN

Ada hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor usia ibu dengan status gizi balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017. Tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor pendidikan dengan status gizi balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017. Tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor pekerjaan dengan status gizi balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017. Tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor jarak kelahiran dengan status gizi balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017. Tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor jumlah anak dengan status gizi balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017. Tidak ada

hubungan yang bermakna secara statistik antara faktor jumlah balita dengan status gizi balita di desa Slarang Kecamatan Kesugihan Cilacap Tahun 2017.

DAFTAR PUSTAKA

- A Asransyah (2016), *eprints.ums.ac.id/41448/5/BAB%20I.pdf*, diperoleh tanggal 12 Desember 2016
- Almatsier, S, (2001), *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- _____, (2011), *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Azwar, S (2009), *Reliabilitas dan validitas*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Bappenas, (2007), *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006 – 2010*, Jakarta
- Berg, A (1986), *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*, Rajawali, Jakarta
- Depkes RI (2007), *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas)*, Jakarta
- Dewi, K, (2013), *Ilmu Gizi Untuk Praktisi Kesehatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap, *PSG 2016 Hasil Pemantauan Status Gizi Balita (PSG) : Cilacap*
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap, (2012), *Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap*.
- Fajarina C.A, (2012), *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Berat Badan Bayi Baru Lahir Di Rumah Sakit Umum Daerah Sigli Kabupaten Pidie*, diakses tanggal 16 September 2017, <http://180.241.122.205>
- Ferdous, (2013), Severity Of Diarrhea And Malnutrition Among Under Five-Year-Old Children In Rural Bangladesh. *American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene*, 89 (2), 223-228 retrieved 11 November 2013, from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e795c524-149e-8b66-c175000aa611%40sessionmgr110&vid=1&hid=118>
- Hurlock E.B (2000), *Perkembangan Anak*, Jakarta, Erlangga
- Istiono W, dkk, (2009), *Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita. Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat*, Vol.25, No.3 : 150-55

Krundeng RL dkk, Hubungan Antara Jarak Kelahiran Dan Jumlah Anak Di Puskesmas Kaokecamatan Kao Halmahera Utara, *ejurnal Keperawatan (e-Kep) Vol.3 No.1 Maret 2015*

Kementerian Kesehatan RI, (2013), *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbang) Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) 2012, Laporan Nasional Balitbang*, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, (2010), *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbang) Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) 2010, Laporan Nasional Balitbang*, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, (2013), *Direktorat Gizi, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Naskah Akademik Pedoman Gizi Seimbang, Direktorat Bina Gizi*, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, (2012), *Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olahraga, Ditjen Bina Gizi dan KIA, Peningkatan Kebugaran Jasmani di Tempat Kerja Panduan Bagi Dokter dan Perawat*, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, (2012), *Modul Pelatihan Konseling MP-ASI*, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, (2014), *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2013 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia*, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, (2012), *Strategi Nasional Penerapan Pola Konsumsi Makanan dan Aktivitas Fisik Untuk Mencegah Penyakit Tidak Menular (PTM)*, Jakarta

Kusriadi, (2010), *Analisa Doktor Risiko Yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Gizi Pada Anak Balita Di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB)*, tesis, Sekolah Pasca Sarjana, Institut Pertanian Bogor

Khotimah H & Kuswandi K, (2013), Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Balita Di Desa Sumur Bandung Kecamatan Cikukur Kabupaten Lebak Tahun 2013, *Jurnal Obstetrika Scientia Vol.2 No.1 Juni 2014*

Khomsan A, (2007), *Tehnik Pengukuran Pengetahuan Gizi*, Bogor, IPB

Klemens, (2014), Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Baik Dan Kurang Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Payo Selincih Kota Jambi Tahun 2014, *Scientia Journal STIKES Prima Jambi, Vol.4, No.1 Mei 2015*

- Labada *et all*, (2015), Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Balita Yang Berkunjung Di Puskesmas Bahu Manado, *Jurnal Keperawatan Vo.4 No.1 (2016)* <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/11899> diperoleh tgl 16 September 2017
- Liswati EM, (2016), *Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Anak Balita Yang Memiliki Jamkesmas Di Desa Tegal Giri Kecamatan Nogosari Kabupaten Boyolali*, UMS, 2016, Skripsi
- Mahfoedz dan Suryani, (2007), *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan Dan Kebidanan*, Jogjakarta : Fitramaya
- Notoatmodjo, Soekidjo (2010), *Metodologi penelitian kesehatan*, edk 1, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurjanah dan Septiani, (2013), Hubungan Jarak Kelahiran Dan Jumlah Balita Status Gizi Di RW 07 Wilayah Kerja Puskesmas Cijerah Kota Bandung, *Jurnal Keperawatan Anak Vol.1 No.2 November 2013; 120 - 126*
- Puskesmas Kesugihan 2 Kabupaten Cilacap, (2016). *Data KIA Puskesmas Kesugihan 2 tahun 2016*.
- Puskesmas Kesugihan 2 Kabupaten Cilacap, *PSG (2016) Hasil Pemantauan Status Gizi Balita (PSG)* : Cilacap
- Proverawati, (2010), *Anemia dan Anemia Kehamilan*, Jakarta : Nuha Medika
- Prasetyo BE dkk, (2008), Hubungan Jarak Kelahiran Dan Jumlah Anak Dengan Status Gizi Anak Di Taman Kanak – Kanak. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 4 (3) 133-138
- Rahardjo dkk, (2012), *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Sekolah*, Yogyakarta, Pustaka Belajar
- Rarastiti CH, *Hubungan Karakteristik Ibu, Frekuensi Kehadiran Anak Ke Posyandu, Asupan Energi Dan Protein Dengan Status Gizi Anak Usia 1 – 2 Tahun*, Undip, 2013, Artikel Penelitian
- Rosita S, (2008), *ASI Untuk Kecerdasan Bayi*, Yogyakarta, Ayyana
- Sabarguna & Boy S, (2008), *Karya Tulis Ilmiah Untuk Mahasiswa D3 Kebidanan*, Jakarta, CV Sagung Seto
- Santoso Soegeng, (2004), *Kesehatan Dan Gizi*, Rineka Cipta, Jakarta
- Santrock J.W, (2002), *Live Span Development*, Jakarta : Erlangga

- Saryono, (2009), *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemuda*, Yogyakarta, Mitra Cendekia Press
- Soediaoetomo, (2010), *Ilmu Gizi untuk mahasiswa Dan Profesi Jilid II*, Jakarta : Dian Rakyat
- Soekirman dkk (2010), *Sehat Dan Bugar Berkat Gizi Seimbang*, Kompas Gramedia Group, Jakarta
- Siregar F.A, (2003). *Pengaruh Nilai Dan Jumlah Anak Pada Keluarga Terhadap Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS)*, Sumatera : FKM, Universitas Sumatera Utara
- Sugiyono, (2011), *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*, Bandung, Alfabeta
- Suhartono dkk, (2008), *Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Gizi Buruk Masa Lalu Di Kabupaten Tanggamus Provinsi Lampung. Jurnal Gizi Klinik Indonesia 5 (1) 41-48*
- Supariasa, I Dewa Nyoman, (2012), *Penilaian Status Gizi*, Jakarta, EGC
- Suparyanto, 2010 *Rancangan Penelitian Ilmiah*. Jogjakarta; Pustaka Ilmu, pp.122
- Ummah, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Lembaga Penelitian Pengabdian Masyarakat, Gombong, pp.158
- Unicef, (2009). *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition aSurvival and Developmnet Priority New York, USA www.unicef.prg/publications diakses 3 Februari 2017*
- Ulfah dan Fransisca, (2014), *analisa faktor penyebab langsung dan tidak langsung status gizi anak balita di desa tanahbaya kecamatan randudongkal kabupaten pemalang tahun 2014. Jurnal Kesehatan Kusuma Husada Vol.2 No.2 Agustus 2014 Hal. 70-77*
- Wilopo dkk (2010), *Pengaruh Kenaikan Berat Badan Rata-Rata Perminggu Pada Kehamilan Trimester 2 Dan 3 Terhadap Risiko BBLR, Buletin Kedokteran Masyarakat Vol.26 No.1 Maret 2010*
- Zaviera, Ferdinand, (2008), *Mengenal Dan Memahami Tumbuh Kembang Anak*, Yogyakarta, Kata Hati

**PENGARUH PIJAT OKSITOSIN TERHADAP LAMA PENGELUARAN
KOLOSTRUM PADA IBU *POST SECTIO CAESARIA*
DI RSUD KOTA MADIUN**

Sundari¹, Rury Narulita Sari²
Akademi Kebidanan Muhammadiyah Madiun
Email: arie_0447@yahoo.co.id

ABSTRACT

Mother Caesaria post section (SC) is often difficult to breastfeed. If the baby does not suck the nipple and a half hours after childbirth, hormone oxytocin and prolactin down so that the milk out on the third day or so. The impact is not smooth spending and milk production can cause problems in the mother and baby. Thus, businesses need to stimulate prolactin and oxytocin one with massage oxytocin. The purpose of this study to determine the effect of oxytocin massage the mother's colostrum spending long post Caesaria section in RSUD Kota Madiun. Type of analytical research quasy Experiment with the draft "posttest only control group design". Population 48 mothers post SC, a large sample of 42 people with purposive sampling techniques are divided into 2 groups, 21 people do massage oksitosun and 21 people do not do. The instrument uses an observation sheet. The results were tested by t-test. Spending long colostrum experimental group 26 respondents. It is known there are 19 people (73,1%) secrete colostrum quickly. Whereas in 7 others (26,9%) slow. While the control group 26 respondents there were 21 (80,8%) secrete colostrum slow. While in 5 others (19,2%) quickly in removing the colostrum. Based on the analysis of statistical test, $p = 0.00 < 0.05$, which means that H_0 refused and H_a accepted or was significant effect of oxytocin on the long massage expenditure kolostrum with 0.540 correlation coefficient indicates that the closeness the relationship between the two variables. The conclusion is massage effect of oxytocin on maternal colostrum spending long post Caesaria section in hospitals Madiun. Suggestions for RS, massage can be applied to the mother oxytocin post Sectio Caesaria. Besides mother Caesaria post section can also apply massage oxytocin independently.

Keywords: *Oxytocin Massage, Colostrum, Sectio Caesaria*

PENDAHULUAN

Kolostrum adalah cairan pra susu yang dihasilkan dalam 24-36 jam setelah melahirkan (pasca-persalinan). Kolostrum tidak bisa diproduksi secara sintesis. Menyusui atau tidak menyusui kolostrum tetap ada setelah 24-36 jam pertama, maka yang keluar adalah susu peralihan. Kolostrum mensuplai berbagai faktor kekebalan (faktor imun) dan faktor pertumbuhan pendukung kehidupan dengan kombinasi zat gizi (nutrien) yang sempurna untuk menjamin kelangsungan hidup, pertumbuhan dan kesehatan bagi bayi yang baru lahir (Proverawati & Eni, 2010: 24-25). Meningkatkan

penggunaan susu formula untuk makanan bayi, dapat menimbulkan masalah di negara-negara berkembang. Misalnya yang terkenal dengan *trias Jelliffe* yang terdiri dari kekurangan kalori protein tipe marasmus, moniliasis pada mulut dan diare karena infeksi (Soetjiningsih, 2012: 64).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Kota Madiun pada bulan April 2016 jumlah ibu bersalin sebanyak 45 orang dengan presentasi persalinan secara normal sebanyak 44,44% atau 20 orang dan presentase persalinan secara *sectio caesaria* sebanyak 55,56% atau 25 orang. Dari 25 orang bersalin secara *sectio caesaria*, kolostrum yang sudah keluar pada hari pertama hanya sekitar 28% atau 7 orang, pada hari ke-2 sekitar 16% atau 4 orang dan yang keluar pada hari ke-3 atau lebih sekitar 56% atau 14 orang. Diketahui pula bahwa setelah *post sectio caesaria* ibu dirawat terpisah di ruang nifas sedangkan bayi dirawat di ruang perinatologi. Rawat gabung baru mulai dilakukan pada hari ke-2 atau ke-3 post SC setelah ibu mobilisasi jalan dan tidak ada komplikasi baik pada ibu maupun bayi. Selama bayi di ruang perinatologi nutrisi yang didapat hanya dari susu formula karena ASI belum keluar atau tidak lancar.

Penurunan produksi ASI pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi ASI (Mardiyarningsih dkk., 2011: 31-32). Apabila bayi tidak menghisap puting susu pada setengah jam setelah persalinan, hormon prolaktin akan turun dan sulit merangsang prolaktin sehingga ASI baru keluar pada hari ketiga atau lebih. Hal ini memaksa bidan memberikan makanan pengganti ASI karena bayi yang tidak mendapat ASI cukup dan akan membuat bayi rewel (Kristiyanasari, 2011: 32).

Ibu yang melahirkan dengan cara operasi *cesar (c-sections)* seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah ia lahir. Terutama jika ibu diberikan anastesi umum. Ibu relatif tidak sadar untuk dapat mengurus bayinya di jam pertama setelah lahir. Kondisi luka operasi dibagian perut relatif membuat proses menyusui sedikit terhambat. Sementara itu, bayi mungkin mengantuk dan tidak responsif untuk menyusu (Kristiyanasari, 2011: 45). Nyeri yang ditimbulkan akibat operasi *sectio caesaria* mempengaruhi ibu dalam memberikan perawatan pada bayi, sehingga dapat

menyebabkan ibu menunda untuk menyusui dan terjadilah ketidaklancaran dalam produksi dan pengeluaran ASI (Purnama, 2013: 2).

Dampak tidak lancarnya pengeluaran dan produksi ASI bisa menimbulkan masalah baik pada ibu maupun bayi diantaranya payudara bengkak (*engorgement*), mastitis, abses payudara, saluran susu tersumbat (*obstructed duct*), sindrom ASI kurang, bayi sering menangis, bayi ikterus (Marmi, 2012). Oleh karena itu, perlu adanya usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin pada ibu setelah melahirkan selain dengan memeras ASI, dapat dilakukan juga dengan melakukan perawatan dan pemijatan payudara, membersihkan puting, sering menyusui bayi meskipun ASI belum keluar, menyusui dini dan teratur serta pijat oksitosin (Mardiyarningsih dkk., 2011: 31). Oleh karena itu, berdasarkan uraian diatas perlu dilakukannya penelitian tentang pengaruh pijat oksitosin dengan lama pengeluaran kolostrum pada ibu *post sectio caesaria* yang bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh pijat oksitosin terhadap lama pengeluaran kolostrum pada ibu *post sectio caesaria* di RSUD Kota madiun.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan Eksperimen Semu/*Quasy Experiment* dengan rancangan dalam penelitian eksperimen semu ini menggunakan rancangan “*postest only control group design*”.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu *post sectio* di RSUD Kota Madiun sebanyak 60 orang dengan besar sampel 52 orang.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik “*purposive sampling*”.

