



# PROSIDING



## **SEMINAR NASIONAL STRATEGI KEMANDIRIAN TENAGA KEPERAWATAN DALAM MENGHADAPI MASYARAKAT EKONOMI ASEAN (MEA)**

Tim Editor:  
Heru Santoso Wahito Nugroho  
Suparji  
Nurlailis Saadah  
Sunarto  
Sahrir Sillehu



**Penerbit:**  
**Forum Ilmiah Kesehatan  
(FORIKES)  
2016**

Prosiding Seminar Nasional:  
STRATEGI KEMANDIRIAN TENAGA KEPERAWATAN  
DALAM MENGHADAPI MASYARAKAT EKONOMI ASEAN (MEA)

Tim Editor:  
Heru Santoso Wahito Nugroho  
Suparji  
Nurlailis Saadah  
Sunarto  
Sahrir Sillehu

Penerbit:  
Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)  
2016

Prosiding Seminar Nasional:  
STRATEGI KEMANDIRIAN TENAGA KEPERAWATAN  
DALAM MENGHADAPI MASYARAKAT EKONOMI ASEAN (MEA)

Tim Editor:  
Heru Santoso Wahito Nugroho  
Suparji  
Nurlailis Saadah  
Sunarto  
Sahrir Sillehu

ISBN 978-602-1081-07-5

Penerbit:  
Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes)

Sekretariat: Jalan Cemara, RT.01, RW.02 Ds./Kec. Sukorejo, Ponorogo  
Telepon: 085235004462, 081335718040  
Email: forikes@gmail.com  
Website: www.forikes.webs.com

Desain Sampul dan Tata Letak:  
Heru Santoso Wahito Nugroho

Cetakan Pertama, 2016

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang  
Dilarang menggandakan buku ini dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

Dipublikasikan atas kerjasama antara Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)  
Kabupaten Magetan dengan Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes)

SUSUNAN PANITIA  
SEMINAR NASIONAL:  
STRATEGI KEMANDIRIAN TENAGA KEPERAWATAN  
DALAM MENGHADAPI MASYARAKAT EKONOMI ASEAN (MEA)  
Di Magetan, Tanggal 07 Mei 2016.

Pelindung	: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan
Penanggung Jawab	: Suharno, S.Kep., Ns.
Ketua	: Anastasia Eko, S.Kep., Ns., M.Kes.
Wakil Ketua	: Adha Zainul M, S.Kep., Ns., M.M.
Sekretaris	: 1. Nanik Puji Lestari, S.Kep., Ns. 2. Umi Rahmawati, S.Kep., Ns. 3. Hesty Triana
Bendahara	: 1. Siti Rahayu, A.Md.Kep. 2. Sulastri, S.Kep., Ns.
Seksi Ilmiah	: 1. Suparji, S.S.T., S.K.M., M.Pd. 2. Heru Santoso Wahito Nugroho, S.Kep., Ns., M.M.Kes. 3. Murjono, S.Kep., Ns. 4. Tumadi, S.Kep.Ns
Seksi Acara	: 1. Deffi Septiana S, S.S.T. 2. Merlynda Aridiana, S.Kep., Ns. 3. Iis Setiyaningsih, S.Kep., Ns. 4. Nur Reni S, S.Kep., Ns. 5. Eva Riani S, A.Md.Kep. 6. Fitria Trisna, S.Kep., Ns.
Seksi Humas	: 1. Sugito, S.Kep., Ns. 2. Subandono, A.Md.Kep. 3. Darwanto, S.Kep., Ns. 4. Sugeng P, A.Md.Kep. 5. Nunuk S, S.Kep., Ns. 6. Nasrudin, S.Kep., Ns. 7. Ariska Amir, S.Kep., Ns
Seksi Dekorasi & Dokumentasi	: 1. Dyah Rochmawati P, S.Kep., Ns. 2. Titus Fajar, A.Md.Kep.
Seksi Keamanan & Perlengkapan	: 1. Didik Suyadi, S.Kep.Ns. 2. Lahuri, A.Md.Kep. 3. Bagus Wirha Y, S.Kep. 4. Dudin Candra, S.Kep.Ns.
Seksi Konsumsi	: 1. ST. Muslihatin, S.Kep., Ns. 2. Sulastri, S.Kep., Ns. 3. Suwarsi, A.Md.Kep.

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala karunia-Nya, prosiding seminar nasional ini dapat diselesaikan sesuai dengan harapan. Prosiding ini merupakan kumpulan artikel dari para peneliti, khususnya dalam bidang keperawatan dari berbagai daerah di Indonesia. Artikel yang disajikan meliputi ringkasan hasil penelitian yang disusun secara sistematis. Tim editor dan panitia pelaksana seminar nasional dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kabupaten Magetan mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelenggaraan acara ilmiah ini, khususnya kepada para peserta seminar nasional yang telah berpartisipasi untuk mendukung suksesnya acara seminar nasional. Kami berharap bahwa acara ini dapat berlanjut pada tahun-tahun berikutnya, oleh karena itu dukungan dari semua pihak yang terkait sangat kami harapkan, terimakasih.

Tim Editor

## DAFTAR ISI

Sampul -----	i
Halaman judul pertama -----	ii
Halaman judul kedua -----	iii
Susunan panitia -----	iv
Kata pengantar -----	v
Daftar isi -----	vi
PENGARUH FREKUENSI MENYUSUI TERHADAP KEBERHASILAN MELAKSANAKAN METODE AMENORE LAKTASI (MAL)	
Sutio Rahardjo, Anis Nur Laili, Sri Wayanti -----	1
HEALTH BELIEF MODEL IN DEVELOPMENT EFFORTS INCREASING COMMUNITY PARTICIPATION VISIT POSYANDU	
Agung Suharto, N. Surtinah, Rahayu Sumaningsih -----	7
HUBUNGAN ANTARA PEMBERIAN PASI DENGAN PERTUMBUHAN BERAT BADAN BAYI USIA 9-12 BULAN	
Astuti Setiyani -----	17
PENGARUH SENAM DIABETES MELLITUS TERHADAP PERUBAHAN BASAL METABOLISME RATE PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS	
Agus Sarwo Prayogi, Induniasih, Nova Prameswari -----	21
GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI LAMA PERSALINAN PADA IBU YANG MELAKSANAKAN SENAM HAMIL	
N. Surtinah -----	27
PELAKSANAAN PSIKO TEST PADA SIPENSIMARU DALAM PENINGKATAN KUALITAS LULUSAN MAHASISWA KEBIDANAN	
Suparji, Hery Sumasto, Teta Puji Rahayu, Tumirah -----	33
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERNIKAHAN USIA MUDA	
N. Surtinah -----	41
TINDAKAN IBU DALAM PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN KEPUTIHAN	
Kasiati, Ni Wayan Dwi R, Eka Fahrudi -----	47
STUDI KOMPARASI WAKTU PENGELUARAN ASI ANTARA IBU NIFAS RAWAT GABUNG DENGAN RAWAT PISAH	
Nuryani -----	52
GAMBARAN PERKEMBANGAN BAYI DAN BALITA DENGAN RIWAYAT BERAT LAHIR RENDAH	
Suparji -----	58
HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG DETEKSI DINI ISPA DENGAN KEJADIAN EPISODE ISPA PADA BALITA	
Budi Yulianto, Nurlailis Saadah, Sandro Kurnia Saderu -----	63
PERBEDAAN PERKEMBANGAN BAHASA ANAK USIA 3-5 TAHUN ANTARA YANG DIASUH ORANG TUA SENDERI DENGAN PEMBANTU RUMAH TANGGA	
Kasiati -----	67
PENGARUH PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF TERHADAP PERKEMBANGAN BAYI USIA 6-12 BULAN	
Nurlailis Saadah -----	71
TERAPI TERTAWA UNTUK TEKANAN DARAH SISTOLIK PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI SISTOLIK TERISOLASI	
Maria Sambriang -----	74
HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA 3-36 BULAN	
Ayesha Hendriana Ngestiningrum -----	80
PENGARUH TERAPI PELUK TERHADAP PENINGKATAN ATTACHMENT PADA ANAK	
Maria Sambriang -----	88
PERBEDAAN PUSTAKA HIV/AIDS TENTANG PERAWATAN PASIEN HIV/AIDS PADA REFERENSI HIV/AIDS	
Muhammad Taufan Umasugi, Lukman Labasy, M. Arman Tubaka, Fathmy F. Souliissa -----	93
GAMBARAN PENGALAMAN PERAWAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG PERAWATAN BEDAH DAN PENYAKIT DALAM	
Abuzar Wakano -----	99

## **PENGARUH FREKUENSI MENYUSUI TERHADAP KEBERHASILAN MELAKSANAKAN METODE AMENORE LAKTASI (MAL)**

Sutio Rahardjo

(Program Studi D III Kebidanan Kampus Bangkalan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya)

Anis Nur Laili

(Program Studi D III Kebidanan Kampus Bangkalan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya)

Sri Wayanti

(Program Studi D III Kebidanan Kampus Bangkalan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya)

Alamat Email: sutiorahardjo@gmail.com

### **ABSTRAK**

Metode amenore laktasi merupakan metode kontrasepsi alami dengan cara pemberian ASI secara eksklusif. Masih banyak ibu setelah melahirkan belum mampu memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama pada bayinya. Tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui adanya pengaruh frekuensi menyusui terhadap keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi Di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan. Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik, dengan rancangan crossectional. Variabel independen frekuensi menyusui eksklusif dan variabel dependen keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi. Penelitian ini menggunakan tehnik total sampling untuk sebanyak 20 ibu, data ini dikumpulkan melalui kuesioner kemudian dilakukan analisis data menggunakan uji statistik berupa Chi Square dengan tingkat kemaknaan 0,05. Hasil penelitian menunjukkan dari 20 ibu menunjukkan sebanyak 11 ibu (55%) frekuensi menyusuinya sering, dan sebanyak 13 ibu (65%) tidak berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Berdasarkan uji statistik menggunakan Chi Square dengan tingkat kemaknaan sebesar 0,05 menunjukkan  $X^2$  hitung sebesar 1,174 lebih kecil dari  $X^2$  tabel sebesar 3,841 ( $H_0$  diterima). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh frekuensi menyusui terhadap keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi. Agar metode alami ini dapat tercapai, sebaiknya ibu menyusui tanpa susu formula (eksklusif) dengan frekuensi sering selama 6 bulan, dan tidak mengikuti kontrasepsi setelah bersalin.

Kata Kunci:

Frekuensi menyusui, metode amenore laktasi (MAL)

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar Belakang**

Angka pertumbuhan penduduk di Indonesia berkembang pesat. Permasalahan ini karena minimnya pengetahuan serta pola budaya pada masyarakat setempat. Untuk mengatasi permasalahan tersebut pemerintah Indonesia telah menerapkan program keluarga berencana yang dimulai sejak tahun 1968 dengan mendirikan LKBN (Lembaga Keluarga Berencana Nasional) yang kemudian dalam perkembangannya menjadi BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional). Gerakan Keluarga Berencana Nasional bertujuan untuk mengontrol laju pertumbuhan penduduk yang juga untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia (Hartanto, 2004). Permasalahan kesehatan reproduksi masih banyak sekali yang harus dikaji, tidak hanya tentang organ reproduksi saja tetapi ada beberapa aspek, selain salah satunya adalah kontrasepsi. Saat ini tersedia banyak metode atau alat kontrasepsi meliputi IUD, suntik, pil, implant, kontap, kondom (BKKBN, 2004). Beberapa alat kontrasepsi yang ditawarkan memiliki kelebihan dan kekurangan. Metode Amenore Laktasi merupakan salah satu metode alami dalam mengatur kelahiran. Metode Amenore Laktasi adalah suatu metode kontrasepsi dengan cara memberikan ASI kepada bayinya secara penuh tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya (Varney, 2006). Efektifitasnya dalam mencegah kehamilan dapat mencapai 98%, MAL efektif bila menyusui lebih dari delapan kali sehari dan bayi mendapat cukup asupan perlaktasi (Saifuddin, 2003). Namun kenyataannya masih banyak ibu setelah melahirkan belum mampu mamberikan ASI secara penuh selama 6 bulan pertama pada bayinya.

Kehamilan terjadi pada 2 per 100 wanita pada 6 bulan setelah melahirkan dan 6 per 100 wanita setelah 6-12 bulan setelah melahirkan. Kejadian kehamilan pada pemakaian MAL ini relatif sangat kecil

dikarenakan efektifitasnya pada MAL sangat tinggi mencapai 98% (Prawirohardjo, 2003). Sedangkan pada data awal yang diperoleh oleh peneliti di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan pada tanggal 3 Oktober 2012 dari 20 responden, terhitung 70% diantaranya tidak dapat memberikan ASI eksklusif.

Semakin lama ibu menyusui bayinya, maka makin cenderung haid akan terjadi kembali selama masa menyusui tersebut, dan makin cenderung timbul ovulasi yang mendahului haid pertama post partum seiring dengan keseringan bayi menghisap ASI. Sedangkan jika ibu mengikuti aturan dari metode amenore laktasi dapat menikmati periode amenore laktasi yang berlangsung 13-16 bulan. Tetapi pada fakta yang terjadi di masyarakat bahwa metode kontrasepsi MAL ini masih mengalami banyak kendala, misalnya saja para ibu yang telah mengalami menstruasi kurang dari 6 bulan setelah melahirkan, telah menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan, selain itu frekuensi pemberian ASI yang berkurang misalnya saja para ibu yang bekerja membantu suami sehingga pemberian ASI dapat terhambat karena waktu habis di luar rumah. Beberapa ibu merasa keberatan untuk menyusui karena pengalaman awal yang negatif dan kemudian mencoba untuk tidak menyusui, banyak ibu baru yang juga sering dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman pada kerabat dan teman wanita yang tidak mengerti keuntungan yang bisa di dapat dari menyusui, karena mungkin akan cenderung mendorong ibu untuk tidak menyusui dan mengganti ASI dengan susu formula yang dianggap kandungan gizinya lebih lengkap dari pada ASI. Kurangnya dukungan suami menyebabkan para ibu ini angkat tangan dan berhenti menyusui lebih awal dan ini akan terus berlanjut menjadi masalah (Nichol, 2005).

Hal ini cenderung membuat metode amenore laktasi tidak dapat berjalan dengan lancar sebagaimana mestinya. Akhirnya untuk mencapai keefektifitasannya aturan-aturan MAL dapat di perluas melebihi 6 bulan pasca partum karena efektifitas ovarium mengalami penekanan jauh lebih lama sehingga menstruasi akan datang lebih lama pula (Glaiser, 2006). Metode Amenore Laktasi ini memiliki keuntungan bukan hanya untuk para ibu tetapi bayi juga mendapatkan keuntungan antara lain mendapatkan kekebalan antibodi perlindungan lewat ASI, sumber asupan gizi yang baik dan sempurna untuk tubuh bayi yang optimal, dan terhindar dari susu formula (Pinem, 2009).

Keberhasilan metode kontrasepsi ini sangat berkaitan erat dengan praktek menyusui terbatas tanpa memperhatikan jadwal. Biasanya 6-8 kali menyusui akan menekan ovulasi dan kembalinya menstruasi akan lebih lama. Di samping itu juga, jangan melatih bayi untuk tidur sepanjang malam karena ASI membuat hormon-hormon yang menekan ovulasi di produksi tertinggi pada jam 01.00-06.00, menyusui di malam atau dini hari penting untuk menekan kesuburan. Dan menunda pengenalan makanan padat sampai usia 6 bulan atau lebih, karena makanan padat harus memberikan nilai gizi tambahan bukan pengganti ASI. Begitu juga dengan ibu yang bekerja bisa mencoba menggunakan pompa ASI, bantu bayi meminum ASI yang sudah di pompa atau bisa juga menggunakan metode menyusui alternatif, cara menggunakan pompa penekan ASI baik secara manual atau elektrik untuk mengeluarkan ASI ibu dan menyimpannya di lemari pendingin. Sedangkan pada ibu baru yang menyusui anak pertama sangat di anjurkan untuk konsultasi pada petugas kesehatan agar informasi tentang pemberian ASI dapat diberikan penjelasan sehingga ibu mendapatkan keefektifan dari metode kontrasepsi MAL. Semua metode yang disampaikan diatas merupakan saran yang disampaikan agar metode amenore laktasi dapat dengan baik dan dapat digunakan sebagai metode kontrasepsi (Nichol, 2005). Tenaga kesehatan (bidan) dapat memberikan konseling pada ibu ataupun pihak suami agar informasi yang diberikan dapat diterima dengan baik.

### **Pembatasan Masalah**

Mengingat luasnya masalah yang ada di lapangan, maka fokus kajian dalam penelitian ini dibatasi pada variabel pengaruh frekuensi menyusui terhadap keberhasilan MAL di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan.

### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi gambaran frekuensi menyusui di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan.
2. Mengidentifikasi gambaran keberhasilan dalam melaksanakan MAL di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan.
3. Menganalisis pengaruh frekuensi menyusui terhadap keberhasilan melaksanakan MAL.

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian analitik, dengan desain crosssectional, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh frekuensi menyusui terhadap keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi.

Populasi pada penelitian ini adalah ibu menetek yang memiliki bayi berusia < 6 bulan D Posyandu Dahlia dengan menggunakan total populasi. Variabel independen adalah frekuensi menyusui, dan variabel dependen adalah keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner. Hasil dianalisis dengan uji statistik Chi square.

## HASIL PENELITIAN

### Frekuensi Menyusui

Setelah dilakukan pengolahan data pada 20 responden menunjukkan bahwa responden sebanyak 11 (55%) frekuensi menyusui sering. Dan untuk lebih jelasnya dapat di lihat melalui tabel 1 berikut ini:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Menyusui di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan Bulan Juni Tahun 2013

Frekuensi Menyusui	Frekuensi	Persentase
Sering	11	55
Tidak sering	9	45
Jumlah	20	100

### Keberhasilan Melaksanakan Metode Amenore Laktasi

Setelah dilakukan penelitian pada 20 responden, sebanyak 7 (35%) berhasil melaksanakan metode amenore laktasi, dan dari 7 responden ini sebanyak 4 (20%) menyusui eksklusif. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Keberhasilan Melaksanakan Metode Amenore Laktasi di Posyandu Dahlia Bulan Juni 2013

Keberhasilan Melaksanakan Metode Amenore Laktasi	Frekuensi	Persentase
Berhasil	7	35
Tidak berhasil	13	65
Jumlah	20	100

### Hubungan antara Frekuensi Menyusui dengan Keberhasilan Metode Amenore Laktasi

Tabel 2. Hubungan antara Frekuensi Menyusui dengan Keberhasilan Melaksanakan Metode Amenore Laktasi di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan Pada Bulan Juni Tahun 2013

Frekuensi Menyusui	Keberhasilan Melaksanakan Metode Amenore Laktasi				Total	
	Berhasil		Tidak Berhasil		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
Sering	5	45	6	55	11	100
Tidak sering	2	22	7	78	9	100
$X^2$ hitung = 1,174 $X^2$ tabel = 3,841						

Untuk mendapatkan gambaran tentang ada atau tidaknya pengaruh antara variabel frekuensi menyusui eksklusif terhadap keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi digunakan tabulasi silang (*cross tabulation*) terhadap masing-masing variabel tersebut dengan pembuktian hipotesis dengan menggunakan uji *Chi Square*. Dari 20 responden terdapat 5 responden (45%) frekuensi menyusui sering dan berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Sedangkan sebanyak 6 responden (55%) frekuensi menyusui sering tetapi tidak berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Dari 11 responden (100%) frekuensi menyusui sering, hanya terdapat 5 responden (45%) menyusui eksklusif. Sedangkan dari 9 responden (100%) frekuensi menyusui tidak sering hanya terdapat 1 responden (11%) menyusui eksklusif. Dan sebanyak 2 responden (22%) frekuensi menyusui tidak sering namun berhasil melaksanakan metode amenore laktasi, dan sebanyak 7 responden (78%) frekuensi menyusui tidak sering dan tidak berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan

*Chi Square* menunjukkan  $X^2$  hitung sebesar 1,174 sedangkan  $X^2$  tabel sebesar 3,841. Berarti  $X^2$  hitung <  $X^2$  tabel, sehingga  $H_0$  diterima.

## PEMBAHASAN

Tabel 1 menggambarkan bahwa dari 20 ibu, sebanyak 11 ibu (55%) frekuensi menyusui sering. Sedangkan sebanyak 9 ibu (45%) frekuensi menyusui tidak sering. Frekuensi menyusui yang sering disebabkan karena para ibu tidak bekerja. Sehingga waktu sebagian besar dihabiskan bersama bayi dan mereka menyusui bayinya pada pagi dan malam hari. Pada frekuensi menyusui sering dapat mempengaruhi produksi ASI pada ibu. Seiring dengan kelancaran produksi ASI ini ibu dapat memberikan ASI secara eksklusif. Sedangkan pada frekuensi menyusui tidak sering karena para ibu bekerja dan waktu untuk bersama bayinya tersita oleh aktivitas bekerja, akhirnya mereka memberikan pendamping ASI berupa susu formula selama ibu tidak bersama bayinya untuk menunjang kebutuhan asupan gizi bayinya. Selain itu pada malam hari mereka membiarkan bayinya tertidur pulas dan menunggu bayinya rewel untuk disusui.

Hal ini didukung oleh pernyataan Soetjiningsih (2005), berkurangnya rangsangan menyusui oleh bayi misalnya bila kekuatan hisapan yang berkurang, frekuensi hisapan yang berkurang, singkatnya waktu menyusui, dan pemberian makanan dini sebelum bayi berusia 6 bulan. Ini berarti pelepasan prolaktin dari hipofise berkurang, sehingga pembuatan air susu berkurang, karena diperlukan kadar prolaktin yang cukup untuk mempertahankan pengeluaran ASI.

Menurut Riordan (2000), Frekuensi dan waktu menyusui berkaitan erat dengan lamanya masa amenore dan anovulasi, wanita yang menyusui secara eksklusif akan memiliki proteksi sekitar 98% untuk beberapa bulan pertama, secara umum jika frekuensi menyusui turun dibawah 6 kali perhari atau 60 menit perhari kemungkinan besar ovulasi akan terjadi. Ovulasi yang paling baik terjadi pada 6 bulan pasca partum.