Variabel dalam penelitian ini variabel bebas adalah pijat oksitosin, Variabel terikat dalam adalah lama pengeluaran kolostrum.

Teknik pengumpulan ada data primer dan data sekunder. Data Primer adalah data lama pengeluaran kolostrum pada ibu post SC yang dilakukan pijat oksitosin dan yang tidak dilakukan pijat oksitosin yang diketahui dari lembar observasi. Data sekunder digunakan untuk mendukung data primer yang diperoleh dari status rekam

medis pasien tentang karakteristik ibu yang meliputi umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan paritas

Analisa data menggunakan uji statistik “*t-test*” dengan $\alpha = 0,05$ (5%) dengan ketentuan H_0 ditolak jika $t_{hitung} > t_{tabel}$. Kriteria penolakan H_0 apabila nilai signifikansi $< 0,05$ maka hipotesa peneliti (H_a) diterima. Artinya ada hubungan pijat oksitosin dengan lama pengeluaran kolostrum.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data yang diperoleh dari 52 responden diketahui bahwa umur responden hampir seluruhnya 20-35 tahun yaitu sebanyak 45 orang (86,5%), umur >35 tahun sebanyak 5 orang (9,6%) dan umur <20 tahun 2 orang (3,8%).

Pendidikan responden sebagian besar adalah pendidikan menengah (SMP dan SMA) yaitu sebanyak 32 orang (61,5%), Pendidikan Tinggi (Diploma, Perguruan Tinggi) sebanyak 20 orang (38,5%).

Sebagian besar responden tidak berkerja yaitu sejumlah 31 orang (59,6%) sedangkan sisanya sejumlah 21 orang responden (40,4%) bekerja.

Paritas responden sebagian besar adalah primipara yaitu sebanyak 21 orang (40,4%), multipara sebanyak 30 orang (57,7%) sedangkan grande multipara berjumlah 1 orang (1,9%).

Dari hasil penelitian yang ditunjukkan diatas bahwa dari 52 responden dibagi menjadi dua yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, 26 responden dilakukan pijat oksitosin dan 26 responden tidak diberikan perlakuan pijat oksitosin.

Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5 - 6 sampai *scapula* yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar (Khairani, dkk., 2012: 3).

Oksitsin (*oxytocin*) adalah salah satu dari dua hormon yang dibentuk oleh sel-sel neuronal nuklei hipotalamik dan disimpan dalam lobus posterior pituitari, hormon lainnya adalah *vasopressin* yang memiliki kerja mengontraksikan uterus dan menginjeksi ASI (Suherni, dkk., 2010: 44) sehingga dengan dilakukannya pijat oksitosin akan mempercepat pengeluaran kolostrum.

Dari hasil penelitian yang ditunjukkan dari 52 responden. Yang dibagi menjadi dua yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Didapatkan lama pengeluaran kolostrum pada kelompok eksperimen sejumlah 26 responden. Diketahui bahwa setelah diberikan perlakuan pijat oksitosin terdapat 19 orang (73,1%) mengeluarkan kolostrum secara cepat. Sedangkan pada 7 orang lainnya (26,9%) lambat mengeluarkan kolostrum.

Sedangkan pada kelompok kontrol sejumlah 26 responden tidak diberikan perlakuan pijat oksitosin. Diketahui terdapat 21 orang (80,8%) mengeluarkan kolostrum lambat. Sedangkan pada 5 orang lainnya (19,2%) cepat dalam mengeluarkan kolostrum. Hal ini sangat baik dan menguntungkan terutama bagi bayi karena bisa segera mendapatkan kolostrum.

Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa proses melahirkan dengan cesar akan menghambat produksi ASI. Meskipun demikian, menyusui sesering mungkin setelah proses kelahiran dengan cesar akan meminimalisasi masalah-masalah tersebut. Bahkan beberapa ibu yang melahirkan dengan cesar memiliki produksi ASI yang berlimpah (Kristiyanasari, 2011: 45).

Kristiyanasari (2011: 32) apabila bayi tidak menghisap puting susu pada setengah jam setelah persalinan, hormon prolaktin dan oksitosin akan turun dan sulit merangsang prolaktin sehingga ASI baru keluar pada hari ke-3 atau lebih. Jika pengeluaran dan produksi ASI tidak lancar bisa menimbulkan masalah baik pada ibu maupun bayi diantaranya payudara bengkak (*engorgement*), mastitis, abses payudara, saluran susu tersumbat (*obstructed duct*), gangguan psikologis, sindrom ASI kurang, bayi sering menangis, bayi ikterus, bayi mudah terkena infeksi (Marmi, 2012).

Agar kolostrum bisa segera keluar maka perlu adanya rangsangan hormon oksitosin. Salah satu cara untuk membantu pengeluaran hormon oksitosin yaitu dengan cara melakukan pijat oksitosin. Dengan dilakukan pijatan pada tulang belakang ibu akan merasa tenang, rileks, meningkatkan ambang rasa nyeri dan mencintai bayinya, sehingga dengan begitu hormon oksitosin keluar dan ASI pun cepat keluar (WBW, 2007 dalam Endah dan Imas, 2011: 3).

Tabel 1. Tabulasi Silang Pijat Oksitosin Terhadap Lama Pengeluaran Kolostrum Pada Ibu *Post Sectio Caesaria* di RSUD Kota Madiun Juni 2017

Pijat	Lama				F	Presentase (%)
	Cepat		Lambat			
	f	%	f	%		
Eksperimen	19	73,1	7	26,9	26	100
Kontrol	5	19,2	21	80,8	26	100

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa dari 52 responden. Dimana dibagi menjadi dua yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Didapatkan lama pengeluaran kolostrum pada kelompok eksperimen sejumlah 26 responden. Diketahui bahwa setelah diberikan perlakuan pijat oksitosin terdapat 19 orang (73,1%) mengeluarkan kolostrum secara cepat sedangkan pada 7 orang lainnya (26,9%) lambat mengeluarkan kolostrum sedangkan pada kelompok kontrol sejumlah 26 responden tidak diberikan perlakuan pijat oksitosin. Diketahui terdapat 21 orang (80,8%) mengeluarkan kolostrum lambat. Sedangkan pada 5 orang lainnya (19,2%) cepat dalam mengeluarkan kolostrum

Hasil penghitungan dengan analisa statistik uji-t (tabel 1) didapatkan nilai *p value* 0,00 dengan taraf signifikansi 0,05 yang artinya *p value* < nilai 0,05 sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Jadi disimpulkan secara statistik ada pengaruh yang signifikan antara pijat oksitosin terhadap lama pengeluaran kolostrum pada ibu *post section caesaria* di RSUD Kota Madiun. Dengan Koefisien korelasi 0,540 menunjukkan bahwa keeratan hubungan kedua variabel sedang. Arah kedua variabel adalah positif atau sejajar, artinya jika semakin dilakukannya pijat oksitosin maka pengeluaran kolostrum pada ibu *post section caesaria* di RSUD Kota Madiun akan semakin cepat pula.

Ibu yang melahirkan dengan cara operasi cesar (*c-sections*) seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah ia lahir. Terutama jika ibu diberikan anastesi umum. Ibu relatif tidak sadar untuk dapat mengurus bayinya di jam pertama setelah bayi lahir. Kondisi luka operasi di bagian perut relative membuat proses menyusui sedikit terhambat. Sementara itu, bayi mungkin mengantuk dan tidak responsive untuk menyusu (Kristiyanasari, 2011: 45).

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pemijatan ini dilakukan kurang lebih 2-3 menit dan rata-rata kolostrum akan keluar 6 sampai 12 jam setelah dilakukan stimulasi refleksi oksitosin pada ibu *post partum* (Soeratmi dalam Rokhanawati, 2014: 51).

SIMPULAN

Ada pengaruh pijat oksitosin terhadap lama pengeluaran kolostrum pada ibu *post sectio caesaria* di RSUD Kota Madiun, didapatkan p value 0,00 dengan taraf signifikansi 0,05 yang artinya $pvalue < nilai$ 0,05 sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, dengan $r = 0,540$ menunjukkan bahwa keeratan hubungan kedua variabel sedang dan arah kedua variabel adalah sejajar.

DAFTAR PUSTAKA

- Khairani, L. dkk. (2012). *Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Involusi Uterus pada Ibu Post Partum Di Ruang Post Partum Kelas III RSHS Bandung*. Bandung: Universitas Padjajaran.
- Kristiyanasari, W. (2011). *ASI, Menyusui & SADARI*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mardiyarningsih, E. dkk. (2011). *Efektifitas Kombinasi Teknik Marmet dan Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Ibu Post Seksio Di Rumah Sakit Wilayah Jawa Tengah*.
<http://lontar.ui.ac.id/login.jsp?requester=file?file=digital/20282666.pdf>.
 Diunduh tanggal: 10September 2016.
- Marmi. (2012). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas "Peuperium Care"*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Proverawati, A. (2010). *Kapita Selektasi ASI dan Menyusui*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rokhanawati, D. (2014). *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia Vol. 1 No. 1 Desember 2014*. Yogyakarta: STIKES Aisyiyah Yogyakarta.
- Saleha, S. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Soetjiningsih. (2012). *Seri Gizi Klinik ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Suherni, dkk. (2009). *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.

HIPNOLAKTASI MENINGKATKAN KOMITMEN IBU DALAM PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DI SURABAYA

Nur Masruroh¹ Uliyatul Laili²
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya
Email: *masruroh@unusa.ac.id*

ABSTRACT

Breast Milk (ASI) contains high nutrients that are very beneficial for infant health. World Health Organization, WHO recommends infants get exclusive breastfeeding for 6 months (Infodatin, 2016) Support from the nearest person will be instrumental in the success of breastfeeding. Breastfeeding is also inseparable from the mother's commitment to breastfeeding. Efforts that can be done in the process of breastfeeding mother is hypnolaktasi techniques. This study aims to determine the effect of hypnolaktasi on mother's commitment in giving exclusive breastfeeding to her baby. This research uses a qualitative approach and the type of research is descriptive. Samples were taken by purposive sampling. The data were collected by giving an open questionnaire and interviewing the mother about hypnolactation and mother's commitment to exclusive breastfeeding to her baby. The results showed that 75% of respondents were 25-30 years old, 58% had 1 child and 83% had good knowledge about exclusive breastfeeding. Based on the interview results obtained that the benefits after doing the hypnolactation perceived the respondents are comfortable in breastfeeding and confident breastfeeding can go out smoothly and 5 respondents who do not provide infant formula to the baby until now. The conclusions of this study are knowledge, and management of hypnolactation can increase the mother's commitment in exclusive breastfeeding.

Keywords: *hypnolactation, mother's commitment, Exclusive breastfeeding*

PENDAHULUAN

Air Susu Ibu (ASI) mengandung gizi tinggi yang sangat bermanfaat untuk kesehatan bayi. Badan Kesehatan Dunia, WHO, merekomendasikan bayi mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan (Infodatin, 2016).

ASI eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral). ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan pembunuh kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Kolostrum berwarna kekuningan dihasilkan pada hari pertama sampai hari

ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung immunoglobulin, protein, dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalori lebih tinggi dengan warna susu lebih putih. Selain mengandung zat-zat makanan, ASI juga mengandung zat penyerap berupa enzim tersendiri yang tidak akan mengganggu enzim di usus. Susu formula tidak mengandung enzim sehingga penyerapan makanan tergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi (Riskesdas, 2015)

Untuk mengoptimalkan tumbuh kembang fisik maupun mental serta kecerdasan bayi sangat penting untuk memberikan ASI sejak bayi lahir hingga usia 6 bulan. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI adalah komitmen ibu untuk memberikan ASI, dilaksanakan secara dini (early initiation), posisi menyusui yang benar baik untuk ibu bayi, menyusukan atas permintaan bayi (on demand), dan diberikan secara eksklusif (Roesli, 2012)

Capaian ASI Eksklusif di Indonesia mencapai angka sebesar 55,7%. Propinsi Jawa Timur mencapai angka 74,1% dalam pemberian ASI eksklusif (Riskesdas,2015). Sedangkan dari pemantauan status gizi di tahun 2016, di propinsi Jawa Timur sebanyak 31,3% bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif selama 6 bulan dan sebanyak 48,1% bayi yang mendapat ASI selama 0-5 bulan.

Menurut RISKESDAS 2010, pola menyusui dibagi menjadi tiga kategori yaitu : (1).Menyusui Eksklusif adalah tidak memberi bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes, dan ASI perah juga di perbolehkan.(2).Menyusui Predominan adalah menyusui bayi tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/minuman prelakteal sebelum ASI keluar.(3).Menyusui Parsial adalah menyusui bayi serta diberikan makanan buatan selain ASI, baik susu formula, bubur atau makanan lainnya sebelum bayi berumur enam bulan, baik secara kontinyu maupun diberikan sebagai prelakteal.

Persentase pola menyusui pada bayi umur 0 bulan adalah 39,8% menyusui eksklusif ; 5,1% menyusui predominan ; dan 55,1% menyusui parsial. Persentase menyusui eksklusif semakin menurun dengan meningkatnya umur bayi. Pada bayi yang beumur 5 bulan menyusui eksklusif hanya 15,3%, menyusui predominan 1,5% dan menyusui parsial meningkat hingga 83,2% (Riskesdas,2010).

Penyebab menurunnya pemberian ASI eksklusif adalah umur yang terlalu muda saat melahirkan, pendidikan yang tidak memadai, pertama kali melahirkan, pekerjaan, kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif, pemasaran susu formula dan juga masih banyak masyarakat yang memberi MP-ASI terlalu dini (Damayanti,2010).

Adanya dukungan atau support dari orang terdekat akan sangat berperan dalam kesuksesan menyusui. Semakin besar dukungan yang didapatkan untuk terus menyusui maka semakin besar pula kemampuan untuk dapat bertahan dalam menyusui. Dalam hal ini dukungan dari suami maupun keluarga sangat besar pengaruhnya (Yulianti, 2010).