Tabel 2 menggambarkan bahwa dari 20 ibu sebanyak 13 ibu (65%) tidak berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Sedangkan sebanyak 7 ibu (35%) berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Hal ini terjadi karena para ibu telah menggunakan alat kontrasepsi pada 40 hari setelah bersalin berupa KB suntik 3 bulan, dan telah mengalami menstruasi pada 40 hari setelah melahirkan. Sedangkan para ibu yang berhasil melaksanakan metode amenore laktasi karena tidak mengikuti kontrasepsi, dan menyusui secara eksklusif. Akibatnya mereka mengalami menstruasi pada 3-4 bulan setelah melahirkan. Hal ini karena kadar prolaktin yang tinggi saat menyusui dapat menekan hormon LH dan hormon FSH, akibatnya ibu tidak mengalami menstruasi. Sehingga dapat memenuhi syarat untuk melaksanakan metode amenore laktasi. Karena keberhasilan metode ini ditunjang oleh beberapa hal yang harus dipenuhi oleh ibu, yaitu memberikan ASI eksklusif, tidak mengikuti kontrasepsi dan tidak mengalami menstruasi kurang dari 56 hari setelah melahirkan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Varney (2005), bahwa metode amenore laktasi ini akan berhasil dilaksanakan apabila memenuhi syarat yaitu bayi berusia kurang dari 6 bulan, tidak mengalami menstruasi kurang dari 56 hari setelah melahirkan, menyusui eksklusif selama 6 bulan. Begitu juga dengan pernyataan. Syaifuddin (2010) bahwa menyusui secara penuh (full breast feeding) dan pemberian ASI lebih dari 8 kali perhari, belum menstruasi setelah persalinan, usia bayi kurang dari 6 bulan.

Uji statistik menggunakan *Chi Square* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh frekuensi menyusui eksklusif terhadap keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi. Dari 20 responden terdapat 6 ibu (30%) frekuensi menyusui sering namun tidak berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Dari 9 ibu (45%) frekuensi menyusui tidak sering, hanya sebanyak 2 ibu (10%) berhasil melaksanakan metode amenore laktasi. Hal ini terjadi karena frekuensi menyusui sering namun tidak berhasil melaksanakan metode amenore laktasi, disebabkan ibu tidak menyusui secara eksklusif meskipun frekuensi menyusui menyusunya sering tetapi didampingi oleh susu formula karena ibu bekerja. Selain itu ibu telah memakai alat kontrasepsi berupa KB suntik 3 bulan setelah melahirkan, dan telah mengalami menstruasi pada 40 hari setelah melahirkan. Dengan ini ibu tidak dapat memenuhi syarat untuk melaksanakan metode amenore laktasi. Dimana syarat tersebut berupa memberikan ASI secara eksklusif, tidak memakai alat kontrasepsi setelah bersalin, dan tidak mengalami menstruasi kurang dari 56 hari setelah bersalin.

Sedangkan pada ibu yang frekuensi menyusui tidak sering namun berhasil melaksanakan metode amenore laktasi disebabkan karena ibu menyusui secara eksklusif tanpa susu formula, belum mengikuti alat kontrasepsi dan mengalami menstruasi pada 5 bulan setelah melahirkan. Hal ini sesuai dengan Nichole (2005), menyatakan bahwa berkurangnya volume ASI merupakan masalah yang umum terjadi

pada para ibu yang bekerja dan ini kebanyakan disebabkan tidak menyusui tepat pada waktu yang seharusnya.

Hal ini juga ditunjang oleh teori Hubertin (2009), pengeluaran prolaktin meningkat pada malam hari. Untuk ibu menyusui, sebagai upaya mempertahankan ASI, sebaiknya menyusui pada malam hari minimal 8 kali. Hal ini akan mempertahankan kadar prolaktin dan mencegah terjadinya ovulasi sehingga tidak terjadi kehamilan. Dengan adanya frekuensi menyusui akan memberi umpan balik pada hormon yang lain, seperti LH dan FSH sehingga tidak ada proses pematangan sel telur pada ovarium dan tidak akan terjadi ovulasi, dengan tidak terjadi ovulasi maka kadar hormon estrogen dan progesteron akan rendah yang akan dipertahankan oleh tubuh di bawah rata-rata. Isapan yang benar dan tanpa jadwal dapat mempertahankan kadar hormon prolaktin dan oksitosin sampai dengan 6 bulan setelah melahirkan.

Selain itu menurut teori Glasier (2006), sebagian besar wanita yang memberi susu formula pada bayinya memperlihatkan tanda-tanda perkembangan folikel dan akan berovulasi tidak lama kemudian. Sebaliknya, pada wanita yang menyusui konsentrasi prolaktin tetap meninggi selama penghisapan sering dan pada setiap kali menyusui terjadi peningkatan sekresi prolaktin secara akut. Walaupun konsentrasi FSH kembali ke normal dalam beberapa minggu pascapartum, namun konsentrasi LH dalam darah tetap tertekan sepanjang periode menyusui. Yang penting, pola pulsasi normal pelepasan LH mengalami gangguan dan hal inilah yang diperkirakan merupakan penyebab mendasar terjadinya penekanan fungsi normal ovarium. Seiring dengan penurunan frekuensi dan durasi episode menyusui, dan terutama dengan memperkenalkannya makanan selain ASI, efek pada sumbu hipotalamus-hipofisis-ovarium melemah dan aktivitas ovarium mulai kembali. Dengan demikian, pola pemberian makan bayi dan waktu pascapartum mempengaruhi durasi infertilitas laktasional. Pulihnya menstruasi mungkin didahului oleh ovulasi atau oleh perkembangan folikel disertai produksi estrogen yang memadai untuk merangsang pertumbuhan endometrium (dan penurunannya saat kadar estrogen turun). Dengan demikian menstruasi merupakan tanda akan pulihnya kembali kesuburan. Menurut Hidayati (2009), seiring dengan frekuensi menyusui kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan anovulasi.

## KESIMPULAN

Berdasarkan analisis data dan pembahasan maka didapatkan kesimpulan bahwa tidak ada pengaruh frekuensi menyusui terhadap keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi di Posyandu Dahlia Kelurahan Pejagan. Selanjutnya diajukan beberapa saran yaitu:

1. Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan melaksanakan metode amenore laktasi. Sehingga hasil penelitian menjadi lebih bagus lagi.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai wacana untuk pelayanan kontrasepsi oleh tenaga kesehatan agar pelayanan kontrasepsi lebih baik lagi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, (2011), Klasifikasi Umur Menurut Usia Reproduksi, Bersumber dari: [www.ArtikelKedokteran.com/Klasifikasi-Umur-Menurut-Kesehatan-Reproduksi//](http://www.ArtikelKedokteran.com/Klasifikasi-Umur-Menurut-Kesehatan-Reproduksi/) (Diakses Tanggal 7 Februari 2013 15.45 WIB)
- Bahiyatun, (2009), Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal, Jakarta, EGC
- Baskoro, A (2008), ASI Panduan Praktis Ibu Menyusui, Yogyakarta, Banyu Media
- BKKBN, (2004), Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi : Kebijakan Program dan Kegiatan Tahun 2005-2009, Jakarta, BKKBN
- , (2006), Deteksi Dini Komplikasi Persalinan, Jakarta, BKKBN
- , (2009), Kependudukan Indonesia, Jakarta, BKKBN
- Dewa, Irham, (2010), Pengertian ASI Eksklusif, Bersumber dari: [www.Google.co.id/url/](http://www.Google.co.id/url/).(Pengertian-ASI-Eksklusif) (Diakses tanggal 1 November 2012 Jam 16.35 WIB)
- Glaiser, dkk, (2006), Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Jakarta, EGC
- Hartanto, Hanafi, dr, (2002), Keluarga Berencana dan Kontrasepsi, Jakarta, Pustaka Sinar Harapan
- , (2004), Keluarga Berencana dan Kontrasepsi, Jakarta, Pustaka Sinar Harapan
- Hidayat, A.Aziz Alimul, (2007), Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data, Jakarta, Salemba Medika
- Hidayati, (2009), Metode dan Teknik Penggunaan Alat Kontrasepsi, Jakarta, Salemba Medika
- Hubertin, (2009), Penerapan ASI Eksklusif Buku Saku Bidan, Jakarta, EGC
- Ihsan, Fuad, (2008), Dasar-Dasar Pendidikan, Jakarta, Rineka Cipta

- Kuliah, Bidan, (2008), Produksi ASI Eksklusif dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi ASI, Bersumber dari: [www.Kuliah-Bidan.Wordpress.com//2008/Produksi-ASI-dan-Faktor-Yang-Mempengaruhin-ASI/](http://www.Kuliah-Bidan.Wordpress.com//2008/Produksi-ASI-dan-Faktor-Yang-Mempengaruhin-ASI/) (Diakses tanggal 1 November 2012 jam 16.46 WIB)
- Nichol, Piziali Kathryn, MD, MS, FAAP, (2005), Panduan Menyusui, Jakarta, Prestasi Pustaka Raya
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2003), Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Jakarta, Salemba Medika
- , (2005), Ilmu Kesehatan Masyarakat, Jakarta, Rineka Cipta
- , (2010), Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta, Rineka Cipta
- Nursalam, (2001), Metodologi Riset dan Keperawatan, Jakarta, CV.Agung Seta
- , (2008), Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Jakarta, Salemba Medika
- Pinem, Saroha, SKM, (2009), Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi, Jakarta, CV.Trans Info Media
- Prawirohardjo, Sarwono, (2003), Ilmu Kebidanan, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka
- , (2005), Ilmu Kebidanan, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka
- , (2009), Ilmu Kebidanan, Jakarta, Yayasan Bina Pustaka
- Riordan, Jan, dkk, (2000), Buku Saku Menyusui dan Laktasi, Jakarta, EGC
- Saifuddin, Abdul Bari, (2003), Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, Jakarta, Bina Pustaka
- , (2006) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, Jakarta, Bina Pustaka
- , (2010), Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, Jakarta, Bina Pustaka
- Suherni, dkk, (2009), Perawatan Masa Nifas, Yogyakarta, Fitramaya
- Sulistyawati, Ari, (2009), Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas, Yogyakarta, CV.Andi Offset
- Sugiyono, (2010), Statistik Untuk Penelitian, Bandung, Alfa Beta
- Soetjningsih, (2005), ASI Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan, Jakarta, ECG
- Supryanto, (2010), Konsep Pendidikan, Bersumber dari <http://dr.Supryanto.Konsep-Pendidikan.2010.com>, (Diakses tanggal 17 Oktober 2012)
- Sulo, Umar (2005), Pengantar Pendidikan, Jakarta, Rineka Cipta
- Varney, Hellen, (2005), Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Jakarta, EGC
- , (2006), Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Jakarta, EGC
- , (2008), Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Jakarta, EGC

## **HEALTH BELIEF MODEL IN DEVELOPMENT EFFORTS INCREASING COMMUNITY PARTICIPATION VISIT POSYANDU**

Agung Suharto

(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

N. Surtinah

(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

Rahayu Sumaningsih

(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### **ABSTRACT**

Posyandu is one form of health activities Community Based managed and organized from, by, for and with the community in the implementation of health development, in order to empower people and provide convenience to the public in obtaining basic health services to accelerate the reduction in maternal mortality and infant (MoH RI, 2013). The research objective is to prove the influence of the health belief model of community participation Posyandu visit to the participation of a visit to Posyandu. This type of research is analytic with cross sectional design. The research location is in the region of Posyandu Health Department Magetan. When the study: March to December 2015. The study population was all mothers who have children aged 1-5 years in 5 health centers Magetan many as 8669 people. The independent variable is the demographic trend in the views, perceptions about the strength, Cue act, perception of strength and resistance, Attitudes, Perceptions ease, and the perception of control (X8). Dependent variables: health threat perception, intention, and a visit to Posyandu toddler's mother. Data Analysis: Product Moment Correlation and Paired T Test with a probability of 0.005. Results: There is a trend in the relationship dilihat dengan health threat perception (0.010). There is no perception of the strength of the relationship with perceived health threats (0.975). No association with the perception cues acting health threats (0,877). There is a health threat perception relationships with community participation visit to Posyandu (0.028). There is no relationship perception of the benefits and barriers to community participation visit to Posyandu (0,118). There is no relationship attitudes about Posyandu with the intention to pay a visit to Posyandu (0.545). There is a perceived ease of relationship with the intention to pay a visit to Posyandu (0,002). There is a relationship of control perception / social pressure with the intention to pay a visit to Posyandu (0,033). And there are differences Posyandu visits before and after treatment model (0.010). Conclusion: The development of health belief model of dealing with public participation visit to Posyandu. Suggestions to know the benefits Posyandu, it will improve the behavior of a visit to Posyandu to determine the growth and development of infants.

Keywords:

Health belief models, visit posyandu

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar Belakang**

Posyandu merupakan salah satu Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang menunjang pembangunan kesehatan masyarakat. Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2013). Pengembangan posyandu merupakan salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat. Pada akhir tahun 2010 jumlah balita sebanyak 3.027.000 orang, sedangkan jumlah posyandu sebanyak 45.603 buah. Jadi rasio posyandu dengan jumlah balita adalah 1 : 66. Bila dibandingkan dengan standar 1 (satu) posyandu untuk 80 balita, maka angka pencapaian di atas sudah memenuhi standar. Sedangkan jumlah kader posyandu pada akhir tahun 2010 tercatat sebanyak 226.829 orang, sedangkan yang aktif sebanyak 205.227 orang (90 %). Hal ini menunjukkan bahwa secara kuantitatif jumlah posyandu maupun jumlah kader sudah memenuhi standar yang ditetapkan dan perlu diimbangi dengan kualitas posyandu maupun kadernya. Jumlah posyandu di Kabupaten Magetan tahun 2012 sebanyak 920 unit, yang terdiri dari posyandu pratama sebanyak 32 pos (3,48%), posyandu madya sebanyak 278 pos (30,22%), posyandu purnama sebanyak 577 pos (62,72%)

dan posyandu mandiri sebanyak 33 pos (3,59%) (Profil Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2014). Balita adalah salah satu sasaran dalam pelayanan kesehatan di posyandu. Gangguan kesehatan yang terjadi pada balita mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan baik pada masa balita maupun masa berikutnya, sehingga perlu mendapatkan perhatian (Supriasa, 2010). Kegiatan pemantauan pertumbuhan balita dapat dilihat dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) balita, dimana balita yang sehat tiap bulan naik berat badannya karena garis pertumbuhan normal seorang balita yang dibuat pada KMS untuk mengetahui seorang anak tumbuh dengan normal atau menyimpang (Kemenkes RI, 2013). Dengan cara berkunjung secara teratur ke posyandu untuk ditimbang berat badannya.

Salah satu indikasi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah keaktifan kedatangan masyarakat ke pusat pelayanan tersebut yang dalam hal ini spesifik kepada pemanfaatan pelayanan kesehatan posyandu. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di posyandu diperlukan intervensi dari pembina posyandu yaitu puskesmas untuk menjamin pelaksanaan penyuluhan pada ibu bayi dan ibu balita dapat tercapai sesuai dengan target (Werdiningsih, 2010). Jumlah balita di Jawa Timur tahun 2012 sebanyak 3.116.861 anak, yang ditimbang sebanyak 2.255.451 (72,35%). Menurut Profil Kesehatan Dinkes Kabupaten Magetan tahun 2010-2014, menunjukkan angka kunjungan balita/partisipasi masyarakat (D/S) dalam 5 (lima) tahun terakhir masih fluktuatif antara tahun 2010-2014 berkisar antara: 41,42 – 37,37%.

### **Rumusan Masalah**

Rumusan masalah penelitian ini adalah: 1) Apakah ada hubungan kecederungan yang dilihat/persepsi gejala dengan persepsi ancaman kesehatan?; 2) Apakah ada hubungan persepsi tentang kekuatan dengan persepsi ancaman kesehatan?; 3) Apakah ada hubungan Isyarat bertindak dengan persepsi ancaman kesehatan?; 4) Apakah ada hubungan persepsi ancaman kesehatan dengan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu?; 5) Apakah ada hubungan persepsi tentang keuntungan dan hambatan terhadap partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu?; 6) Apakah ada hubungan sikap tentang posyandu dengan niat untuk berkunjung ke posyandu?; 7) Apakah ada hubungan persepsi kemudahan dengan niat untuk berkunjung ke posyandu?; 8) Apakah ada hubungan persepsi kontrol/tekanan sosial dengan niat untuk berkunjung ke posyandu?; Dan 9) Apakah ada perbedaan kunjungan posyandu sebelum dan sesudah perlakuan model?

### **Tujuan Penelitian**

Tujuan umum penelitian ini adalah membuktikan adanya hubungan pengembangan *health belief model* dengan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu.

### **Manfaat Penelitian**

Dengan mengetahui manfaat posyandu, maka akan meningkatkan perilaku untuk berkunjung ke posyandu untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan balita. Bagi petugas kesehatan Dapat meningkatkan kualitas pelayanan di posyandu serta menjemput bola bagi ibu balita yang belum mau berkunjung ke posyandu. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan: Hasil penelitian dapat diketahui penerapan *health belief model* dalam upaya meningkatkan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu

### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah analitik kuantitatif, tentang upaya meningkatkan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu. Rancangan penelitian tahap 1 kuantitatif adalah pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian kuantitatif, peneliti mencoba mengkaji dan mengembangkan variabel-variabel *Health Belief Model* (model keyakinan kesehatan) dalam meningkatkan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu. Rancangan penelitian tahap 2 yaitu bertujuan membuktikan model keyakinan kesehatan dengan menggunakan eksperimen semu (*Pra experiment*) dengan rancangan *One group pretest-posttest*. Adapun rancangan *One group pretest-posttest* (Notoatmodjo, 2010), pada Gambar 4.1 sebagai berikut

Lokasi penelitian adalah posyandu di wilayah kerja puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai Desember 2015. Populasi penelitian adalah seluruh ibu yang mempunyai balita usia 1-5 tahun pada 5 puskesmas wilayah Kabupaten Magetan sebanyak 8.669 orang. Sampel penelitian yaitu sebagian ibu balita usia 1-5 tahun yang memiliki kriteria inklusi dan eksklusi untuk memperoleh hasil/kesimpulan penelitian dengan kriteria sampel: 1) Ibu yang mempunyai balita usia 1-5 tahun di Kabupaten Magetan, 2) Kooperatif, 3) Bersedia diteliti. Rumus besar

sampel untuk penelitian adalah:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{N}{e^2}}$$

$$= \frac{390}{1 + \frac{390}{(0,0025)^2}}$$

$$= \frac{390}{1 + 21,6725}$$

= 382,3574 = dibulatkan menjadi 385 dan digenapkan menjadi 390 orang.

Jadi jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 390 orang

Teknik sampling dalam penelitian ini adalah menggunakan *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak tanpa memperhatikan strata dalam populasi dapat dilakukan dengan cara undian (Sugiyono, 2010:62). Proporsi besar sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah berdasarkan jumlah ibu yang mempunyai balita usia 1-5 tahun di wilayah posyandu.

Variabel bebas pada penelitian ini adalah Variabel demografi (X1), Kecenderungan yang dilihat mengenai gejala penyakit atau posyandu (X2), Persepsi tentang kekuatan (X3), Isyarat bertindak (X4), Persepsi tentang keuntungan dan kerugian (X5), Sikap (X6), Persepsi kemudahan (X7) dan Persepsi kontrol (X8). Variabel terikat adalah persepsi ancaman kesehatan (Y1), Niat untuk berperilaku (Y2), dan Partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu (Y3).

Analisis data dilakukan dengan cara:

1. Analisis *Univariate*: untuk menganalisis pengaruh variabel yang diteliti dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi, grafik dan gambar
2. Analisis *Multivariate*: untuk menganalisis pengaruh variabel bebas meliputi Variabel demografi (X1), Kecenderungan yang dilihat (X2), Persepsi tentang kekuatan (X3), Isyarat bertindak (X4), Persepsi tentang kekuatan dan hambatan (X5), Sikap (X6) Persepsi kemudahan (X7) dan Persepsi kontrol (X8). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Persepsi ancaman kesehatan (Y1), Niat untuk berperilaku (Y2), dan Partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu (Y3), dengan menggunakan Analisis *Correlation Pearson Product Moment*. Untuk menganalisis perbedaan kunjungan sebelum dan sesudah perlakuan menggunakan: *Paired T Test*.

## HASIL PENELITIAN

### Distribusi frekuensi umur responden penelitian

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Responden Penelitian di Kabupaten Magetan Tahun 2015

No	Umur (Tahun)	Frekuensi	Persentase
1.	2	141	36,2
2.	3	110	28,2
3.	4	69	17,7
4	5	70	17,9
	Total	390	100

Dari tabel 1 didapatkan sebagian besar berusia 2 tahun sebanyak 141 (36,2%) dan sebagian kecil berumur 5 tahun sebanyak 70 (17,9%)

### Distribusi jenis kelamin responden penelitian



Gambar1. Distribusi jenis kelamin responden penelitian

Dari Gambar 5.1. di atas, sebagian besar jenis kelamin laki-laki dan sebagian kecil perempuan

### Distribusi frekuensi pengetahuan responden penelitian

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Penelitian di Kabupaten Magetan 2015

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1.	5	16	4,1
2.	6	72	18,5
3.	7	163	41,8
4.	8	112	28,7
5.	9	27	6,9
	Total	390	100

Dari tabel 2 distribusi nilai pengetahuan sebagian besar 7 sebanyak 163 (41,8) dan sebagian kecil mendapat nilai 5 sebanyak 16 (4,1%).

### Distribusi frekuensi persepsi gejala responden penelitian

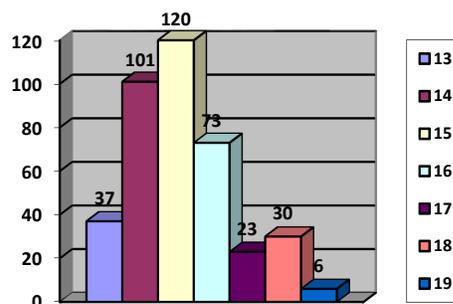
Tabel 3. Distribusi Frekuensi Persepsi Gejala Responden Penelitian di Kabupaten Magetan 2015

No	Persepsi gejala	Frekuensi	Persentase
1.	13	34	8,7
2.	14	82	21
3.	15	118	30,3
4.	16	61	15,6
5.	17	40	10,3
6.	18	48	12,3
7.	19	7	1,8
	Total	390	100

Tabel 3. di atas, distribusi nilai persepsi gejala sebagian besar 15 sebanyak 118 (30,3) dan sebagian kecil mendapat nilai 19 sebanyak 7 (1,8%).