Bila seorang Ibu mengetahui besarnya manfaat menyusui, mereka akan mengupayakan pemberian ASI untuk bayinya. Pemberian ASI juga tidak terlepas dari komitmen ibu untuk menyusui. Sebuah penelitian di kalangan wanita Amerika, Kaukasia, dan Afrika, menemukan keberhasilan menyusui ditentukan oleh komitmen percaya diri (confident commitment), yang meliputi: a) keyakinan dalam proses menyusui, b) kepercayaan pada kemampuan mereka untuk menyusui, dan c) komitmen untuk membuat menyusui berhasil meski ada kendala. Ini menunjukkan bahwa menyusui merupakan keterampilan yang dapat dipelajari. Jika ibu memiliki “komitmen percaya diri” sebelum melahirkan, mereka mampu menyusui meskipun kurang mendapat dukungan dan ada tantangan saat memulai menyusui (Kusumajaya, 2014)

Merupakan upaya yang dapat dilakukan ibu dalam proses menyusui adalah teknik hipnolaktasi. Hipnolaktasi terdiri dari dua kata yaitu hypno = hipnosis yang artinya adalah suatu kondisi nir sadar yang terjadi secara alami, dimana seseorang menjadi mampu menghayati pikiran dan sugesti tertentu untuk mencapai perubahan psikologis, fisik maupun spritual yang diinginkan. Untuk diketahui, pikiran bawah sadar (subconscious mind) berperan 82% terhadap fungsi diri. Sedangkan laktasi artinya menyusui. Jadi, proses menyusui dapat berlangsung nyaman karena ibu merekam pikiran bawah sadar bahwa menyusui adalah proses alamiah dan nyaman.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh hipnolaktasi terhadap komitmen ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan jenis penelitiannya adalah deskriptif agar proses pengidentifikasian dan menggali pengaruh hipnolakatasi terhadap komitmen ibu dalam pemberian ASI Eksklusif dapat lebih mudah dilakukan. Penelitian dilakukan di kota Surabaya Propinsi Jawa Timur. Penelitian dilakukan selama 4 bulan mulai bulan Februari-Mei 2017.

Populasi penelitian adalah seluruh ibu yang melakukan hipnolaktasi, menyusui bayinya sejak lahir dan melahirkan spontan pervaginam. Sampel diambil dengan cara *purposive sampling* melalui pertimbangan tersendiri oleh peneliti sebanyak 12 orang.

Pengambilan data dilakukan dengan memberikan kuesioner terbuka dan melakukan wawancara kepada ibu mengenai hipnolaktasi dan komitmen ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah hipnolaktasi. Sedangkan variabel dependennya adalah komitmen ibu dalam memberikan ASI Eksklusif. Tehnik analisis dilakukan dengan melakukan transkripsi hasil wawancara dengan responden untuk kemudian menentukan tema sesuai dengan data yang telah ditemukan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden berdasarkan umur

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan usia

No.	Kriteria	Jumlah	%
1	25-30 tahun	9	75%
2	30-35 tahun	2	16%
3	> 35 tahun	1	9%
Total		12	100%

Dari tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar responden (75%) berusia 25-30 tahun. Sedangkan responden yang berusia >35 tahun hanya sebanyak 9% saja.

2. Karakteristik Responden berdasarkan jumlah anak

Tabel 2. Karakteristik Responden berdasarkan jumlah anak

Uraian	Jumlah	%
1	7	58%
2	4	33%
3	1	9%
Total	12	100%

Dari tabel di atas terlihat bahwa sebanyak 58% responden memiliki 1 anak. Dan hanya 1 responden (9%) yang memiliki 3 anak.

3. Pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif

Tabel 3. Pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif

Pengetahuan	Jumlah	%
Baik	10	83%
Cukup	2	17%
Kurang	0	0%
Total	12	100%

Sebagian besar responden (83%) mempunyai pengetahuan yang baik tentang ASI Eksklusif. Juga tidak ada responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang ASI Eksklusif

4. Pengaruh hipnolaktasi

Manfaat setelah melakukan hipnolaktasi yang dirasakan para responden adalah merasa nyaman dalam menyusui dan yakin ASI bisa keluar lancar. Seperti responden 5 yang mengatakan bahwa “.....kalo ikut hipno ini enak dan nyaman sekali jadi ga sakit kalo disusui bayi.....”. ibu juga mengatakan bahwa “.....sebelum ini ASI saya keluarnya sedikit....tapi setelah ikut hipno ASI saya jadi keluar banyak....” (R7 dan R9). Pendapat responden lain adalah “.....jadi pede kalo mau menyusui karena ASI nya banyak.....” (R1).

5. Komitmen Pemberian ASI

Hasil wawancara kepada 12 ibu yang seluruhnya melaksanakan hipnolaktasi tentang komitmen pemberian ASI Eksklusif pada bayinya

menunjukkan bahwa dari 3 orang ibu memberikan susu formula kepada bayi saat bayi berusia 4 hari. 1 responden memberikan susu formula saat bayi usia 12 hari. 1 responden memberikan susu formula saat bayi berusia 14 hari. Sebanyak 2 responden memberikan susu formula saat bayi usia 28 hari. Dan sebanyak 5 responden yang tidak memberikan susu formula pada bayinya sampai saat ini.

Alasan yang diberikan oleh para ibu saat memutuskan memberikan susu formula adalah karena: ASI belum/tidak keluar, bayi rewel, khawatir ASI nya tidak mencukupi dan dorongan keluarga. Berikut petikan jawaban ibu, “.....susunya keluarnya sedikit, takut anak saya kekurangan....” (R2). Jawaban lain dari responden adalah “.....anak saya nangis terus tapi susunya tidak keluar....” (R5).

Sedangkan pada ibu yang masih memberikan ASI saja pada bayinya karena merasa ASI nya cukup untuk anaknya. Jawaban dari ibu tersebut adalah “.....susu saya keluarnya banyak, dulu kakak kakaknya juga cukup susu saya saja.....” (R12)

Sebanyak 4 orang Ibu yang memberikan susu formula pada bayinya mengatakan bahwa setelah ASI nya keluar dengan lancar akan menghentikan pemberian susu formulanya. Petikan jawabannya adalah “.....kalo ASI saya sudah keluar banyak, ya susu botolnya ga saya kasih lagi.....” (R3). Jawaban lain adalah “.....nanti setelah susu saya lancar, susu botol tak stop....” (R4).

PEMBAHASAN

1. Pengetahuan tentang ASI Eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 10 responden memiliki pengetahuan yang baik tentang ASI Eksklusif. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Dari pengalaman dan penelitian

terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Hal ini sejalan pula dengan teori Green bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama dimana salah satu faktor predisposisi yang ada di dalamnya terdapat pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan ibu tentang ASI merupakan salah satu faktor yang penting dalam kesuksesan proses menyusui. Thaib et al dalam Abdullah et al (2004) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan, pendidikan, status kerja ibu, dan jumlah anak dalam keluarga berpengaruh positif pada frekuensi dan pola pemberian ASI.

2. Pengaruh Hipnolaktasi

Ibu ibu menyatakan bahwa hipnolaktasi sangat bermanfaat dalam membantu meningkatkan produksi ASI selama proses menyusui dan bisa mengurangi kecemasan ibu.

Hipnolaktasi merupakan cara untuk mendorong pola pikir dalam menyusui yang tepat sehingga dapat memperlancar pengeluaran ASI. Hipnolaktasi juga terbukti dapat mengurangi kecemasan ibu dan mempercepat pengeluaran ASI (Kusmiyati, 2014).

3. Komitmen memberikan ASI Eksklusif

Hasil wawancara menunjukkan bahwa dari 12 responden hanya 5 responden yang memberikan ASI saja kepada bayinya sampai saat ini.

Komitmen memberikan ASI dapat dilihat dari *Affective Comitment* yang terdiri dari : (1) emosional ibu, yaitu saat memberikan ASI yang akan terlihat bahwa ibu benar benar mengupayakan memberikan ASI saja untuk bayinya, merasa nyaman dan terikat dengan bayinya untuk tetap memberikan ASI.(2) identifikasi, adalah keinginan ibu untuk tetap memberikan ASI saja dan paham manfaat ASI bagi bayi. (3) keterlibatan, ibu terlibat penuh dengan bayi, dukungan kuat dari keluarga untuk memberikan ASI saja tanpa diberi tambahan apapun.

4. Hipnolaktasi Meningkatkan Komitmen ibu dalam memberikan ASI Eksklusif

Ibu dapat merasakan manfaat yang di rasakan setelah melakukan teknik hipnolaktasi yaitu lebih tenang, produksi ASI meningkat dan merasa percaya diri ketika menyusukan bayinya. Sehingga ibu ibu tersebut memiliki keinginan yang kuat untuk tetap memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun pada bayinya.

Komitmen ibu untuk menyusui dari awal sejak kehamilan merupakan faktor penting dalam pemberian ASI Eksklusif. (Afifah,2007)

SIMPULAN

Teknik hipnolaktasi dapat meningkatkan komitmen ibu dalam memberikan ASI Eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Armini N. Hypnobreastfeeding Awali Suksesnya Asi Eksklusif. Access 12 April 2017 jam 12.43. Available from: <http://ejournal.poltekkesdenpasar.ac.id/index.php/JSH/article/download/10/32>
- Kusmiyati Y, Wahyuningsih HP. Pengaruh Hypnobreastfeeding terhadap Kecemasan dan Waktu Pengeluaran ASI pada Ibu Post Partum Primipara di Yogyakarta. J Teknol Kesehatan, [Internet]. 2014;12 No 2. Available from: <http://poltekkesjogja.web.id/jurnal/2014/11/03/pengaruh-hypnobreastfeeding-terhadap-kecemasan-dan-waktu-pengeluaran-ASI-pada-ibu-post-partum-primipara-di-yogyakarta>
- Kusumajaya A, Peningkatan Pengetahuan Dan Komitmen Ibu Hamil Untuk Menyusui Dalam Upaya Pencapaian Keberhasilan Pemberian Asi Eksklusif, Jurnal Skala Husada Volume 11Nomor 1 April 2014 : 11 – 17
- Notoatmodjo, Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan, Jakarta, 2012, Rineka Cipta
- Nuratri C.,*The Effect Of Hypnobreastfeeding On The Success Of Exclusive Breastfeeding At Panti Rapih Hospital Of Yogyakarta. Acces 17 April 2017 jam 10.39. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id/downloadfile/83822/potongan/S2-2015-340032-abstract.pdf>*
- Roesli U, Panduan IMD Plus ASI eksklusif, (2012), Trubus Agriwidya, Jakarta

STUDI KORELASI UMUR KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN NYERI PUNGGUNG IBU HAMIL

Mariah Ulfah¹, Ikit Netra Wirakhmi²
STIKes Harapan Bangsa Purwokerto
Email: maydaanzili@gmail.com, ikitnetra@yahoo.co.id

ABSTRACT

Back pain is common in pregnancy. The experience of back pain is often experienced by pregnant women about 24% -90% during pregnancy (JosPt, 2014). There are several factors that contribute to these symptoms during pregnancy including pelvic changes as well as changes in loading due to increasing gestational age (Sabino, Jennifer 2008). Puskesmas Kembaran I is a health center that runs pregnant women's classes. Based on a preliminary study conducted in the class of pregnant women in Purbadana and Kembaran villages in March 2016, of 31 pregnant women stated that 65% had back pain, which was quite disturbing to patients, often using pharmacologic treatment by taking calcium or using oil white wood. Based on the phenomenon, the authors are interested to know to know the relationship between pregnancy age and body mass index of pregnant women with low back pain in pregnant women. Problem formulation is as follows: how the correlation of gestational age with low back pain in pregnant women? The purpose of this study is to know the correlation of gestational age with lower back pain in pregnant women.

Keywords: *age of pregnancy, back pain*

PENDAHULUAN

Nyeri punggung merupakan hal yang sering terjadi dalam kehamilan. Pengalaman nyeri punggung sering dialami oleh ibu hamil sekitar 24%-90% selama kehamilan (JosPt, 2014). Ada beberapa faktor yang berkontribusi terhadap gejala ini selama kehamilan termasuk perubahan panggul serta perubahan pada pembebanan karena umur kehamilan yang semakin meningkat (Sabino, Jennifer 2008).

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, postur wanita berubah karena mengkompensasi berat uterus yang sedang tumbuh menjadi postur yang hiperlordosis karena untuk mempertahankan keseimbangan tubuh. Relaksasi sakroiliaka menyebabkan berbagai tingkat nyeri punggung setelah terdapat ketegangan yang berlebihan, kelelahan dan dapat mempengaruhi aktivitas sehari hari (57%) sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup ibu hamil. Rasa sakit bervariasi

dari rata-rata, sedang sampai dengan rasa sakit yang parah (Shu Ming Wang, et al:2008).

Puskesmas Kembaran I merupakan puskesmas yang menyelenggarakan kelas ibu hamil. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di kelas ibu hamil desa Purbadana dan Desa Kembaran pada bulan maret 2016, dari 31 ibu hamil menyatakan bahwa 65% mengalami nyeri punggung, dimana cukup mengganggu pasien, seringkali pasien menggunakan pengobatan farmakologis yaitu dengan mengkonsumsi obat kalsium atau dengan menggunakan minyak kayu putih.

Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk mengetahui untuk mengetahui hubungan umur kehamilan dengan nyeri punggung bawah pada ibu hamil.

Rumusan Masalah adalah sebagai berikut: bagaimana korelasi umur kehamilan dengan nyeri punggung bawah pada ibu hamil?

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui korelasi umur kehamilan dengan nyeri punggung bawah pada ibu hamil

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah analisis deskriptif dengan pendekatan *crosssectional*. Kriteria inklusi adalah semua ibu hamil yang datang di kelas ibu hamil Desa Purbadana dan Desa Kembaran, pada semua umur kehamilan. Teknik sampling menggunakan incidental sampling, yaitu semua yang datang pada saat itu diambil sebagai sample dalam penelitian. Teknik analisa data dengan menggunakan uji korelasi Spearman rank karena uji person tidak terpenuhi

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. HASIL PENELITIAN

a. Analisis Univariat

1) Karakteristik responden

a) Distribusi karakteristik berdasarkan gravida

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden berdasarkan Gravida

Gravida	Frekuensi	Prosentase
1	7	22.6
2	13	41.9
3	8	25.8
4	1	3.2
5	1	3.2
6	1	3.2
Total	31	100.0

Sebagian besar responden merupakan hamil ke 2 (41.9%), kemudian hamil ke 3 (25.8%), kemudian hamil pertama (22.6%), dan sebagian kecil (3.2%) merupakan hamil ke 4,5, dan 6.

b) Karakteristik responden berdasarkan umur ibu

Tabel 2. Distribusi umur responden

Umur Ibu	Frekuensi	Prosentase
<20	3	9.7
20-35	27	87.1
>35	1	3.2
Total	31	100.0

Dari tabel tersebut menggambarkan bahwa sebagian besar (87.1%) usia responden berada pada kurun reproduksi sehat (20-35 tahun), kemudian 9.7% berada di usia <20 tahun dan sebagian kecil (3.2%) berada di usia >35 tahun.

c) Karakteristik nyeri punggung pada ibu hamil

Tabel 3. Distribusi nyeri Punggung pada ibu hamil

Klasifikasi Nyeri	Frekuensi	Prosentase
tidak nyeri	13	41.9
nyeri ringan	7	22.6
nyeri sedang	9	29.0
nyeri berat	2	6.5
Total	31	100.0

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar (58.1%) ibu hamil mengeluh nyeri punggung dengan variasi terbesar adalah nyeri sedang (29.0%), nyeri

ringan (22.6%), dan nyeri berat (6.5%), sedangkan 41.9% mengatakan tidak mengeluh nyeri

d) Karakteristik responden berdasarkan umur kehamilan berdasarkan trimester

Tabel Distribusi umur kehamilan berdasarkan trimester

Trimester	Frekuensi	Prosentase
1	1	3.2
2	8	25.8
3	22	71.0
Total	31	100.0

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar(71%) responden adalah berada di trimester 3, kemudian 25.8% trimester 2, dan hanya sebagian kecil (3.2%) berada di trimester 1.