### Distribusi frekuensi persepsi kekuatan responden penelitian

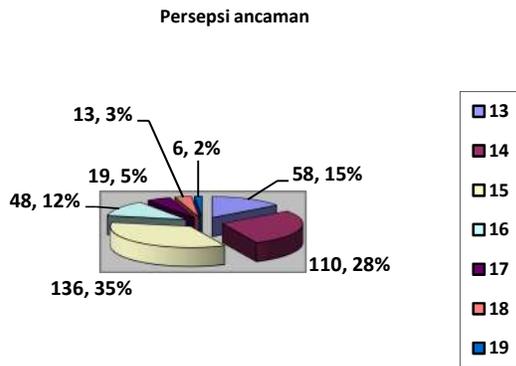
Persepsi kekuatan



Gambar 2. Distribusi frekuensi persepsi kekuatan responden penelitian

Dari Gambar 2. di atas, distribusi nilai persepsi kekuatan sebagian besar 15 sebanyak 120 (30,8) dan sebagian kecil mendapat nilai 19 sebanyak 6 (1,5%)

**Distribusi frekuensi persepsi ancaman responden penelitian**



Gambar 3. Distribusi frekuensi persepsi ancaman responden penelitian

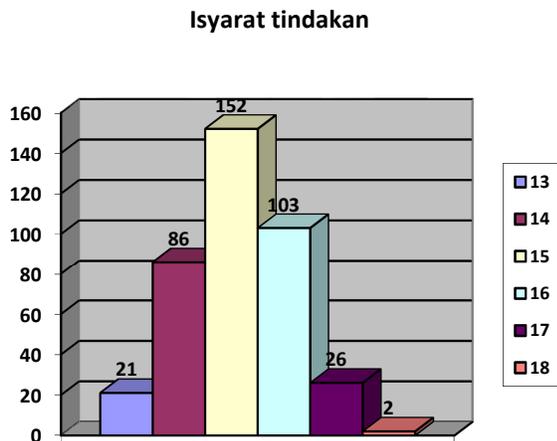
**Distribusi frekuensi persepsi manfaat responden penelitian**

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Persepsi Manfaat Responden Penelitian di Kabupaten Magetan 2015

No	Persepsi manfaat	Frekuensi	Persentase (%)
1.	13	27	6,9
2.	14	93	23,8
3.	15	150	38,5
4.	16	94	24,1
5.	17	20	5,1
6.	18	4	1
7.	19	2	0,5
	Total	390	100

Dari tabel 4. di atas, distribusi nilai persepsi manfaat sebagian besar 15 sebanyak 150 (38,5) dan sebagian kecil mendapat nilai 19 sebanyak 2 (0,5%).

**Distribusi frekuensi Isyarat tindakan responden penelitian**



Gambar 4. Distribusi frekuensi isyarat tindakan responden

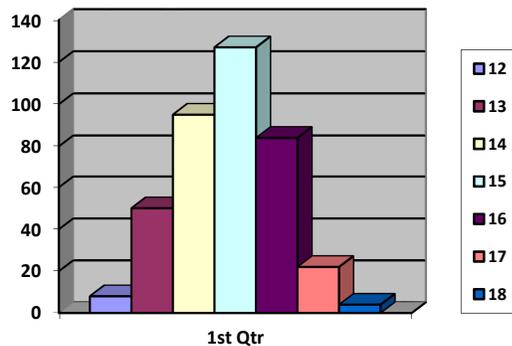
**Distribusi frekuensi sikap responden penelitian**

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Sikap Responden Penelitian di Kabupaten Magetan tahun 2015

No	Sikap	Frekuensi	Persentase (%)
1.	20	1	0,3
2.	23	1	0,3
3.	24	1	0,3
4.	25	4	1,2
5.	26	26	6,7
6.	27	48	12,3
7.	28	86	22,1
8.	29	54	13,8
9.	30	61	15,6
10.	31	67	17,2
11.	32	34	8,7
12.	33	7	1,8
	Total	390	100

Dari tabel 5 di atas, distribusi nilai sikap sebagian besar 28 sebanyak 86 (22,1) dan sebagian kecil mendapat nilai 20,23,24 sebanyak 1 (0,38%).

**Distribusi frekuensi persepsi tekanan sosial**



Gambar 5. Distribusi frekuensi persepsi tekanan sosial

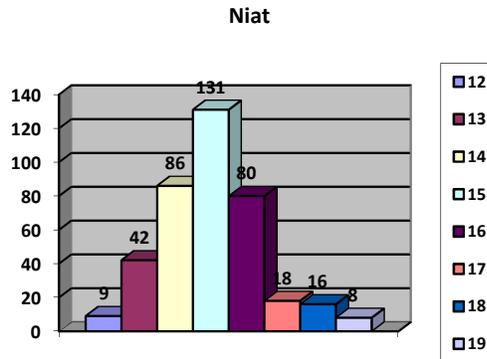
**Distribusi frekuensi persepsi kemudahan responden penelitian**

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Persepsi Kemudahan Responden Penelitian di Kabupaten Magetan 2015

No	Persepsi kemudahan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	12	12	3,1
2.	13	62	15,9
3.	14	89	22,8
4.	15	120	82,3
5.	16	75	19,2
6.	17	22	5,6
7.	18	2	0,5
8.	19	2	0,5
	Total	390	100

Dari tabel 6 di atas, distribusi nilai persepsi kemudahan sebagian besar 15 sebanyak 120 (82,8) dan sebagian kecil mendapat nilai 18, 19 sebanyak 2 (0,5%).

### Distribusi frekuensi niat responden penelitian



Gambar 5.6. Distribusi frekuensi niat responden penelitian

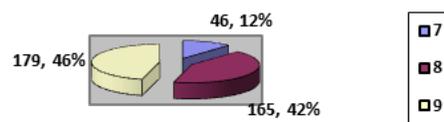
### Distribusi frekuensi kunjungan 1 responden penelitian

Tabel 7. Distribusi Frekuensi kunjungan 1 Responden Penelitian di Kabupaten Magetan tahun 2015

No	Kunjungan 1	Frekuensi	Persentase
1.	4	4	1,0
2.	5	42	10,8
3.	6	145	37,2
4.	7	143	36,7
5.	8	50	12,8
6.	9	6	1,5
TOTAL		390	100

Dari tabel 7 di atas, distribusi frekuensi kunjungan 1 sebagian besar 6 sebanyak 145 (37,2) dan sebagian kecil mendapat nilai 4 sebanyak 4 (1,0%).

### Distribusi frekuensi kunjungan 2 reponden penelitian



Gambar 7. Distribusi frekuensi kunjungan 2 reponden penelitian

### Analisis Hubungan antar variabel penelitian

Tabel 5.9. Analisis hubungan antar variabel penelitian di Kabupaten Magetan Tahun 2015

No	Hubungan Variabel	Sig. (2-tailed)	Keterangan
1	Persepsi gejala-persepsi ancaman	0,010	Signifikan
2	Persepsi kekuatan-persepsi ancaman	0,975	Tidak Signifikan
3	Isyarat bertindak-persepsi ancaman	0,877	Tidak Signifikan
4	Persepsi ancaman-kunjungan	0,028	Signifikan
5	Persepsi manfaat-kunjungan	0,118	Tidak Signifikan
6	Sikap-kunjungan	0,545	Tidak signifikan
7	Perspsi kemudahan-kunjungan	0,002	Signifikan
8	Kontrol tekanan sosial-manfaat	0,033	Signifikan

## Analisis uji beda kunjungan 1 dan kunjungan 2

Tabel 10 Analisis Uji beda antar variabel penelitian di Kabupaten Magetan Tahun 2015

No	Uji Beda	Sig. (2-tailed)	Keterangan
1	Kunjungan1 –kunjungan 2	0,010	Signifikan

### PEMBAHASAN

Dari analisis hasil penelitian didapat hasil sebagai berikut: Ada hubungan kecederungan yang dilihat/persepsi gejala dengan persepsi ancaman kesehatan; Tidak ada hubungan persepsi tentang kekuatan dengan persepsi ancaman kesehatan; Tidak ada hubungan Isyarat bertindak dengan persepsi ancaman kesehatan; Ada hubungan persepsi ancaman kesehatan dengan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu; Tidak ada hubungan persepsi tentang keuntungan dan hambatan dengan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu.

Menurut teori *Health Belief Model* 1. Kerentanan (*Perceived Susceptibility*) yaitu seseorang merasakan keyakinan/ percaya akan kemungkinan sakit yang terjadi pada dirinya. Misalnya seseorang ibu balita yang memeriksakan anaknya ke posyandu tidak bisa mengetahui kondisi pertumbuhan dan perkembangannya termasuk kesehatan balitanya, akan merasakan balitanya rentan terkena suatu penyakit; 2. Keseriusan (*Perceived Severity / seriousness*) yaitu Seseorang memprediksikan tingkat keparahan apabila balitanya sakit dan tidak dibawa ke posyandu; 3. Hambatan (*Perceived Barrier*) yaitu hambatan yang ada dalam seseorang berperilaku sehat, misalnya balita merupakan kelompok beresiko terkena penyakit, bila tidak diketahui tumbuh kembangnya. Dia akan mencari pencegahan dengan pendeteksian dini tumbuh kembang melalui pemeriksaan ke posyandu, namun dari lokasi posyandu, kesibukan pekerjaan, persepsi tentang posyandu tidak mendukung, hal ini merupakan hambatan. Keuntungan (*Benefit*) yaitu seseorang menimbang keuntungan yang diperoleh antara biaya yang dikeluarkan dengan gangguan tumbuh kembang balita, misalnya apakah efektif biaya yang dikeluarkan pada pemeriksaan tumbuh kembang balita mahal, bila dibandingkan dengan tingkat keseriusan atau resiko penyakitnya bila tidak dibawa ke posyandu.; 5. *Self Efficacy* yaitu kemampuan seseorang untuk mendapatkan hasil tertentu dalam hal ini mendapatkan manfaat dari kunjungan ke posyandu (Bandura,1997); 6. *Cues To Action*, yaitu isyarat pada suatu tindakan atau kesiapan seseorang dalam bertindak yaitu membawa anaknya ke posyandu.

*Health Belief Model* didasarkan atas 3 faktor esensial: 1. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan; 2. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku; dan 3. Perilaku itu sendiri. Ketiga faktor diatas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan.

Pada penelitian ini, penulis mengembangkan HBM dengan TPB berfokus kepada motivasi seseorang berperilaku tertentu yaitu dengan adanya niat perilaku (*Behavioural Intention*) merupakan perilaku awal yang terbaik dan pada akhirnya dapat membuat seseorang bersikap (*Attitude*). TPB berfokus pada konsepsi sikap (*attitude*), norma subjektif dan kontrol yang dirasakan (*Perceived control*) menjelaskan perbedaan antara perilaku perilaku termasuk perilaku kesehatan. Dalam TPB ditambahkan kontrol yang dirasakan (*Perceived Control*) terhadap perilaku dimana akan ada pertimbangan situasi bagi seseorang untuk berperilaku. Dalam bersikap ditentukan adanya kepercayaan individu terhadap hasil atau atribut dalam melakukan perilaku. Jika seseorang percaya bahwa hasil bernilai positif maka pelaksanaan perilaku akan memiliki sikap positif pula.

Sedangkan norma subjektif ditentukan oleh adanya kepercayaan normatif (*Normative Belief*) yakni apakah penting baginya referent Individual (orang yang dianggap penting) menyetujui atau tidak pelaksanaan perilaku tersebut. Misalnya seseorang yang percaya bahwa referent berfikir tidak boleh/tidak menyetujui suatu perilaku maka akan ada norma subjektif negative atau sebaliknya. Namun Tidak semua orang termotivasi untuk memenuhi harapan referent dan dia akan memiliki norma subjektif yang relatif normal (tidak mudah dipengaruhi apabila referent berfikir negatif)

Hasil penelitian menunjukkan: Tidak ada hubungan sikap tentang posyandu dengan niat untuk berkunjung ke posyandu; Ada hubungan persepsi kemudahan dengan niat untuk berkunjung ke posyandu; dan Ada hubungan persepsi kontrol/tekanan sosial dengan niat untuk berkunjung ke posyandu.

Teori tindakan beralasan pada gilirannya didasarkan pada berbagai teori sikap seperti teori-teori belajar, harapan-nilai teori, teori konsistensi, dan atribusi teori. Menurut teori tindakan beralasan, jika orang mengevaluasi disarankan perilaku sebagai positif (sikap), dan jika mereka pikir orang lain yang signifikan mereka ingin mereka untuk melakukan perilaku (norma subyektif), hasil ini dalam niat yang lebih tinggi (motivasi) dan mereka lebih cenderung untuk melakukannya. Sebuah korelasi yang tinggi dari sikap dan norma subyektif terhadap niat perilaku, dan kemudian perilaku, telah dikonfirmasi dalam banyak studi.

Sebuah kontra-argumen terhadap hubungan tinggi antara niat perilaku dan perilaku yang sebenarnya juga telah diusulkan, sebagai hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa, karena keterbatasan mendalam, niat perilaku tidak selalu mengarah pada perilaku yang sebenarnya. Yakni, karena niat perilaku tidak dapat menjadi penentu eksklusif perilaku mana kontrol individu atas perilaku tidak lengkap, Ajzen memperkenalkan teori perilaku terencana dengan menambahkan komponen baru, dirasakan kontrol perilaku. Dengan ini, ia memperluas teori tindakan beralasan untuk menutupi non-kehendak perilaku untuk memprediksi niat perilaku dan perilaku aktual.

Selain sikap dan norma subyektif (yang membuat teori tindakan beralasan), teori perilaku terencana menambahkan konsep kontrol perilaku yang dirasakan, yang berasal dari self-efficacy teori (SET). Self-efficacy diusulkan oleh Bandura pada tahun 1977, yang berasal dari teori kognitif sosial. Menurut Bandura, harapan seperti motivasi, kinerja, dan perasaan frustrasi yang berhubungan dengan kegagalan berulang-ulang menentukan efek dan reaksi perilaku. Bandura (1986) [ kutipan penuh diperlukan ] dipisahkan harapan menjadi dua jenis yang berbeda: self-efficacy dan harapan hasil. Ia mendefinisikan self-efficacy sebagai keyakinan bahwa seseorang dapat berhasil melaksanakan perilaku yang diperlukan untuk memproduksi hasil. Harapan Hasil mengacu pada estimasi seseorang bahwa perilaku tertentu akan menyebabkan hasil tertentu. Dia menyatakan bahwa self-efficacy adalah prasyarat yang paling penting bagi perubahan perilaku, karena menentukan inisiasi untuk mengatasi perilaku.

Penyelidikan sebelumnya telah menunjukkan bahwa perilaku masyarakat 'sangat dipengaruhi oleh kepercayaan mereka dalam kemampuan mereka untuk melakukan perilaku yang (Bandura, Adams, Hardy, & Howells, 1980). Sebagai teori self-efficacy kontribusi untuk menjelaskan berbagai hubungan antara keyakinan, sikap, niat, dan perilaku, SET telah banyak diterapkan untuk berhubungan dengan kesehatan bidang-bidang seperti aktivitas fisik dan kesehatan mental di preadolescents, dan olahraga.

Keyakinan Perilaku: keyakinan individu tentang konsekuensi dari perilaku tertentu. Konsep ini didasarkan pada probabilitas subjektif bahwa perilaku akan menghasilkan hasil yang diberikan. Sikap terhadap perilaku: evaluasi individu positif atau negatif dari diri-kinerja perilaku tertentu. Konsepnya adalah sejauh mana kinerja dari perilaku tersebut positif atau negatif dihargai. Hal ini ditentukan oleh set total keyakinan perilaku diakses menghubungkan perilaku untuk berbagai hasil dan atribut lainnya.

Normatif keyakinan: persepsi individu tentang perilaku tertentu, yang dipengaruhi oleh penilaian orang lain yang signifikan (misalnya, orang tua, pasangan, teman, guru). Norma subyektif: persepsi individu terhadap tekanan normatif sosial, atau keyakinan lain yang relevan 'bahwa ia harus atau tidak harus melakukan perilaku tersebut. Pengendalian keyakinan dan kontrol perilaku yang dirasakan. Dirasakan kontrol perilaku: kemudahan individu dirasakan atau kesulitan melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 1988) Hal ini diasumsikan bahwa kontrol perilaku yang dirasakan ditentukan oleh set total keyakinan kontrol diakses. Keyakinan kontrol: keyakinan individu tentang adanya faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat kinerja perilaku (Ajzen, 2001). Konsep kontrol perilaku yang dirasakan secara konseptual berkaitan dengan self-efficacy.

Hasil penelitian menunjukkan Ada perbedaan kunjungan posyandu sebelum dan sesudah perlakuan model.Niat perilaku: indikasi kesiapan individu untuk melakukan perilaku tertentu. Diasumsikan menjadi anteseden langsung perilaku (Ajzen, 2002b). Hal ini didasarkan pada sikap terhadap perilaku, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan, dengan masing-masing prediktor tertimbang untuk kepentingan dalam kaitannya dengan perilaku dan populasi bunga. Perilaku: respon diamati individu dalam situasi tertentu sehubungan dengan target yang diberikan. Ajzen mengatakan perilaku merupakan fungsi dari niat yang kompatibel dan persepsi pengendalian perilaku dalam kontrol perilaku yang dirasakan diharapkan untuk memoderasi pengaruh niat pada perilaku, sehingga niat menguntungkan menghasilkan perilaku hanya ketika kontrol perilaku yang dirasakan kuat.

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan analisis data dapat disimpulkan sebagai berikut Ada hubungan kecederungan yang dilihat/persepsi gejala dengan persepsi ancaman kesehatan; Ada hubungan persepsi ancaman kesehatan dengan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu; Ada hubungan persepsi kemudahan dengan niat untuk berkunjung ke posyandu; Ada hubungan persepsi kontrol/tekanan sosial dengan niat untuk berkunjung ke posyandu; dan Ada perbedaan kunjungan posyandu sebelum dan sesudah perlakuan model.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengembangan Health belief model berpengaruh terhadap upaya meningkatkan partisipasi masyarakat berkunjung ke posyandu.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi IV. Jakarta : Rineka Cipta
- Becker, M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. Vol. 2 No. 4.
- Becker, M.H., Radius, S.M., & Rosenstock, I.M. (1978). Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model, *Public Health Reports*, 93, 268-77.
- Champion, V.L. (1984). Instrument development for health belief model constructs, *Advances in Nursing Science*, 6, 73-85.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting Health Behavior. Search and Practice with Social Cognition Models*. Open University Press: Ballmore: Buckingham.
- Eisen, M et.al. (1992). A Health Belief Model — Social Learning Theory Approach to Adolescents' Fertility Control: Findings from a Controlled Field Trial. *Health Education Quarterly*. Vol. 19.
- Ghozali I dan Fuad. 2008. *Structural Equation Modeling, Teori, Konsep dan Aplikasi dengan Program LISREL 8.80*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Lewis, F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley & Sons.
- Glanz, K., Marcus Lewis, F. & Rimer, B.K. (1997). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. National Institute of Health.
- Glanz, K & Barbara 2008, *Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice 4th Ed*, Jossey-Bass, San Francisco
- Hidayat, AA 2007, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Salemba Medika, Jakarta
- Hurlock, Elizabet B. 2009. *Psikologi perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes RI. 2013. *Buku Panduan Kader Posyandu Menuju Keluarga Sadar Gizi*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2012. *Petunjuk Pelekasanaan Surveylans Gizi*. Jakarta: Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Bina Gizi.
- Kuntoro. 2011. *Metode Statistika*. Surabaya: Pustaka Melati
- Kuntoro. 2010. *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*. Surabaya: Pustaka Melati.
- Lexy J Moleong. 1991. *Metode Penelitian Kualitatif* Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Machfoedz, I 2006, *Metodologi Penelitian*, Fitramaya, Yogyakarta
- Maulana, H 2009, *Promosi Kesehatan*, EGC, Jakarta
- Moh. Nazir, 2003, *Metode Penelitian* Jakarta: PT. Ghalia Indonesia.
- Narendra, Moersintowarti B. 2010. *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jakarta: CV. Agung Seto.
- Nasution, 2004. *Metode Research*, Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan Kedua. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S 2003, *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam. 2010. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. Vol. 2 No. 4.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.

## HUBUNGAN ANTARA PEMBERIAN PASI DENGAN PERTUMBUHAN BERAT BADAN BAYI USIA 9-12 BULAN

Astuti Setiyani

(Program Studi Kebidanan Kampus Magetan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya)

### ABSTRACT

PASI represent the source of gizi with good quality of which is to be used to fulfill requirement of gizi. Target of this research is to know relation between giving of PASI with baby heavy growth in 9-12 months age. As for problem of this research is many baby in region of Puskesmas Maospati which given by natural PASI have growth trouble. This research represent analytic research which have the character of sectional cross type. This research population is all of baby in 9-12 months age in Countryside of Pandeyan and Gambiran which given by PASI, heavy of body born  $\geq 2,5$  kilogram of aterm and deliberated in 3 times successively. This research use totally of population counted 78 responder. To collecting data use document study (KMS) and kuesioner. Data processed by diskriptif with frequency distribution. To analyse relation between giving of PASI with body heavy growth in Countryside of Pandeyan and Gambiran use chi square test analyse. Result of this research indicate that 78 baby which given by PASI with inappropriate criterion counted 66 (84,62%) and got by good growth counted 34 (51,52%), but also there is deteriorating counted 21 (31,82%). While giving of PASI with criterion according to most got by heavy growth of its body remain to be good 8 ( 66,67%) and some of small deteriorate that is 1 (8,33%). Result of chi square test got by probability ( P )  $0,001 < \alpha (0,05)$ , hence  $H_0$  refused and  $H_a$  is accepted. Pursuant to breakdown of above can be concluded that there is relation which is signifikan between giving of PASI with baby heavy growth in 9-12 months age in Countryside of Pandeyan and Gambiran, District of Maospati Sub-Province of Magetan. Suggested with existence of this research is expected by society and mother more improving its knowledge especially about giving of PASI.