ANALISIS BIVARIAT

Tabel korelasi antara umur kehamilan dengan nyeri punggung ibu hamil

		Uk	Nyeri
Spearman's rho	Uk	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.378*
		N	.036
Nyeri	Nyeri	Correlation Coefficient	.378*
		Sig. (2-tailed)	1.000
		N	.036
			31
			31

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Korelasi antara umur kehamilan dengan nyeri punggung ibu hamil

Hasil uji spearman menunjukkan bahwa nilai p value pada sign (2-tailed) adalah 0.036 artinya p value <0.05 sehingga Ho ditolak yang artinya terdapat korelasi yang signifikan antara umur kehamilan dengan nyeri punggung ibu hamil, selanjutnya dari correlation correlate nilainya adalah 0.378 artinya mempunyai tingkat hubungan yang rendah.

PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Hubungan signifikan antara umur kehamilan dengan nyeri punggung sesuai dengan pendapat Jennifer dan Jonathan, 2008 yang melaporkan bahwa nyeri punggung selama kehamilan rata-rata mulai sakit adalah di 22.1 minggu kehamilan, kemudian 20% rasa sakit dimulai sejak 16 minggu dengan beberapa sakit yang menyayat dalam bulan pertama. Semakin meningkat umur kehamilan maka akan menyebabkan otot meregang untuk mengakomodasikan rahim yang meluas, saat terjadi peregangan tersebut akan menyebabkan kehilangan kemampuan untuk melakukan fungsinya menjaga postur tubuh sehingga menyebabkan punggung menopang sebagian besar peningkatan berat badan. Disamping itu, rahim yang membesar, peningkatan volume cairan darahnya retensi cairan selama kehamilan menyebabkan penekanan vena cava sehingga akan terjadi hipoksia pada tulang belakang panggul dan lumbal. (Jennifer dan Jonathan: 2008). Selain itu, penambahan umur kehamilan menyebabkan perubahan postur pada kehamilan sehingga terjadi pergeseran pusat gravitasi tubuh bergeser ke depan, sehingga jika otot perut lemah menyebabkan lekukan tulang pada daerah lumbar sehingga menyebabkan sakit punggung (Ulfah, M; 2014).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden merupakan hamil ke 2 (41.9%), sebagian besar (87.1%) usia responden berada pada kurun reproduksi sehat (20-35 tahun), sebagian besar (58.1%) ibu hamil mengeluh nyeri punggung dengan variasi terbesar adalah nyeri sedang (29.0%), nyeri ringan (22.6%), dan nyeri berat (6.5%), sebagian besar (71%) responden adalah berada di trimester 3. Hasil uji bivariat terdapat korelasi yang signifikan antara umur kehamilan dengan nyeri punggung ibu hamil, selanjutnya dari correlation correlate nilainya adalah 0.378 artinya mempunyai tingkat hubungan yang rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Sulistyowati, (2009). *Asuhan Kebidanan ada masa kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jennifer Sabino Æ Jonathan N. Grauer (2008) *Pregnancy and low back pain*. Humana Press 2008 dikutip dari <http://link.springer.com/article/10.1007/s12178-008-9021-8> diakses tanggal 29 agustus 2017.
- PTCR Back, PP During - J Orthop Sports Phys Ther (2014) [Pregnancy and Low Back Pain](http://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.2014.0505) diakses dari <http://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.2014.0505>
- Puskesmas Kembaran I. (2016). *Profil kesehatan puskesmas kembaran I*. Kabupaten Banyumas.
- Sopiyudin. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Ulfah, M., 2014. *Hubungan Diastasis Recti Abdominis dengan Nyeri Punggung Bawah pada Ibu Hamil*. *Jurnal Bidan Prada* <http://ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/104>
- Ming Wang Shu, et al (2004). *Low Back Pain During Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Outcomes* diakses dari http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2004/07000/Low_Back_Pain_During_Pregnancy_Prevalence,_Risk.11.aspx

COACHING DENGAN PENDEKATAN *PEER EDUCATION* TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU UPAYA PENCEGAHAN HIV/AIDS

Widjijati¹, Supadi², Dyah Wahyuningsih³
Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang
Email: widjijati@gmail.com

ABSTRACT

Problems unhealthy sexual behavior and drug use in adolescents resulting in adolescents vulnerable to contracting HIV / AIDS. In the world every year, the majority of humans infected with HIV in the 15-24 year age range. Every day nearly 6,000 teens in the world infected with HIV, this means that there are 250 teenagers are infected every hour of every day. Nearly 12 million young people living with the HIV-infected condition, adolescents under the age of 25 years the percentage is 28% of the total 42 million people living with HIV. This study aims to determine the effectiveness of coaching with the peer education approach to changes in knowledge, attitudes, and behavior of adolescents with HIV / AIDS. This type of research is the study quasi-experiment with pretest-posttest control group design. Sampling in this study was conducted using simple random sampling. Data were analyzed using paired t-test and independent t-test. Statistically by paired t test coaching peer education approach to significantly improve the knowledge ($p = 0.000$) and changing attitudes ($p = 0.001$) and behavior ($p = 0.002$) adolescents against HIV / AIDS. But the statistical test by independent t test coaching with peer education approach does not significantly increase the knowledge and changing attitudes and behavior of adolescents on HIV / AIDS ($p = 0.261$).

Keywords: teenagers, coaching, peer education, HIV / AIDS

PENDAHULUAN

Peralihan masa anak-anak ke masa dewasa di alami setiap individu pada masa remaja. Pada masa ini, remaja mempunyai permasalahan yang sangat kompleks karena masa remaja merupakan masa transisi dari masa anak-anak ke masa dewasa. Masalah-masalah yang sering dijumpai pada remaja antara lain seksualitas, HIV/AIDS, NAPZA, rendahnya pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja dan median usia kawin pertama yang relatif masih rendah (BKKBN, 2012).

Masalah perilaku seksual yang tidak sehat dan penggunaan NAPZA pada remaja mengakibatkan remaja rentan tertular HIV/AIDS. Di dunia setiap tahunnya, sebagian dari manusia terinfeksi HIV pada rentang umur 15-24 tahun. Setiap hari hampir 6.000 usia remaja di dunia terinfeksi HIV, ini berarti terdapat 250 remaja

terinfeksi tiap jam setiap hari. Hampir 12 juta remaja hidup dengan kondisi terinfeksi HIV, remaja dibawah usia 25 tahun persentasenya 28% dari total 42 juta ODHA (Mason, 2001).

Berdasarkan permasalahan-permasalahan remaja tersebut di atas dan belum adanya program pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS secara terstruktur di sekolah-sekolah maka perlu adanya program yang sama di setiap jenjang pendidikan sekolah. Berdasarkan observasi personal, materi anatomi reproduksi ada yang diberikan pada mata pelajaran biologi sedangkan materi HIV/AIDS ada pada materi pengkayaan bidang Bimbingan dan Konseling (BK). Namun pencantuman materi-materi tersebut tidak selalu ada pada sekolah-sekolah tertentu. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan studi mengenai *coaching* dengan pendekatan *peer education* terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku upaya pencegahan HIV/AIDS.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat *true experiment*. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *randomized controlled trial*. Penelitian dilakukan untuk mengetahui efektifitas pendidikan tentang pencegahan transmisi HIV/AIDS. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh remaja kelas XI SMK Negeri dan Swasta di Purwokerto. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *simple random sampling*. Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik, pengetahuan dan sikap responden terhadap perilaku berisiko HIV/AIDS. Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis data hasil penelitian dengan menggunakan *paired t test* dan *independent t test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini hanya meliputi umur dan jenis kelamin. Tingkat pendidikan tidak dikaji karena semua responden merupakan siswa SMK.

Tabel 1. Distribusi karakteristik umur responden pada kelompok kontrol dan perlakuan.

Umur (tahun)	Kontrol	Perlakuan
Mean	16.32	16.60
Minimum	15	15
Maximum	17	20

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bila dilihat dari karakteristik umur, untuk kelompok kontrol rata-rata berusia 16.32 tahun, berusia minimum 15 tahun dan maksimum 17 tahun, sedangkan pada kelompok yang diberi perlakuan rata-rata usia 16.60 tahun, berusia minimum 15 tahun dan maksimal 20 tahun.

Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Variabel	Kelompok	N	Laki-laki	Perempuan
Jenis	Kontrol	25	12%	88%
Kelamin	Perlakuan	25	56%	44%

Berdasarkan Tabel 2 di atas diketahui bahwa berdasarkan jenis kelamin, kelompok kontrol terdapat sebanyak 88% responden perempuan dan 12% responden laki-laki. Sebaliknya pada kelompok perlakuan responden laki-laki lebih banyak dibandingkan responden perempuan yaitu 56% laki-laki dan 44% perempuan.

Perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum dan sesudah *coaching* dengan pendekatan *peer education*

Perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum dan sesudah *coaching* dengan pendekatan *peer education* tentang HIV/AIDS pada responden kelompok kontrol maupun perlakuan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum dan sesudah *coaching* dengan pendekatan *peer education* tentang HIV/AIDS

Pengetahuan, sikap dan perilaku tentang HIV/AIDS	Mean		Sig. (2-tailed)
	Sebelum	Sesudah	
Kontrol	118.16	158.76	0.000
Perlakuan	121.68	157.84	0.000

Berdasarkan Tabel 3 hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata pengetahuan, sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS pada kelompok kontrol sebelum diberi edukasi adalah 118.16, kemudian setelah diberi edukasi nilai rata-ratanya mengalami peningkatan menjadi 158.76. Hal ini menunjukkan bahwa edukasi efektif terhadap peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS, hasil ini juga diperkuat dengan hasil uji statistik yang menunjukkan nilai $p = 0.000$.

Hasil penelitian pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa nilai rata-rata pengetahuan, sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS sebelum diberi *coaching* dengan pendekatan *peer education* adalah 121.68, kemudian setelah diberi *coaching* dengan pendekatan *peer education* nilai rata-ratanya mengalami peningkatan menjadi 157.84. Hal ini juga menunjukkan bahwa *coaching* dengan pendekatan *peer education* efektif terhadap peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS. Hasil ini didukung dengan hasil uji statistik yang menunjukkan nilai $p = 0.000$. Pada kelompok kontrol maupun perlakuan didapatkan nilai $p = 0.000$ yang berarti nilai $p < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa secara statistik edukasi maupun *coaching* dengan pendekatan *peer education* efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS.

Efektifitas *coaching* dengan pendekatan *peer education* terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata nilai pengetahuan responden sesudah diberikan *coaching* dengan pendekatan *peer education* tentang HIV/AIDS pada kelompok perlakuan sebesar 33.28, nilai ini lebih kecil dari kelompok kontrol

yaitu 36.84. Hal ini menunjukkan bahwa *coaching* dengan pendekatan *peer education* yang dilakukan pada kelompok perlakuan belum memberikan pengaruh yang besar dalam meningkatkan pengetahuan responden dibandingkan edukasi dengan metode secara klasikal. Hasil ini diperkuat oleh hasil analisa statistik dengan *independent t test* yang menunjukkan nilai $p=0.348$, dimana ini berarti nilai signifikansi $> (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa secara statisitik tidak ada pengaruh *coaching* dengan pendekatan *peer education* terhadap peningkatan pengetahuan responden.

Rerata sikap responden sesudah diberi *coaching* dengan pendekatan *peer education* pada kelompok perlakuan sebesar 2.32, rerata ini lebih kecil dibandingkan dengan rerata sikap kelompok kontrol yaitu 2.92. Hal ini menunjukkan bahwa *coaching* dengan pendekatan *peer education* yang dilakukan pada kelompok perlakuan belum memberikan pengaruh yang signifikan pada perubahan sikap responden dibandingkan edukasi dengan metode secara klasikal. Hasil ini diperkuat oleh hasil analisa statistik dengan *independent t test* yang menunjukkan nilai $p=0.425$, dimana ini berarti nilai signifikansi $> (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa secara statisitik tidak ada pengaruh *coaching* dengan pendekatan *peer education* terhadap perubahan sikap responden tentang HIV/AIDS. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ajuwon dan Brieger (2007). Pada penelitian Ajuwon dan Brieger (2007) menunjukkan bahwa ada dampak yang positif secara statistik terhadap sikap kelompok perlakuan. Penelitian menunjukkan bahwa *peer education* mempunyai pengaruh yang terbaik dibanding dengan kelompok instruksi maupun kelompok kontrol. Sikap dibentuk dan dipelajari sepanjang perkembangan orang tersebut dalam hubungan dengan objeknya (Sarwono, 2003). Pengetahuan yang didapat melalui pembelajaran oleh responden membantu pembentukan sikap responden terhadap hal yang sama. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang obyek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya.

Pada aspek perilaku, hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata perilaku pada kelompok kontrol (0.84) lebih besar dibanding rerata kelompok perlakuan (0.56). Hal ini menunjukkan bahwa *coaching* dengan pendekatan *peer education*

yang dilakukan pada kelompok perlakuan belum memberikan pengaruh yang besar pada perubahan perilaku responden dibandingkan edukasi dengan metode secara klasikal. Hasil ini diperkuat oleh hasil analisa statistik dengan *independent t test* yang menunjukkan nilai $p=0.213$, dimana ini berarti nilai signifikansi $> (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan bahwa secara statistik tidak ada pengaruh *coaching* dengan pendekatan *peer education* terhadap perubahan perilaku responden tentang HIV/AIDS. Hasil penelitian ini berseberangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Odundo, Anjuri dan Odhiambo (2013). Hasil penelitian Odundo, et.al (2013) menunjukkan bahwa kelompok intervensi (*peer education club members*) berperilaku lebih positif dibandingkan dengan kelompok kontrol dalam hal abstinensi seks, setia pada pasangan, menggunakan kondom dan test HIV. Penelitian Vasilenko, Lefkowitz dan Maggs (2012) menunjukkan bahwa memberikan gambaran persepsi remaja tentang perilaku seksual mereka, dan konsekwensinya mempunyai dampak terhadap kesehatan mental, sosial dan fisik mereka. Meskipun dampak pendidikan seks formal pada perilaku remaja sulit dikaji dan tergantung isinya, penelitian menunjukkan bahwa pendidikan seksual efektif mengurangi perilaku beresiko (Martinez, Abma & Copen, 2010).

Dalam penelitian Bosmans, Gonzalez, Brems dan Temmerman (2012) didapatkan bahwa ketersediaan dan kemudahan mengakses layanan kesehatan menjadi problem utama. Pada penelitian ini, masalah yang dihadapi oleh responden adalah ketersediaan dan kemudahan mengakses sumber-sumber informasi tentang HIV/AIDS di lingkungan sekolah maupun rumah. Hasil penelitian Smith, Realini, Buzi, dan Martinez (2011) menunjukkan bahwa remaja antusias belajar tentang penyakit seksual menular, informasi umum mengenai seks, dan cara mengurangi risikonya, salah satu risikonya yaitu tertular HIV/AIDS. Pada penelitian ini, responden juga antusias ketika diberi edukasi tentang HIV/AIDS. Oleh karena itu, program pendidikan semacam ini sebaiknya memberikan suatu intervensi untuk membantu remaja mengintegrasikan pengetahuan baru, mengembangkan sikap dan perilaku sehat. Hal ini dipertegas oleh Espada, Orgilés, Morales, Ballester dan Huedo-Medina (2012) yang hasil penelitiannya mengindikasikan bahwa intervensi pencegahan HIV/AIDS yang dikombinasi dengan pemberian informasi/edukasi yang

berisi pengembangan ketrampilan efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap HIV dan mempertahankan penggunaan kondom pada tingkat tinggi di kalangan remaja Spanyol. Intervensi ini mempunyai dampak yang lebih besar pada responden wanita dan remaja yang tidak melakukan hubungan seks aktif, sehingga terhindar dari penularan HIV/AIDS.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ammentorp et.al (2013) menunjukkan bahwa coaching memberikan manfaat utamanya dalam penggunaan pendekatan tipe komunikasi yang dapat meningkatkan status kesehatan. Hasil penelitian Saffor, et.al (2015) juga menunjukkan bahwa *peer coaching* efektif meningkatkan peran serta atau aktifitas penderita diabetes secara signifikan pada kelompok perlakuan.

SIMPULAN

Analisa statistik *paired t test* menunjukkan ada perbedaan pengetahuan ($p=0.000$), sikap ($p=0.001$) dan perilaku ($p=0.002$) yang signifikan sesudah diberi *coaching* dengan pendekatan *peer education* tentang HIV/AIDS. Namun, pada uji statistik *independent t test* menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan sesudah diberi *coaching* dengan pendekatan *peer education* tentang HIV/AIDS ($p=0.261$). Berdasarkan hasil analisa statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa *coaching* dengan pendekatan *peer education* dapat meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap dan perilaku responden tentang HIV/AIDS ke arah yang lebih baik. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian sejenis dengan menggunakan sampel yang lebih besar dan dukungan sarana prasaran untuk pelaksanaan *coaching* dengan pendekatan *peer education* atau *peer coaching*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aarø, L.E., et.al. (2014). *Promoting sexual and reproductive health among adolescent in southern and eastern Africa (PREPARE): Project design and conceptual framework*. BMC Public Health, 14:54
- Ajuwon, A.J. & Brieger, W.R. (2007). *Evaluating of school-based reproductive health education program in rural South Western Nigeria*. African Journal of Reproductive Health, 11 (2), 47-59.

- Ammentorp, J. et.al (2013). *Can life coaching improve health outcomes? A systematic review of intervention studies. BMC Health Services Research*, 13:428.
- Bosmans, M., Gonzalez, F., Brems, E. & Temmerman, M. (2012). *Dignity and the right of internally displaced adolescent in Colombia to sexual and reproductive health. Disasters*, 36 (4): 617-634.
- Carey, M.P., Morrison-Beedy, D. & Johnson, B.T. (1997). *The HIV-knowledge questionnaire: Development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. AIDS and Behavior*, 1, 61-74
- Espada, J.P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R. & Huedo-Medina, T.B. (2012). *Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescent. AIDS Education and Prevention*, 24 (6), 500-513.
- Martinez, G., Abma, J. & Copen, C. (2010). *Educating teenagers about sex in the United States. NCHS Data Brief*, 44.
- Mason, H. (2001). *Peer education: Promoting health behaviors. Advocates for Youth: Washington, DC*.
- Odundo, P.A., Anjuri, D. & Odhiambo, T. (2013). *Impact of peer education on HIV/AIDS behaviour change among secondary school youths: A static group comparison analysis of a peer education project in Rachuonyo County, Kenya. The Lancet*, 381, S101.
- Rhodes, D.L., Kirchofer, G., Hammig, B.J. & Ogletree, R.J. (2013). *Influence of professional preparation and class structure on sexuality topics taught in Middle and High Schools. Journal of School Health*, 83 (5), 343-349.
- Safford, M. M. et.al. (2015). *Peer coaches to improve diabetes outcomes in Rural Alabama: A cluster randomized trial. Annals of Family Medicine*. Vol. 13, Supp.1
- Shrestha, R.M. et.al. (2013). *Better learning in schools to improve attitudes towards abstinence and intentions for safer sex among adolescent in urban Nepal. BMC Public Health*, 13:244.
- Smith, P.B., Realini, J.P., Buzi, R.S. & Martinez, M. (2011). *Student's experiences and perceived benefits of sex education curriculum: A qualitative analysis. Journal of Sex & Marital Therapy*, 37:270-285.
- Whitemore, J. (2010). *Coaching for performance: Growing human potential purpose; the Principle and practice of coaching and leadership. 4th Ed. Quercus: USA*

Vasilenko, S.A., Lefkowitz, E.S. & Maggs, J.L. (2012). *Short-term positive and negative consequences of sex based on daily report among college students.* *Journal of Sex Research*, 49 (6), 558-569.

**PERBEDAAN BERAT BADAN LAHIR DAN NILAI APGAR BAYI PADA
IBU PARITAS TINGGI DAN PARITAS RENDAH DI RSUD CILACAP
TAHUN 2016**

Yogi Andhi Lestari, Sohimah, Evy Apriani
STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap
Email: sohimah79@yahoo.com

ABSTRACT

Infant Mortality Rate in Indonesia is still the highest in ASEAN, this means showing the health status of Indonesian people is still low. One factor contributing to infant mortality is maternal factors such as social economy, education, age and parity. Parity is a very influential factor on the results of conception. Pregnancy of more than four children may result in, among other things, low birth weight, less nutrition, slower growth. To know the difference between Birth Weight and Infant Birth Rate on low parity mother with high parity mother at RSUD Cilacap 2016. Comparative descriptive research design with Cross Sectional time approach. The sample in this study was 1530 with details of 1340 low parity mothers and 190 high parity mothers. There was a significant difference of Birth Weight Born in low parity mother with high parity mother ($p = 0,002$). There was a significant difference between the Apgar Score of low parity mothers and high parity mothers ($p = 0.014$).

Keywords: Birth Weight, APGAR Score, Parity

PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan jumlah kematian bayi (0-11 bulan) per 1000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun. Angka Kematian Bayi di Indonesia terjadi penurunan dari tahun ke tahun. Hal itu dibuktikan dari data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup mengalami penurunan dibandingkan tahun 2007 sebesar 34 per 1000 kelahiran hidup akan tetapi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN seperti Singapura (3 per 1000 kelahiran hidup), dan Thailand (20 per 1000 kelahiran hidup) AKB di Indonesia masih dikatakan cukup tinggi (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013).

Di Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 AKB sebesar 10,75/1.000 kelahiran hidup, meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2011 sebesar 10,34/

1.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs) ke-4 tahun 2015 sebesar 17/1.000 kelahiran hidup maka Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah di tahun 2012 sudah cukup baik karena telah melampaui target (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012).

Penyebab kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau kematian neonatal yang disebabkan oleh faktor-faktor anak yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi (Sudariyanto, 2011, h. 57). Menurut (Mochtar, 1998, h. 78) kematian bayi endogen juga disebabkan dari kondisi bayinya sendiri yaitu Berat Badan Lahir Rendah, bayi prematur, asfiksia, dan kelainan kongenital. Sedangkan kematian bayi eksogen atau kematian *post-neonatal* disebabkan oleh faktor-faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar (Sudariyanto, 2011, h. 58).

Penelitian kematian perinatal di beberapa Rumah Sakit di Indonesia menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kematian perinatal tidak banyak berbeda dengan apa yang disebut dalam kepustakaan barat. Faktor ibu yang memperbesar risiko kematian perinatal (*high risk mother*) yaitu sosial ekonomi rendah, pendidikan, umur melebihi 30 tahun atau kurang dari 20 tahun, kehamilan tanpa pengawasan antenatal, kehamilan diluar perkawinan, gangguan gizi dan anemia dalam kehamilan, riwayat kehamilan dengan komplikasi, paritas pertama dan paritas ke 5 dan lebih (Manuaba, 2007, h. 6).

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2006) sedangkan menurut (Kenmeth, 2009, h. 40) paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm (Leveno, 2009, h. 41).

Menurut Rochjati yang dikutip oleh (Manuaba, 2010, h. 27), paritas merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap hasil konsepsi. Uterus yang telah melahirkan banyak anak cenderung tidak efisien dalam semua kala persalinan. Hal ini karena uterus telah mengalami perubahan dalam keelastisannya. Ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak empat kali atau lebih, kemungkinan akan banyak ditemui keadaan antara lain kesehatan terganggu, anemia, kurang gizi,

kekendoran pada dinding perut dan dinding rahim, dan tampak ibu dengan perut menggantung.

Kehamilan lebih dari empat anak dengan jarak kurang dari dua tahun dapat mengakibatkan antara lain berat badan lahir rendah, nutrisi kurang, waktu/lama, menyusui berkurang, kompetensi dalam sumber-sumber keluarga, lebih sering terkena penyakit, tumbuh kembang lebih lambat, dan pendidikan/intelegensia dan pendidikan akademis lebih rendah (Komalasari, 2010, h. 196).

Menurut Profil Kesehatan Cilacap tahun 2014, angka kematian bayi di Kabupaten Cilacap sebanyak 284 yang terdiri dari 194 neonatal dan 90 post-neonatal dari 30.023 kelahiran hidup, atau dengan demikian Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 9,46 per 1000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan target *Millenium Development Goals* (MDGs) ke-4 tahun 2015 sebesar 17/1.000 kelahiran hidup maka AKB di Kabupaten tahun 2014 sudah cukup baik karena masih dibawah target atau tidak melampaui target maksimal MDGs. Namun jika dibandingkan dengan kabupaten lain di Jawa Tengah seperti di kota Surakarta dimana angka kematian bayi sebesar 3,78 per 1000 kelahiran hidup, Kabupaten Cilacap masih jauh dari angka tersebut (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014).

Data dari Rekam Medik di RSUD Cilacap, data persalinan pada tahun 2016 sebanyak 1530 ibu bersalin, data tersebut meliputi 87,6% ibu bersalin paritas rendah dan 12,4% ibu paritas tinggi. Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa ibu bersalin paritas tinggi masih cukup tinggi.

b. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas maka dapat dibuat rumusan masalah sebagai berikut. “Bagaimanakah perbedaan berat badan lahir dan nilai apgar bayi pada ibu paritas rendah dengan paritas tinggi di RSUD Cilacap tahun 2016?”

c. Tujuan

1. Untuk mengetahui perbedaan hasil luaran bayi berdasarkan Berat Badan Lahir pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi.

2. Untuk mengetahui perbedaan hasil luaran bayi berdasarkan Nilai Apgar Score pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi.

TINJAUAN PUSTAKA

a. Paritas

Menurut Dorland (1998) paritas adalah keadaan wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang bisa hidup. Wiknjosastro (2002) paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang ibu. Klasifikasi paritas, menurut Wiknjosastro, 2002, h. 122 adalah:

1) Paritas rendah (primipara dan multipara).

Primipara adalah seorang wanita yang sudah melahirkan satu kali. Multipara adalah seorang yang sudah pernah melahirkan beberapa kali (2-3 kali). Paritas 2-3 merupakan paritas yang paling aman karena risiko kematian maternal lebih rendah dibandingkan paritas lebih dari 3.

2) Paritas tinggi atau grandemultipara

Grandemultipara adalah seorang wanita yang sudah melahirkan 4 orang anak atau lebih.

b. Hasil Luaran Bayi pada Ibu Paritas Rendah dan Paritas Tinggi

Menurut Wiknjosastro, 2002, h. 122 paritas 2-3 merupakan paritas paling aman karena risiko kematian maternal lebih rendah dibandingkan dengan paritas lebih dari 3. Menurut Notoadmodjo (2003), kehamilan yang sering atau tingkat paritas yang tinggi memiliki tingkat kesehatan ibu rendah dibandingkan dengan ibu paritas rendah, dengan demikian terdapat kemungkinan besar bahwa bayi yang dilahirkannya ibu dengan paritas tinggi memiliki risiko mengalami kesakitan lebih besar dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan ibu dengan paritas rendah

Ibu dengan paritas 1 dan >4 berisiko melahirkan BBLR, pada primipara terkait dengan belum siapnya fungsi organ dalam menjaga kehamilan dan menerima kehadiran janin, ketrampilan ibu untuk melaksanakan perawatan diri dan bayinya serta faktor psikologis ibu yang masih belum stabil (Rochyati, 2003. h. 98).

Sedangkan ibu yang melahirkan anak empat kali atau lebih karena paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah, hal ini akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR (Wiknjosastro, 2002. h. 122).

Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan terganggunya transport O₂ dari ibu ke janin yang akan menyebabkan asfiksia yang dapat dinilai dari APGAR *Score* menit pertama setelah lahir (Manuaba, 2007). Menurut (Endang, 2011), menyatakan bahwa depresi pernapasan bayi baru lahir dikarenakan kehamilan dan faktor persalinan. Faktor kehamilan dari sebab maternal adalah salah satunya grandemultipara atau paritas tinggi.

Pertumbuhan embrional dan fetal dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor genetik, faktor lingkungan, atau kedua faktor secara bersamaan. Salah satu faktor etiologinya antara lain umur ibu. Telah diketahui bahwa mongolisme lebih sering ditemukan pada bayi-bayi yang dilahirkan oleh ibu yang mendekati masa menopause. Di bangsal bayi baru lahir Rumah Sakit Dr Cipto Mangunkusumo pada tahun 1975-1979, secara klinis ditemukan angka kejadian mongolisme 1,08 per 100 kelahiran hidup dan ditemukan risiko relatif sebesar 26,93 untuk kelompok ibu berusia 35 tahun atau lebih. Angka kejadian yang ditemukan ialah 1 : 5500 untuk kelompok ibu berumur kurang dari 35 tahun, 1 : 75 untuk kelompok ibu berumur 40-44 tahun dan 1 : 15 untuk kelompok ibu berumur 45 tahun atau lebih. Ibu yang jumlah paritas lebih dari 4 berusia lebih dari 35 tahun dengan demikian akan mengakibatkan makin tingginya kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan cacat bawaan (Prawirohardjo, 2009).