Keywords:

Giving of PASI, heavy growth of baby body.

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

PASI merupakan suplemen atau pelengkap makanan yang berfungsi membantu pertumbuhan anak. Nutrisi yang cukup mengandung energi dan protein berperan dalam pertumbuhan. Pertumbuhan bayi yang diberi PASI tidak sama dengan bayi yang diberi ASI. Bayi yang diberi PASI mudah terserang penyakit sehingga bisa menghambat pertumbuhannya atau bayi tidak dapat tumbuh normal. Bila pemakaian PASI tidak menurut aturan bayi menjadi kurus, bila terlalu banyak minum susu kaleng bayi menjadi lebih gemuk, keduanya sama-sama tidak sehat.

Data Pemetaan Skala Nasional menunjukkan 72% balita di Indonesia mengalami gangguan pertumbuhan, terdapat 4,5 juta balita mengalami gangguan pertumbuhan, ditambah dengan kemiskinan memperburuk gangguan tumbuh kembang yakni sebanyak 3,5 juta balita berasal dari keluarga miskin, hal ini disebabkan kurangnya asupan gizi yang berdampak pada gizi kurang. Dari hasil PSG (Pemantauan Status Gizi) di Jawa Timur pada tahun 2005 terdapat 19,3 % balita mengalami gangguan pertumbuhan akibat kurang gizi. Di Kabupaten Magetan balita mengalami gangguan pertumbuhan 2,9 % dari 44.542 balita. Data dari Puskesmas Maospati terdapat 7 % balita mengalami gangguan pertumbuhan dari 2112. Studi pendahuluan pada bulan Juli 2014, hasil wawancara dengan 10 ibu bayi yang diberi PASI di Desa Pandeyan dan Desa Gambiran, Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan, 8 orang (80 %) ibu balita mengatakan pemberian PASI sebelum bayi usia 6 bulan, tujuannya adalah untuk memberikan rasa kenyang, karena jika hanya diberi ASI saja bayi tidak akan merasa kenyang yang mengakibatkan bayi rewel dan sering menangis. Dari 10 bayi yang diberi PASI yang mengalami gangguan pertumbuhan 2 bayi (20 %), yang mengalami penurunan berat badan atau berat badan tetap 3 bayi (30 %), dan yang 5 bayi (50 %) berat badan normal.

Dampak dari pemberian PASI dapat mengakibatkan insiden penyakit seperti diare yang berpengaruh terjadinya penyumbatan aorta dan terhambatnya pertumbuhan. Pertumbuhan berarti bertambah besar dalam aspek fisik akibat *multiplikasi* sel dan bertambahnya jumlah zat *interaseluler*. Oleh

karena itu pertumbuhan dapat diukur dalam sentimeter atau inchi dan dalam kilogram atau pound. Selain itu dapat pula diukur dalam keseimbangan metabolik, yaitu retensi kalsium dan nitrogen oleh badan. Pertumbuhan fisik, sebagai pertumbuhan badan secara keseluruhan.

Mengantisipasi masalah gangguan pertumbuhan bayi 9-12 bulan dengan pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) yang mengandung nutrisi adekuat, seperti: makanan bergizi, makanan berprotein, makanan mengandung vitamin, serta makanan sehat lainnya yang mampu memberikan pertumbuhan bayi usia 9-12 bulan dengan baik secara psikologis maupun sehat secara biologis. Disamping itu pemberian informasi tentang cara pemberian PASI akan meningkatkan pengetahuan ibu bayi dan keluarga dalam menyajikan PASI bagi bayinya, sehingga informasi tersebut diimplementasikan dalam memberikan PASI sesuai dengan ketentuan takaran yang diperbolehkan. PASI sebaiknya hanya dipergunakan bila ASI tidak mencukupi atau ibu tidak dapat memberikan ASI karena indikasi medik, atau alasan lain yang akseptabel dan tak dapat dihindarkan. Alasan ibu bekerja tidak dapat dibenarkan, karena dapat diatur dengan menitipkan anak di dekat tempat bekerja untuk diberi ASI pada waktu-waktu tertentu. Kalau tempat bekerja ibu tidak jauh dari tempat tinggalnya, ibu dapat pulang dahulu pada waktu menyusukan anak tersebut.

Dari fenomena tersebut, perlu dilakukan kajian lebih lanjut tentang hubungan antara pemberian PASI dengan pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan.

### **Identifikasi Faktor Penyebab Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang ada, maka faktor-faktor yang mempengaruhi gangguan pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan adalah faktor internal meliputi faktor genetik, obstetrik, dan seks, sedangkan faktor eksternal meliputi gizi, obat-obatan, lingkungan dan penyakit (endokrin, infeksi, kongenital, penyakit kronis dan psikologis).

### **Batasan Masalah**

Sehubungan dengan banyaknya faktor di atas, serta adanya keterbatasan waktu, dana, dan agar dalam pembahasan yang dilakukan lebih terarah dan jelas maka peneliti membatasi pada "Hubungan antara pemberian PASI dengan pertumbuhan bayi usia 9-12 bulan.

### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi usia bayi 9-12 bulan.
2. Mengidentifikasi pemberian PASI bayi usia 9-12 bulan.
3. Mengidentifikasi pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan.
4. Mengidentifikasi pertumbuhan berat badan berdasarkan usia.
5. Mengidentifikasi pertumbuhan berat badan berdasarkan pemberian PASI.
6. Menganalisis hubungan antara pemberian PASI dengan pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan.

### **Manfaat Penelitian**

Dengan adanya penelitian ini, meningkatkan pengetahuan tentang PASI yang merupakan salah satu sumber zat gizi dengan kualitas yang baik digunakan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang cukup, mengandung energi dan protein yang berperan dalam pertumbuhan berat badan khususnya untuk bayi usia 9-12 bulan.

### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan rancangan *cross sectional*. Obyek penelitian adalah semua bayi usia 9-12 bulan di Desa Pandeyan dan Gambiran Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan sebanyak 78 bayi. Variabel dalam penelitian ini adalah pemberian PASI dan pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan. Teknik dan instrumen pengumpulan data menggunakan data primer yakni kuesioner dan observasi untuk mengetahui pemberian PASI (Pengganti Air Susu Ibu), sedangkan untuk pertumbuhan berat badan bayi menggunakan studi dokumen (KMS, register kohort bayi). Teknik pengolahan dan analisis data untuk mengetahui hubungan pemberian PASI dengan pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan menggunakan alat uji statistik *Chi Square* dengan bantuan

komputer. Apabila hasil *probability* kurang dari 0,05 maka  $H_0$  ditolak, jika hasil *probability* lebih dari 0,05 maka  $H_0$  diterima.

## HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian disajikan pada Tabel 1 dan Tabel 2.

Tabel 1. Distribusi frekuensi pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan usia

Usia bayi (bulan)	Pertumbuhan berat badan					
	Tetap baik		Membaik		Memburuk	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
9	5	26.3	12	63.2	2	10.5
10	5	25.0	7	35.0	8	40.0
11	4	21.1	10	52.6	5	26.3
12	5	25.0	8	40.0	7	35.0
Jml	19	24.4	37	47.4	22	28.2

Tabel 2. Distribusi pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan pemberian PASI

Pemberian PASI	Pertumbuhan berat badan					
	Tetap baik		Membaik		Memburuk	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Tidak sesuai	11	16.7	34	51.5	21	31.8
Sesuai	8	66.7	3	25.0	1	8.3
Jumlah	19	24.4	37	47.4	22	28.2

## PEMBAHASAN

1. Usia Bayi  
Berdasarkan hasil penelitian didapatkan usia bayi dengan distribusi yang cukup merata. Usia 10 dan 12 bulan sebanyak 20 (25,60%) dan usia 9 serta 11 bulan sebanyak 19 (24,40%).
2. Pemberian PASI  
Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebagian besar pemberian PASI tidak sesuai yaitu 66 (84,62%) dan yang sesuai sebanyak 12 (15,38 %). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas bayi dengan pemberian PASI yang tidak sesuai lebih besar dibanding bayi yang sesuai dalam pemberian PASI, sehingga memungkinkan pertumbuhan berat badan bayi tidak optimal bisa obesitas atau sebaliknya bayi kurus.
3. Pertumbuhan berat badan bayi  
Berdasarkan hasil penelitian, pertumbuhan berat badan bayi terbanyak adalah membaik yaitu 37 (47,43%), tetapi juga ada yang memburuk sebanyak 22 (28,21%).
4. Pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan usia  
Berdasarkan hasil penelitian, pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan usia 9-12 bulan dengan kriteria membaik sebagian besar usia 9 bulan sebanyak 12 (63,16%) dan kriteria tetap baik sebanyak 5 (26,32%) juga usia 9 bulan. Sedangkan kriteria memburuk terbanyak adalah usia 10 bulan yaitu 8 (40,00%).
5. Pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan pemberian PASI  
Berdasarkan hasil penelitian, pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan pemberian PASI dengan kriteria tidak sesuai sebagian besar membaik sebanyak 34 (51,52%), tetapi juga ada yang memburuk sebanyak 21 (31,82%). Sedangkan untuk kriteria pemberian PASI yang sesuai sebagian besar adalah tetap baik sebanyak 8 (66,67%).

## KESIMPULAN

1. Distribusi usia bayi usia 9-12 bulan di Desa Pandeyan dan Gambiran Kecamatan Maospati cukup merata.

2. Sebagian besar bayi usia 9-12 bulan di Desa Pandeyan dan Gambiran Kecamatan Maospati, pemberian PASI-nya tidak sesuai dan hanya sebagian kecil saja yang sesuai.
3. Pertumbuhan berat badan bayi di Desa Pandeyan dan Gambiran Kecamatan Maospati, terbanyak adalah membaik, tetapi juga ada sebagian yang memburuk.
4. Pertumbuhan berat badan bayi dengan kriteria tetap baik dan membaik terbanyak pada usia 9 bulan, dan yang memburuk terbanyak usia 10 bulan.
5. Pertumbuhan berat badan bayi berdasarkan pemberian PASI dengan kriteria sesuai sebagian besar tetap baik dan pemberian PASI dengan kriteria tidak sesuai sebagian besar membaik.
6. Ada hubungan yang signifikan antara pemberian PASI dengan pertumbuhan berat badan bayi usia 9-12 bulan di Desa Pandeyan dan Gambiran Kecamatan Maospati, Kabupaten Magetan.