Jumlah paritas ibu merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kelahiran prematur karena jumlah paritas dapat mempengaruhi keadaan kesehatan ibu dalam kehamilan (Nurdiana, 2008). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Agustina tahun 2006 menyatakan bahwa paritas dengan kejadian

partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dengan signifikansi ($p=0,000$), dimana pada wanita yang paritasnya lebih dari 3 akan cenderung mempunyai risiko lebih besar untuk melahirkan bayi prematur bila dibandingkan dengan wanita yang paritasnya kurang dari 4 (Agustina, 2006, h. 89).

METODE PENELITIAN

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah deskriptif komparatif dengan pendekatan waktu *Cross Sectional*. Dengan demikian peneliti akan membandingkan berat badan lahir dan nilai APGAR bayi pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi di RSUD Cilacap Tahun 2016.

b. Subyek penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan di RSUD Cilacap pada tahun 2016 yang memenuhi kriteria inklusi yaitu yang catatan rekam mediknya lengkap. Adapun sampel dalam penelitian ini sebanyak 1530 dengan rincian 1340 ibu paritas rendah dan 190 ibu paritas tinggi.

c. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini adalah:

1). Paritas rendah:

Adalah seorang perempuan yang pernah melahirkan anak hidup atau mampu hidup 1-3 kali.

2). Paritas tinggi

Adalah seorang perempuan yang pernah melahirkan anak hidup atau mampu hidup 4 kali.

3). Sub variabel Berat Badan Lahir

Berat badan bayi lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir, dikategorikan menjadi 4 yaitu:

a) Berat badan lahir normal yaitu 2500-4000 gram

b) Berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu antara 1500-2500 gram.

c) Berat badan lahir sangat rendah (BLSR), dimana berat badan lahirnya adalah <1500 gram.

d) Badan lahir lebih yaitu >4000 gram.

4). Sub variabel Nilai Apgar

Nilai Apgar adalah suatu indikatr untuk menilai kondisi bayi baru lahir meliputi pernafasan, warna kulit, denyut jantung,pergerakan dan tonus otot.

Dikategorikan menjadi 3 (tiga) yaitu

- 1) Tidak Asfiksia : jika nilai Apgar 7
- 2) Asfiksia sedang : jika nilai Apgar 4
- 3) Asfiksia berat : jika nilai Apgar < 4

d. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini berupa catatan rekam medik yang ada di RSUD Cilacap.

e. Prosedur Pengolahan dan Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan komputerisasi. Analisa data dilakukan dengan dua tahap. Tahap pertama adalah melakukan analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase variabel berat badan lahir dan nilai APGAR bayi pada ibu paritas rendah dan paritas tinggi. Tahap kedua adalah melakukan analisis komparatif untuk mengetahui perbedaan bayi pada ibu paritas rendah dan paritas tinggi di RSUD Cilacap. Analisis komparatif dilakukan dengan menggunakan uji Beda (t-test).

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD Cilacap, menggunakan data skunder pada ibu melahirkan, paritas tinggi dan paritas rendah tahun 2016. Adapun hasilnya dapat dipaparkan sebagai berikut:

- 1) Perbedaan hasil luaran bayi berdasarkan Berat Badan Lahir pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi

Tabel 1. Perbedaan hasil luaran bayi berdasarkan Berat Badan Lahir pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi

Berat Badan Lahir	Paritas				p
	Rendah		Tinggi		
	f	%	f	%	
Normal	1071	79,9	145	76,3	0,002
BBLR	216	16,1	32	16,8	
BBLSR	38	2,9	4	2,1	
BBL Lebih	15	1,1	9	4,7	
Jumlah	1340	100	190	100	

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa persentase berat badan lahir pada ibu paritas rendah dan ibu paritas tinggi, mayoritas pada kategori normal. Sedangkan berat badan lahir kategori besar persentase ibu paritas tinggi lebih besar dibandingkan dengan ibu paritas rendah. Berdasarkan analisis data didapatkan nilai $p=0,002$ hal tersebut dapat diartikan bahwa hasil luaran bayi berdasarkan berat badan lahir antara ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi terdapat perbedaan secara bermakna.

- 2) Perbedaan hasil luaran bayi berdasarkan Apgar Score pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi

Tabel 2. Perbedaan hasil luaran bayi berdasarkan Apgar Score pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi

Apgar Score	Paritas				P
	Rendah		Tinggi		
	F	%	f	%	
Tidak asfiksia	975	72,8	157	82,6	0,014
Asfiksia sedang	277	20,7	26	13,7	
Asfiksia berat	88	6,5	7	3,7	
Jumlah	1340	100	190	100	

Tabel di atas menunjukkan bahwa hasil luaran bayi berdasarkan nilai apgar pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi terdapat perbedaan yang bermakna, dilihat dari nilai $p=0,014$. Sesuai analisis

univariat persentase kejadian asfiksia berat lebih besar pada ibu paritas rendah dibandingkan dengan ibu paritas tinggi, akan tetapi mayoritas pada kedua kelompok pada kategori tidak asfiksia.

b. Pembahasan

Hasil penelitian tentang perbedaan Berat Badan Lahir dan Apgar Score terdapat perbedaan bermakna. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Wiknjosastro, 2002. h. 122) yaitu ibu yang melahirkan anak empat kali atau lebih karena paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah, hal ini akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR.

Hasil penelitian sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Endang (2011), menyatakan bahwa depresi pernapasan bayi baru lahir dikarenakan kehamilan dan faktor persalinan. Faktor kehamilan dari sebab maternal adalah salah satunya grandemultipara atau paritas tinggi. Paritas rendah beresiko karena ibu belum siap secara medis (organ reproduksi) maupun secara mental. Hasil penelitian menunjukkan bahwa primiparitas merupakan faktor resiko yang mempunyai hubungan yang kuat terhadap mortalitas asfiksia, sedangkan paritas di atas 4, secara fisik ibu mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan. Keadaan tersebut memberikan predisposisi untuk terjadi perdarahan, plasenta previa, ruptur uteri, solutio plasenta yang dapat berakhir dengan terjadinya asfiksia bayi baru lahir (Purnamaningrum, 2010)

Sedangkan ibu yang melahirkan anak empat kali atau lebih karena paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah, hal ini akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR (Wiknjosastro, 2002. h. 122).

Paritas yang tinggi memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan dan persalinan yang dapat menyebabkan terganggunya transport O₂ dari ibu ke janin yang akan menyebabkan asfiksia yang dapat dinilai dari APGAR *Score* menit pertama setelah lahir (Manuaba, 2007). Menurut (Endang, 2011), menyatakan bahwa depresi pernapasan bayi baru lahir dikarenakan kehamilan dan faktor persalina. Faktor kehamilan dari sebab maternal adalah salah satunya grandemultipara atau paritas tinggi.

KESIMPULAN

Ada perbedaan bermakna hasil luaran bayi berdasarkan Berat Badan Lahir pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi. Ada perbedaan bermakna hasil luaran bayi berdasarkan Nilai Apgar Score pada ibu paritas rendah dengan ibu paritas tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, A & Narbuko, C, (2010). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Dinas Kesehatan Cilacap. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap tahun 2014*. Cilacap: Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2014*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dorland. (2008). *Kamus Kedokteran Dorland Edisi 28*. Jakarta: EGC.
- Hartanto. (2004). Dilihat tanggal 3 Oktober. Internet <http://eprints.unimus.ac.id/13999/1>.
- Health Technology Assesment (HTA). Buku Panduan Tatalaksana Bayi Baru Lahir Di Rumah Sakit*. Direktorat Binkesmas Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Kamus Besar Bahas Indonesia (KBBI). *Definisi Hasil dan Luaran*. (2008). Dilihat pada 6 Oktober 2015. < <http://kbbi.web.id/hasil>>.
- Kenmeth, Leveno. (2009). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.

- Komalasari, Renata. (2010). *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Machfoeds, I. (2007). *Metodologi Penelitian bidang Kesehatan, Keperawatan dan kebidanan*. Jogjakarta: Fitramaya.
- Manuaba. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Maryanti, Sujianti dan Budiarti (2011). *Buku Ajar Neonatus, Bayi dan Balita*. Cetakan I, Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prawirohardjo, Sarwono. (1999). *Ilmu Kebidanan Edisi Ketiga*: Jakarta: PT. Bina Pustaka.
- Rukiyah, Yeyeh. (2012). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Saifuddin, (2005). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.
- Sudarti. (2010). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sugiyanto. (2006). *Analisis Statistika Sosial*. Malang: Bayumedia Publishing.

STUDI DESKRIPSI PENGETAHUAN IBU TENTANG INFEKSI CACING PADA BALITA DI DESA KARANGENDEP PATIKRAJA BANYUMAS

Yuli Trisnawati
Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto
Email: yulitrisnawati079@gmail.com

ABSTRACT

Currently infectious diseases are still a major health problem in the world, especially in tropical countries. Among the infectious diseases, it turns out to date Parasitic diseases seem to get less attention from the community. According to WHO, Soil-Transmitted Helminth is one of the most common infectious diseases in many parts of the world, and usually concerns low-income groups. This infection is transmitted through oral fecal, where the eggs of the worms contaminate the soil around the poor sanitary dwellings. The purpose of this study is to determine the level of knowledge of the mother about the infection of worms in infants. The research method used is descriptive research with accidental sampling. The result is 59%, the knowledge level of infant mother about the infant worm infection is enough, 94% of respondents have been able to answer correctly about the understanding of worm infections in toddlers, 65% of respondents are still wrong in answering about the signs and symptoms of worm infections in infants, 76% of respondents were able to answer correctly about the cause of worm infections in toddlers, 88% of respondents have been able to answer correctly about infectious helminth infections in toddlers, 88% of respondents have been able to answer correctly about complications of infections of worms in infants and 53% of respondents are still wrong in answering about prevention of worm infections in infants.

Keywords: *knowledge of worm infection*

PENDAHULUAN

Saat ini penyakit infeksi masih merupakan masalah kesehatan utama di dunia, terutama di negara tropis. Di antara penyakit infeksi tersebut, ternyata hingga saat ini penyakit *Parasit* terkesan kurang mendapat perhatian dari masyarakat. Hal itu mungkin karena umumnya penyakit parasitik bersifat kronis dan tidak mengancam jiwa, sehingga masyarakat umum bahkan tenaga kesehatan, termasuk dokter juga cenderung mengabaikannya. Adapun penyakit parasitik penting, tetapi kurang mendapat perhatian yaitu malaria, *toxoplasmosis* dan cacing usus (Wargosudjono T, 2009). Infeksi cacing usus masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang termasuk Indonesia. Dikatakan pula

bahwa masyarakat pedesaan atau daerah perkotaan yang sangat padat dan kumuh merupakan sasaran yang mudah terkena infeksi cacing (WHO, 2013).

Menurut WHO, *Soil-Transmitted Helminth* merupakan salah satu penyakit infeksi yang cukup sering terjadi di berbagai belahan dunia, dan biasanya mengenai kelompok masyarakat golongan ekonomi rendah. Infeksi ini menular melalui *Fecal oral*, dimana telur dari cacing berkontaminasi dengan tanah sekitar tempat tinggal yang sanitasinya buruk. Organisme yang sering menyebabkan infeksi adalah *The round worm (Ascaris lumbricoides)*, *the whipworm (Trichuris trichiura)* and *the hookworms (Necator americanus and Ancylostoma duodenale)*. Yang tersering menyebabkan Infeksi adalah species *Ascariasis Lumbricoides* (WHO, 2013).

Infeksi cacing usus yang berakibat menurunnya status gizi penderita juga akan menurunkan daya tahan tubuh penderita sehingga memudahkan infeksi penyakit lain, termasuk HIV/AIDS, tuberkulosis dan malaria. Secara kumulatif, cacingan dapat menimbulkan kerugian zat gizi berupa kalori dan protein serta kehilangan darah yang sangat berarti (Pedoman Pengendalian Cacingan Tahun 2006).

Di Indonesia, penelitian di Kalijudan, Surabaya pada tahun 2001 yang dilakukan oleh Sulistyorini dan kawan-kawan mendapatkan hampir separuh responden (49,3%) yang diteliti memiliki telur cacing kremi pada pemeriksaan *anal swab*. Penelitian yang dilakukan di Jakarta Timur didapatkan bahwa pada 46 anak (54,1%) memiliki telur cacing kremi dari 85 anak yang diperiksa dan memperlihatkan bahwa kelompok usia terbanyak yang menderita infeksi cacing kremi adalah kelompok usia 5 sampai dengan 9 tahun (Gandahusada *et al.*, 2004)

Di Indonesia sendiri, program pemberantasan cacingan dilakukan sejak zaman penjajahan oleh sektor kesehatan saja. Langkah yang dilakukan meliputi pengobatan dan pembuatan jamban. Pemberantasan cacingan dilakukan secara Nasional pertama kali pada Tahun 1975 setelah dibentuk unit struktural di Direktorat Jendral PM3 (Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular). Program pemberantasan cacingan dilakukan oleh DEPKES RI Tahun 2006 lalu dengan sasaran pengendalian terhadap cacingan di seluruh daerah di Indonesia, dengan

kerjasama antara Pemerintah Daerah, Petugas kesehatan, dan juga masyarakat (Pedoman Pengendalian Cacingan Tahun 2006).

Penularan telur cacing kremi terjadi ketika telur cacing yang terdapat di perianal terperangkap di dalam kuku saat penderita menggaruk kemudian tangan tersebut memegang makanan tanpa dicuci terlebih dahulu (Salim *et al.*, 2014). Selain itu, telur-telur cacing kremi bisa berpindah tempat ke pakaian dalam dan pakaian tidur, serta beberapa benda yang berada di sekitar kamar seperti buku, meja, dan kursi. Perpindahan telur cacing yang begitu mudah mengakibatkan individu lain mudah terinfeksi (Kim dan Yu, 2014). Meskipun pengobatan untuk infeksi cacing kremi telah lama ditemukan, namun pengontrolan angka kejadiannya masih sulit karena beberapa faktor yaitu reinfeksi dan tidak tuntasnya pengobatan pada individu terinfeksi (Lohiya *et al.*, 2000).

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Objek penelitian adalah ibu bayi dan balita di Desa Karangendep, pengumpulan data menggunakan kuesioner, serta pengambilan data secara *accidental sampling*. Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan ibu, yaitu pengetahuan ibu tentang infeksi cacing yang dibedakan dalam kategori pengetahuan rendah, sedang dan tinggi. Analisa penelitian menggunakan analisis univariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil penelitian

1) Tingkat pengetahuan ibu

Berdasarkan Diagram 1 diketahui bahwa sebagian besar pengetahuan ibu balita tentang infeksi cacing pada balita adalah dalam kategori cukup yaitu sebesar 59%, sedangkan hanya 18% yang termasuk dalam kataegori baik.

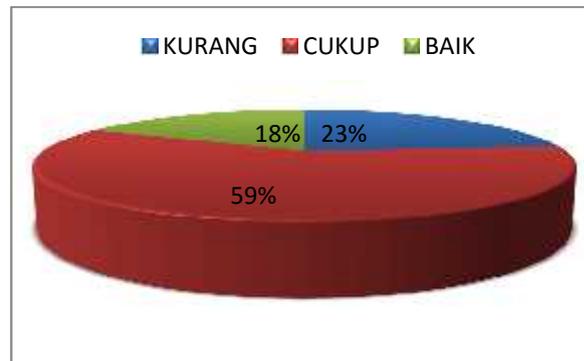


Diagram 1. Tingkat pengetahuan ibu balita tentang infeksi cacing pada balita

2) Pengertian Infeksi cacing pada balita

Berdasarkan hasil penelitian dalam tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai pengertian infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 94%.

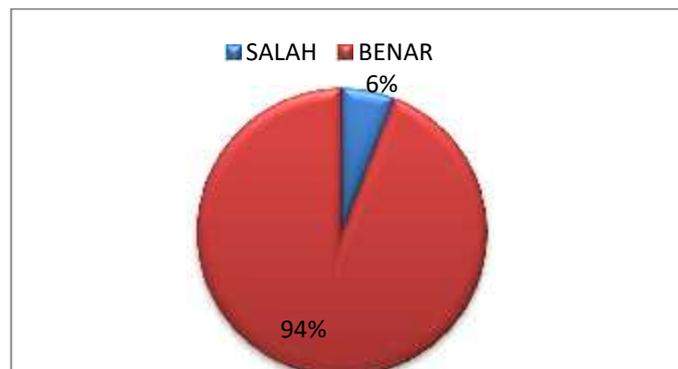


Diagram 2. Frekuensi jawaban responden tentang pengertian infeksi cacing

3) Tanda dan gejala infeksi cacing pada balita

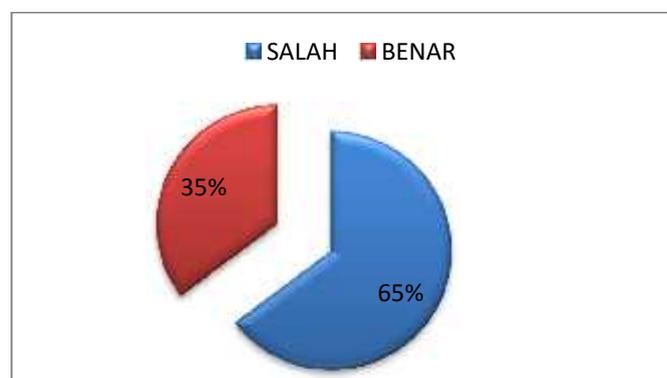


Diagram 3. Frekuensi jawaban responden tentang tanda dan gejala infeksi cacing

Berdasarkan hasil penelitian dalam Diagram 3 diketahui bahwa sebagian besar responden masih salah dalam menjawab mengenai tanda dan gejala infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 65%

4) Penyebab infeksi cacing pada balita

Berdasarkan hasil penelitian dalam Diagram 4 diketahui bahwa sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai penyebab infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 76 %

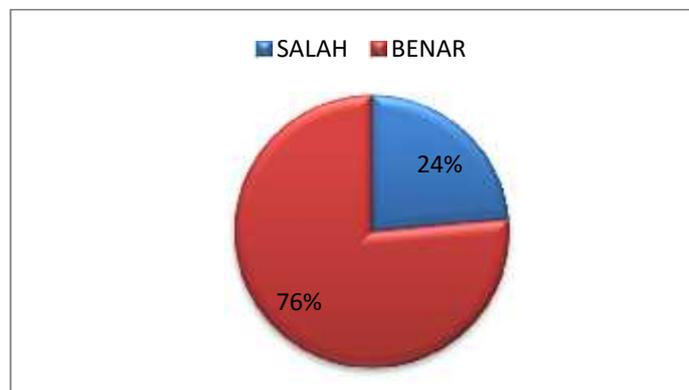


Diagram 4. frekuensi jawaban responden tentang penyebab infeksi cacing

5) Pengobatan infeksi cacing pada balita

Berdasarkan hasil penelitian dalam Diagram 5 diketahui bahwa sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai pengobatan infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 88 %

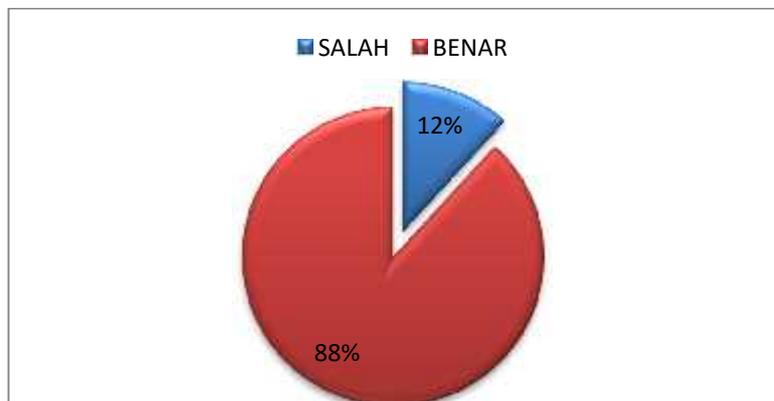


Diagram 5. Frekuensi jawaban responden tentang pengobatan infeksi cacing

6) Komplikasi infeksi cacing pada balita

Berdasarkan hasil penelitian dalam Diagram 6 diketahui bahwa sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai komplikasi infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 88 %

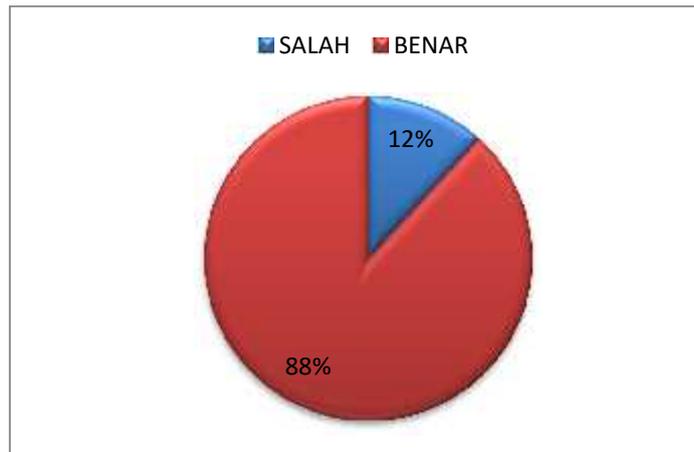


Diagram 6. Frekuensi jawaban responden tentang komplikasi infeksi cacing

7) Pencegahan infeksi cacing pada balita

Berdasarkan hasil penelitian dalam Diagram 7 diketahui bahwa sebagian besar responden masih salah dalam menjawab mengenai pencegahan infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 53 %

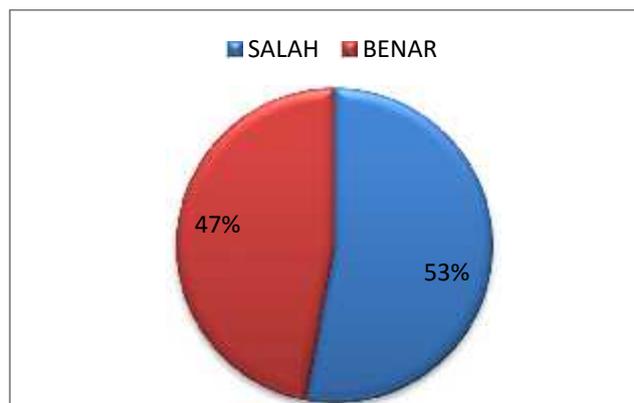


Diagram 7. Frekuensi jawaban responden tentang pencegahan infeksi cacing

b. Pembahasan

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan ibu balita tentang infeksi cacing pada balita adalah dalam kategori cukup yaitu sebesar 59%, sedangkan hanya 18% yang termasuk dalam kategori baik dan 23% dalam kategori kurang. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan informasi mengenai infeksi cacing pada balita sudah cukup baik karena lebih dari separuh responden berpengetahuan cukup baik. Masih adanya pengetahuan ibu balita tentang infeksi cacing yang masuk dalam kategori kurang bisa disebabkan karena adanya kendala teknis pada saat penyuluhan, misalnya ibu duduk diluar ruangan pada saat mengikuti kelas bayi dan balita.

Dengan pengetahuan ibu yang sudah cukup baik tentang infeksi cacing pada balita dapat mempengaruhi perilaku ibu dalam menjaga kesehatan balitanya sehingga dapat terhindar dari infeksi cacing. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan yang dimiliki oleh ibu juga tidak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya penyuluhan, televisi, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

Penting bagi ibu balita untuk mengetahui tentang pengertian infeksi cacing pada balita. Hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden (94%) sudah bisa menjawab dengan benar mengenai pengertian infeksi cacing pada balita. Dengan pengetahuan ibu yang sudah paham tentang pengertian infeksi cacing pada balita akan mendorong perilaku ibu sehingga lebih berhati – hati dalam pencegahan infeksi cacing pada balitanya.

Selain itu ibu balita juga harus mengetahui tentang tanda dan gejala infeksi cacing pada balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (65%) masih salah dalam menjawab mengenai tanda dan gejala infeksi cacing pada balita. Tanda dan gejala infeksi cacing pada balita ada bermacam-macam tergantung penyebab infeksi cacing yang dideritanya. Pada infeksi cacing yang sering terjadi pada balita antara lain disebabkan oleh infeksi cacing kremi (*enterobiasis*) tanda

yang khas adalah adanya gatal-gatal di perineal (daerah anus). Sedangkan pada infeksi cacing *ascaris lumbricoides* (cacing gelang) tanda yang muncul adalah adanya cacing dalam feses balita. Untuk infeksi cacing karena nematoda biasanya tanpa gejala, kecuali jika sudah kronis maka feses akan berlendir, diare, nyeri perut, dehidrasi, anemia dan berat badan menurun. Dan yang sangat khas adalah infeksi karena fillariasis (kaki gajah) karena ekstremitas/kaki penderita akan membesar. Walaupun ibu sudah mengetahui pengertian infeksi cacing pada balita, namun apabila masih belum tahu tentang tanda dan gejala infeksi cacing akan membuat balita terlambat mendapatkan pengobatan. Hal ini tentu saja dapat menyebabkan gangguan kesehatan pada balita.

Dalam penelitian ini juga diukur tentang kemampuan ibu balita dalam menjawab mengenai penyebab infeksi cacing pada balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (76%) responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai penyebab infeksi cacing pada balita. Berdasarkan hal ini akan menguntungkan bagi balita karena ibu jadi tahu dan lebih waspada akan penyebab infeksi cacing pada balita sehingga mencegah terjadinya penularan infeksi cacing.

Tingkat pengetahuan infeksi cacing pada balita ini juga dilakukan dengan mengukur sejauh mana pengetahuan ibu tentang pengobatan infeksi cacing pada balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai pengobatan infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 88 %. Hal ini akan membuat balita yang terinfeksi cacing akan mendapat penanganan dan pengobatan yang tepat.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai komplikasi infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 88 %. Menurut Mandal (2008) menyatakan bahwa komplikasi yang dapat ditimbulkan dari infeksi cacing adalah adanya obstruksi pada usus, hepatomegali, defisiensi zat besi (anemia), diare, mielitis dan eosinofilia. Hal ini tentu saja dapat mengganggu tumbuh kembang balita dan juga dapat membahayakan kesehatannya.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden (53 %) juga masih salah dalam menjawab mengenai pencegahan infeksi cacing pada balita. Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan kemampuan ibu dalam menjawab

mengenai penyebab cacangan pada balita. Padahal dengan mengetahui penyebab dari cacangan maka ibu dapat melakukan pencegahan penyakit infeksi cacing ini dalam perilaku sehari-hari yaitu dengan pola hidup bersih dan sehat. Menurut mendel (2008) menyatakan bahwa pencegahan infeksi cacing dapat dilakukan dengan cuci tangan setelah defekasi /buang air besar, mencuci tangan setelah kontak dengan tanah dan sebelum makan, membebaskan area beramin anak-anak dari kotoran anjing dan kucing, mencuci bersih sayuran mentah, serta memasak dengan matang semua jenis daging. Penelitian Wisnungsih (2004) dalam Ninik (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan kejadian infeksi cacing. Upaya pencegahan dan penanggulangan infeksi kecacingan dapat dengan cara meningkatkan pengetahuan dan perilaku keluarga tentang hygiene perorangan serta sanitasi lingkungan dan makanan meliputi mencuci tangan sebelum makan dan sehabis buang air besar.

SIMPULAN

Sebagian besar tingkat pengetahuan ibu balita tentang infeksi cacing pada balita adalah dalam kategori cukup yaitu sebesar 59%. Sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai pengertian infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 94%. Sebagian besar responden masih salah dalam menjawab mengenai tanda dan gejala infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 65%. Sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai penyebab infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 76 %. Sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai pengobatan infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 88 %. Sebagian besar responden sudah bisa menjawab dengan benar mengenai komplikasi infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 88 %. Sebagian besar responden masih salah dalam menjawab mengenai pencegahan infeksi cacing pada balita yaitu sebesar 53 %.

DAFTAR PUSTAKA

Mandal, dkk (2008) Lecture notes. *Penyakit infeksi*. Jakarta .Erlangga

Entjang, Indan (2003) *Mikrobiologi & parasitologi*. Bandung. Citra aditya bakti

- Nelson. (2000). *Ilmu Kesehatan Anak edisi 15, Jilid2*. Jakarta: EGC
- Ninik, dkk. (2012) *pengetahuan ibu tentang infeksi cacing Ascaris lumbricoides pada anak usia pra sekolah di desa batu merah kota Ambon. Molluca medica. Jurnal kedokteran dan kesehatan program studi pendidikan dokter Universitas pattimura.*
- Notoatmojo, Soekidjo. (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pedoman Pengendalian Cacingan Tahun 2006* [online] [update : June 2006] [cited April 30]. [27 Pages]
- Sutanto I, Ismid IS, Sjarifudin PK, Sungkar S. (2009). *Parasitologi Kedokteran*. Edisi Keempat. Jakarta: FKUI.
- WHO [online]. Intestinal Worm 2012 [cited 2013 May 1] ; [6 screens]. Available from: URL: http://www.who.int/intestinal_worms/en/index.html

PREDIKTOR PERILAKU SEKS BEBAS REMAJA SMA

Widyoningsih¹, Sutarno²

¹STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap

Email: wied.alir@gmail.com

ABSTRACT

Adolescence is defined as the transitional period from childhood to adulthood. The adolescent age limit according to the World Health Organization (WHO) is 12 to 24 years. The impact of teenage free association leads to social tuna activities in the community. Data from Cilacap District Health Office 2010 through Youth Reproduction Health program (KRR) found that there are 44 Unwanted Pregnancy (KTD) in the work area of Puskesmas. in adolescents have a very serious impact for adolescents themselves, in the form of biological, psychological and social impacts. The purpose of this study was to determine predictors of pre-marital sex behavior in high school adolescents in Cilacap District. The research design is descriptive quantitative. The population in this study are high school adolescents and SMK SR. The sampling technique used in this research is cluster random sampling. The sample size is 30 people. The results showed that adolescent attitudes about free sex were mostly in the negative attitudes category of 30 people (100%) adolescent religiosity levels were mostly in the good category of 3 people (10%) and enough (90%). Behavior near 100% is risk. From this data it can be concluded that 100% of high school adolescents and SMK SR have predictors of free sex behavior.

Keywords: *Predictors, sex behavior, high school adolescents*

PENDAHULUAN

Hasrat seksual remaja yang tidak terkendali menjadi salah satu penyebab seks bebas yang harus diupayakan penanganannya. Banyak faktor yang dapat memicu munculnya hasrat seksual remaja. Hasrat seksual ini yang pada akhirnya membutuhkan penyaluran dalam bentuk perilaku seksual yaitu seks bebas yang dapat mengarah pada Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Seks bebas juga menjadi salah satu penyebab tingginya HIV/AIDS. Menurut data di Voluntary Concelling and Testing (VCT) RSUD Cilacap, hingga Juni 2014 terdapat 550 orang dengan HIV/AIDS. Sebelas orang diantaranya adalah remaja (Wagino, 2014).

Pada tahun 2015, Cilacap merupakan wilayah Kabupaten yang memiliki penderita HIV/AIDS terbanyak ketiga se-Jawa Tengah. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap tahun 2010 melalui program Kesehatan Reproduksi Remaja

(KRR) diperoleh bahwa ada 44 Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) di wilayah kerja Puskesmas. Data KTD tiga tertinggi adalah di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Selatan 2, Cilacap Tengah dan Jeruk Legi 2.

Banyak faktor yang dapat menjadi penyebab seks bebas khususnya di kalangan remaja. Faktor tersebut dapat berasal dari dalam individu maupun dari luar individu. Hasil penelitian Azinar (2009) menyebutkan bahwa beberapa prediktor perilaku berisiko yaitu perilaku seksual teman dekat, sikap terhadap seksualitas dan tingkat religiusitas.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa 1) responden yang teman dekatnya melakukan perilaku seksual berisiko memiliki kecenderungan 8 kali lebih besar untuk juga melakukan perilaku seksual berisiko KTD dibandingkan dengan responden yang teman dekatnya melakukan perilaku seksual tidak berisiko. 2) Responden yang sikapnya terhadap seksualitas lebih permisif memiliki resiko atau kecenderungan 4 kali lebih besar untuk melakukan perilaku seksual berisiko KTD dibandingkan dengan responden yang kurang permisif. 3) responden yang tidak religius memiliki resiko atau kecenderungan 3 kali lebih besar untuk melakukan perilaku seksual berisiko KTD dibandingkan dengan responden yang religius.

Menurut Kaye dan Ravgan (2000) religiusitas adalah sebuah ekspresi spiritual seseorang yang berkaitan dengan keyakinan, nilai, hukum yang berlaku dan ritual. Religiusitas juga merupakan bentuk hubungan manusia dengan penciptanya melalui ajaran agama yang sudah terinternalisasi dalam diri seseorang dan tercermin dalam sikap dan perilakunya sehari-hari (Thontowi, 2015). Berdasarkan bahasan di atas, religiusitas yang baik dari dalam diri seseorang akan mampu mengendalikan perilaku negatifnya karena dia akan berusaha menginternalisasi ajaran agamanya yang selalu mengajak kepada kebaikan. Religiusitas ini penting bagi remaja karena kondisi psikologis remaja yang sangat rentan. Salah satu karakteristik remaja adalah remaja menganggap bahwa memiliki kelompok adalah hal yang penting. Remaja menganggap jika sudah menjadi bagian dari kelompok, maka dia akan memiliki status. Menjadi individu yang berbeda dari kelompoknya menyebabkan remaja tidak diterima dan diasingkan

dari kelompok (Wong, 2008). Akhirnya remaja menjadi seperti yang diharapkan oleh orang yang mereka anggap penting. Jika orang penting bagi remaja adalah kelompok teman sebayanya, maka remaja pun akan menjadi seperti orang yang diharapkan oleh kelompoknya.

Disini terlihat betapa kelompok sangat berpengaruh terhadap perilaku seks remaja.. Karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui Prediktor perilaku seks bebas remaja di SMA dan SMK SR Cilacap.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui prediktor perilaku seks bebas pada remaja SMA khususnya di SMA dan SMK SR di Kabupaten Cilacap, dengan tujuan khusus: 1) Mengetahui sikap remaja tentang perilaku seks bebas remaja, 2) Mengetahui tingkat religiusitas remaja, 3) Mengetahui perilaku seks teman dekat remaja.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah deskriptif kuantitatif. Populasi pada penelitian ini adalah remaja SMA dan SMK SR Cilacap. Teknik *sampling* yang digunakan adalah cluster random sampling. Besar sampel pada penelitian ini adalah 30, diambil berdasarkan kriteria minimal jumlah sampel yang dapat diterima.

Penelitian ini dilakukan sejak penyusunan proposal bulan April sd September 2017. Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuesioner. Kuesioner pada penelitian ini terdiri dari 4 bagian, yaitu: 1) berisi daftar isian terkait data demografi calon responden. 2) Kuesioner terkait sikap remaja mengenai seks bebas 3) kuesioner tentang tingkat religiusitas 4) kuesioner terkait perilaku seks teman dekat Analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat ini mendeskripsikan seluruh variabel penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Langkah pertama dalam penelitian ini adalah mengurus ijin pelaksanaan penelitian kepada Bupati Kabupaten Cilacap melalui kantor Kesbangpol dan Bapelitbangda Kabupaten Cilacap. Setelah perijinan diperoleh, dilanjutkan dengan koordinasi dengan sekolah yang menjadi sasaran subjek penelitian untuk menetapkan

waktu pelaksanaan kegiatan (SMK dan SMA SR). Berdasarkan arahan dari pihak sekolah ditunjuk kelas XI Akomodasi Perhotelan (APH), kelas Teknik Komputer dan Jaringan (TKJ) dan SMA kelas XI. Jumlah total siswa 33. Setelah melewati skreening data diperoleh 30 data responden yang dapat diolah.

Tabel 1. Karakteristik Responden

	Frekwensi	Persentase (%)
Umur		
Remaja Awal	0	0
Remaja Tengah	29	96,67
Remaja Akhir	1	3,33
Agama		
Islam	30	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	63,33
Perempuan	11	36,67
Pendidikan Ayah		
Dasar	11	36,67
Menengah	17	56,67
Tinggi	2	6,67
Pendidikan Ibu		
Dasar	14	46,67
Menengah	15	50
Tinggi	1	3,33
Jumlah	30	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Sikap, Religiusitas dan Perilaku Teman Dekat sebelum dilakukan Intervensi

	Frekwensi	Persentase (%)
Sikap		
Sikap Positif	16	53
Sikap Negatif	14	47
Religiusitas		
Tinggi	4	13
Rendah	26	87
Perilaku teman dekat		
Beresiko	30	100
Tidak Beresiko	0	0
Jumlah	30	100

Berdasarkan Tabel 2. dapat dilihat bahwa sikap remaja tentang seks bebas paling banyak berada pada kategori sikap positif yaitu 16 orang (53 %), dan sikap negatif yaitu 14 orang (47 %).

Sikap sebagian besar remaja yang positif terkait seks bebas dapat disebabkan karena sudah maraknya media promosi kesehatan yang menjelaskan tentang dampak negatif dari seks bebas. Di samping itu, walaupun responden masih tergolong remaja menengah, namun mengacu kepada tahap perkembangan kognitifnya, remaja dapat membayangkan suatu rangkaian peristiwa yang mungkin terjadi. Memiliki sikap positif merupakan unsur penting yang tidak diragukan lagi pengaruhnya bagi keberhasilan dan kesuksesan hidup seseorang. Kuncinya adalah kita dapat memahami berbagai faktor yang dapat mendukung peningkatan sikap positif dalam diri kita meliputi faktor spiritual, impian, dan antusiasme (Purwanto 1998). Yang pada akhirnya hal ini memunculkan kesadaran remaja untuk menjauhi seks bebas.

Sedangkan remaja dengan sikap negatif akan mengalami kesulitan dalam bergaul, membina hubungan, bekerja dan kehidupan perkawinan. Mereka cenderung

akan menciptakan lingkungan yang negatif baik di rumah, di tempat kerja maupun dalam lingkungan sosial. Kerugian yang lebih membahayakan dari orang yang memiliki sikap negatif ini adalah terkadang mereka juga menularkan sikap negatif yang ada pada dirinya kepada orang lain yang ada di sekitarnya atau generasi yang akan datang. Jika hal tersebut terjadi, maka lingkungan di mana dia berada tersebut akan rusak dan tidak nyaman lagi untuk ditempati. Secara umum, kerugian dari remaja yang memiliki sikap negatif adalah kebalikan dari apa yang akan diperoleh seseorang yang memiliki sikap positif. (Purwanto, 1998).

Akhirnya remaja menjadi seperti yang diharapkan oleh orang yang mereka anggap penting. Jika orang penting bagi remaja adalah kelompok teman sebayanya, makaremaja pun akan menjadi seperti orang yang diharapkan oleh kelompoknya. Berdasarkan tingkat religiusitas remaja paling banyak berada pada kategori tinggi 4 orang (13%), kategori rendah 26 orang (87%). Menurut Gazalba (dalam Ghufron, 2012) religiusitas berasal dari kata *religi* dalam Bahasa latin "*religio*" yang akar katanya *religie* yang berarti mengikat. Dengan demikian mengandung makna bahwa religi atau agama pada umumnya memiliki aturan-aturan dan kewajiban-kewajiban yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh pelakunya. Kesemuanya itu berfungsi mengikat seseorang atau sekelompok orang dalam hubungannya dengan Tuhan, sesama manusia, dan alamnya.

Sedangkan menurut Glock dan Stark (dalam Jalaludin, 2004) mengatakan bahwa religiusitas adalah keseluruhan dari fungsi jiwa individu mencakup keyakinan, perasaan, dan perilaku yang diarahkan secara sadar dan sungguh-sungguh pada ajaran agamanya dengan mengerjakan lima dimensi keagamaan yang didalamnya mencakup tata cara ibadah wajib maupun sunat serta pengalaman dan pengetahuan agama dalam diri individu.

Menurut Wong (2008) Sebagian besar remaja memikirkan terhadap pernyataan yang tidak logis atau ideologis yang bertentangan dengan pemikirannya. Remaja mungkin menolak aktivitas ibadah yang formal, namun mereka melakukan ibadah secara individual dengan privasi di dalam kamar mereka sendiri. Mereka mungkin memerlukan eksplorasi terhadap konsep keberadaan Tuhan dan membandingkan agama mereka dengan orang lain. Lingkungan seperti pondok

pesantren maupun lingkungan sekitar masjid, atau lingkungan sekolah yang islami akan sangat berpengaruh dalam meningkatkan spiritualitas remaja. Kondisi lingkungan ini pula yang menyebabkan sebagian remaja memiliki sipritualitas yang tinggi.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa sikap remaja tentang seks bebas paling banyak berada pada kategori sikap positif yaitu 16 orang (53 %), dan paling sedikit berada pada kategori sikap negatif yaitu 14 orang (47 %). Tingkat religiusitas remaja paling banyak berada pada kategori religiusitas rendah 26 orang (87%), kategori tinggi 4 orang (13%). Dan perilaku seks teman dekat paling banyak berada pada kategori berisiko yaitu 30 orang (100 %), dan paling sedikit berada pada kategori tidak berisiko rendah yaitu 0 orang (0 %).

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi sekolah untuk membuat progam-program pencegahan seks bebas remaja yang minimal terdiri atas upaya perubahan sikap dan perilaku seks bebas, di samping pengawasan terhadap pergaulan remaja dengan teman dekatnya. Serta yang paling penting adalah upaya peningkatan religiusitas remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Azinar, Muhammad. (2013). *Perilaku seksual pra nikah berisiko terhadap kehamilan tidak diinginkan*.
<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/2639/2706>
diperoleh pada 28 Februari 2016
- Darmasih. (2009). *Faktor yang mempengaruhi perilaku seks pranikah pada remaja SMA di Surakarta*. Diperoleh 28 Maret 2016
- Ghufron dan Rini Risnawaita, *Teori-teori psikologi*, (Jogjakarta: Ar-Ruzz Media, 2011), h.167
- Jazuli, Ahmad Sulaiman. (2008). *Perilaku seksual remaja ditinjau dari kontrol diri dan pengetahuan seksualitas dalam materi fiqh di pondok pesantren pelajar*. skripsi thesis, universitas muhammadiyah surakarta.
<http://etd.eprints.ums.ac.id/357/> diperoleh pada 28 Februari 2016

- Kurniawan, Teguh. (2009). *Hubungan antara interaksi teman sebaya dan konsep diri dengan intensi perilaku seks pranikah pada remaja*. skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
<http://eprints.ums.ac.id/3616/>diperoleh pada 28 Februari 2016
- Muzayyanah. (2009). *Pendidikan kesehatan reproduksi remaja: Bagaimana menyikapinya?*
- Repository.uin-suska.ac.id. Bab II. Diperoleh tanggal 20 September 2017. 10 BAB II TINJAUAN PUSTAKA A RELIGIUSITAS.url
- Repository.usu.ac.id. Bab II. Diperoleh tanggal 20 September 2017 BAB II LANDASAN TEORI II A RELIGIUSITAS.url
- Suryoputro, Ford, Dan Shaluhiyah. (2006) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan Dan Layanan Kesehatan Seksual Dan Reproduksi, *makara, kesehatan, vol. 10, no. 1, juni 2006:29-40*,
<http://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/a7362c598eb4125460a36ee46447ac07ce7397c2.pdf> diperoleh pada 28 februari 2016
- Wagino. (2014). Akibat seks bebas, 11 remaja di Cilacap terinfeksi HIV/AIDS. Diperoleh 20 Mei 2016.
<http://www.cilacapmedia.com/index.php/kesehatan/2431-akibat-seks-bebas-11-pelajar-di-cilacap-terinfeksi-hiv-aids.html>.

ISBN 978-602-50798-0-1



9 786025 079801