Selanjutnya diajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi ibu dan masyarakat diharapkan untuk lebih meningkatkan pengetahuan tentang pemberian PASI sehingga dapat bermanfaat bagi pertumbuhan bayi terutama usia 9-12 bulan.
2. Bagi bidan diharapkan lebih memberikan motivasi kepada ibu dalam pemberian ASI, lebih menggalakkan ASI eksklusif, namun bila terpaksa pemberian PASI diharapkan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan.
3. Bagi institusi pelayanan kesehatan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaganya terutama dalam asuhan anak terutama dalam memberikan pengajaran tentang pemberian nutrisi pada bayi sehingga bisa untuk membantu optimalisasi pertumbuhan bayi.
4. Bagi peneliti, diharapkan ada motivasi untuk meneliti lebih lanjut tentang hubungan pemberian PASI dengan pertumbuhan berat badan bayi.
5. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan untuk tidak berhenti dalam melakukan penelitian tentang hubungan antara pemberian PASI dengan pertumbuhan berat badan bayi dikembangkan dengan meneliti faktor lain yang berpengaruh pada pertumbuhan bayi.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Amirudin. 2008. *Tumbuh Kembang*. <http://ridwanamirudin.wordpress.com/2007/05/> direkam 13 Maret 2010 09:28:40 GMT.
- Depkes RI, 2011. *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)*. Jakarta.
- Krisnatuti, dkk. 2005. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Puspa Swara.
- Maimun. 2011. *Gizi Buruk: Aib Kemanusiaan Kita*. <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1059624784.96412>. yang direkam pada 11 Mar 2012 19:53:36 GMT.
- Nadesul. 2010. *Tips Sehat Membesarkan Bayi jadi Anak pintar*. Jakarta: Kompas.
- Pudjadi. 2010. *Ilmu Gizi Klinis pada Anak*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Puji Lestyarningsih. 201-. *Dampak Pemberian Susu Formula Terhadap Pertumbuhan Tubuh Bayi*. Surabaya.
- Sediaoetama. 2011. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Soetjningsih. 2010. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Supariasa. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Walker. 2011. *Makan yang Sehat untuk Bayi dan Anak-anak*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.

## **PENGARUH SENAM DIABETES MELLITUS TERHADAP PERUBAHAN BASAL METABOLISME RATE PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS**

Agus Sarwo Prayogi  
(Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta)  
Induniasih  
(Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta)  
Nova Prameswari  
Prodi Ilmu Keperawatan Stikes Surya Global Yogyakarta

### **ABSTRAK**

**Latar belakang** : Angka prevalensi penderita Diabetes tahun 2008 menurut Departemen Kesehatan mencapai 5,7% dari jumlah penduduk Indonesia yaitu sekitar 12 juta jiwa dan untuk pre-diabetes mencapai 2 kali lipat atau 11% dari total penduduk Indonesia. **Tujuan Penelitian** : Mengetahui Pengaruh Senam Diabetes Mellitus terhadap Perubahan *Basal Metabolisme Rate* di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 1 Yogyakarta. **Metode** : Jenis penelitian ini pra eksperimen dengan pendekatan *one-group pretest post-test design*. Populasi penelitian ini adalah penderita diabetes di Wilayah kerja Puskesmas Umbulharjo 1 Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel adalah menggunakan *cluster sampling*, jumlah sampel 30 orang. Menggunakan uji *wilcoxon*. **Hasil** : pada penderita diabetes setelah diberikan senam diabetes mellitus ada perubahan BMR sebanyak 24 orang (80%) dan tidak ada perubahan sebanyak 6 orang (20%). Hasil uji *wilcoxon* bahwa  $p < 0,05$  yaitu  $0,000 < 0,05$ . Kesimpulan Ada pengaruh yang signifikan antara senam diabetes mellitus terhadap perubahan *basal metabolisme rate*

Kata kunci:

Senam diabetes mellitus, *basal metabolisme rate*, diabetes mellitus

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar Belakang**

Diabetes dulunya penyakit ini dianggap sebagai penyakit yang menyerang orang tua saja. Namun pada kenyataannya, serangan diabetes dapat mengenai siapa saja, dari anak-anak hingga orang tua. Dewasa ini semakin bertambah banyak saja orang yang menderita diabetes. Sangat disayangkan bahwa banyak penderita diabetes yang tidak menyadari dirinya mengidap penyakit DM.<sup>1</sup> Menurut Doutsdar, ada tren menarik tentang peningkatan jumlah penderita diabetes di negara berkembang seperti Indonesia. Jumlah 8 juta orang pada 2011 dan meningkat sekitar 8,5 juta pada 2012. Menurut WHO, Indonesia menempati urutan ke-4 terbesar dalam jumlah penderita diabetes melitus didunia.<sup>2</sup> Sementara di Yogyakarta, tahun 2012 tercatat 12.252 pasien diabetes mellitus. tahun 2013 jumlahnya meningkat menjadi 12.915. Mulai tahun 2011-2013, DM tak pernah terlempar dari 10 besar penyakit rawat inap, sempat turun tahun 2012, namun kembali naik di tahun 2013. Sedangkan pada triwulan pertama 2014, diabetes mellitus berada di posisi lima penyakit rawat inap dengan 272 pasien.<sup>3</sup>

Beberapa komplikasi menahun yang dapat terjadi akibat diabetes mellitus antara lain penurunan kemampuan seksual (50,9%), neuropati somatic/komplikasi saraf pada diabetes mellitus (20,6%), retinopati diabetik/penyempitan pembuluh darah mata (29,3%), katarak kekeruhan pada lensa mata (16,3%), TBC (15,3%), hipertensi/tekanan darah tinggi (12,8%), penyakit jantung koroner atau penyempitan pembuluh darah jantung (10%), gangguan Diabetik/ujung jari menjadi borok (3,5%), batu empedu simtomatik (3,0%)<sup>4</sup>

Komponen dalam penatalaksanaan diabetes mellitus yaitu: diet, latihan, pemantauan glukosa dan keton, terapi insulin dan pendidikan pasien.<sup>5</sup> Penatalaksanaan diabetes mellitus meliputi empat pilar, yaitu : edukasi, pengaturan pola makan atau diet, olah raga atau gerak badan terapi madikasi (terapi obat atau terapi insulin), dan pemantauan gula darah mandiri (PGDM).<sup>6</sup> Namun yang terpenting, olahraga memiliki peranan penting dalam mencegah komplikasi yang berhubungan dengan diabetes yang dapat mengganggu kemampuan untuk mengembangkan hidup.

Mengatasi masalah keperawatan pasien diabetes dengan latihan jasmani atau olahraga, merupakan hal penting. Perawat dalam perannya di keperawatan di tuntut agar latihan jasmani bisa dilakukan pasien dengan baik. Hal ini sesuai dengan peran perawat spesialisasi medikal bedah yang dinyatakan

(Ignatovicus & Workman, 2006) yaitu : sebagai koordinator, pemberi layanan, perencana keperawatan berkelanjutan, edukator, advokat, dan agen perubahan.

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian pra eksperimen dengan pendekatan *one-group pre-test post-test design*. Penelitian bertujuan ditahuinya pengaruh senam Diabetes Mellitus terhadap perubahan *basal metabolisme rate* Pada Penderita Diabetes Mellitus. Dilakukan pengukuran *basal metabolisme rate* sebanyak satu kali yaitu sesudah diberikan perlakuan (senam diabetes mellitus) pada kelompok yang mendapat perlakuan.

<b>Kelompok Pre-Test</b>	<b>Perlakuan Post-Test</b>
<b>P      0<sub>1</sub></b>	<b>X      0<sub>2</sub></b>

Keterangan : P = Kelompok yang diberikan senam diabetes mellitus, X = Pemberian senam diabetes mellitus (3-4 kali seminggu selama ± 30 menit), 0<sub>1</sub> = nilai *basal metabolisme rate* kelompok eksperimen sebelum diberi senam diabetes mellitus.

Populasinya semua warga yang menderita diabetes mellitus berada di Wilayah kerja Puskesmas Umbulharjo 1 Yogyakarta berjumlah 284 orang, dengan teknik pengambilan sampel "*cluster*", populasi dapat juga dibagi menjadi kumpulan-kumpulan elemen dengan beberapa kumpulan yang secara acak dipilih untuk studi. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 30 responden, dimana responden sebagai kelompok eksperimen dan tidak menggunakan kelompok kontrol.

Difinisi operasional 1) Senam diabetes mellitus Senam diabetes mellitus adalah gerakan yang terstruktur yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus sebanyak 3 kali dalam seminggu yang dilakukan selama 4 minggu (Sari, 2012), 2) BMR (*basal metabolisme rate*) *basal metabolisme rate* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah nilai kalori yang di butuhkan untuk *metabolisme* pada penderita diabetes mellitus. Dimana, nilai kalornya diukur dengan skala nominal : 1800 Kalori : normal, >1800 Kalori : tidak normal. Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi, Observasi ini dilakukan untuk mengetahui nilai BMR pada pasien DM, dengan menggunakan rumus BMR yaitu berat badan x 24 (BB x 24) akan membantu mengetahui berapa nilai BMR setelah melakukan senam DM. Uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini adalah uji *Wilcoxon*.

### HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 1 Yogyakarta

Kategori	Kelompok	Perlakuan	
		Frekuensi	Presentase
Umur	<45	4	13,3 %
	45-60	14	46,7 %
	>60	12	40,0 %
Jenis Kelamin	L	9	30,0 %
	P	21	70,0 %
Pekerjaan	Buruh	9	30,0 %
	Pegawai Swasta	7	23,3 %
	Pensiunan	10	33,3 %
	Wiraswasta	4	13,3 %
Berat badan	Normal	24	80%
	Tidak Normal	6	20%
Total		30	100 %

Tabel 2. Distribusi Frekuensi *basal metabolisme rate* Pre Dan Post Pada Penderita Diabetes Mellitus

<i>Basal Metabolisme Rate</i>	Pre	%	Post	%
Normal	0	0	24	80
Tidak Normal	30	100	6	20
Jumlah	30	100	30	100

Tabel 3. Perbandingan Pengaruh Senam diabetes mellitus Terhadap Perubahan *Basal Metabolisme Rate*

<i>BasalMetabolisme Rate</i>	Z test	Sig $\rho$ =	Keterangan
	-4.899	0,000	Sig $\rho$ <0,05 Ada pengaruh yang signifikan

Nilai -4,899 menunjukkan nilai Z, dengan level signifikan 0,05 dan menggunakan uji 2 sisi. Nilai Z kritis antara -1,96 dan 1,96 yang berarti berada di daerah penerimaan  $H_a$ . Tabel 3. menerangkan tentang nilai signifikan  $\rho$  yang diperoleh. Dimana nilai  $\rho$  adalah 0,000, dengan kriteria pengujian jika  $\rho < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak, jika  $\rho > 0,05$  maka  $H_0$  diterima, jadi, karena nilai  $\rho < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak yang artinya ada pengaruh senam diabetes mellitus terhadap perubahan *basal metabolisme rate* pada penderita diabetes mellitus.

## PEMBAHASAN

### *Basal metabolisme rate* sebelum diberi perlakuan senam diabetes mellitus

Berdasarkan hasil penelitian, pada tabel 1 responden mempunyai berat badan berlebih berjumlah 6 orang (20%) yang berpengaruh pada nilai basal metabolisme rate, dimana nilai *basal metabolisme rate* pada responden adalah 1848-1896 kalori sebanyak 30 orang (100%) tidak ada yang memiliki nilai *basal metabolisme rate* yang normal semuanya tidak normal. Salah satu faktor risiko diabetes mellitus adalah obesitas, dimana memiliki kalori yang berlebihan, diketahui bahwa salah satu fungsi senam diabetes mellitus adalah menurunkan berat badan artinya olahraga (senam DM) dapat membakar kalori yang berlebihan secara optimal. Pembakaran kalori yang baik berhubungan dengan keterjagaan tubuh dari kondisi kelebihan berat badan. Selanjutnya, berat badan yang ideal pada gilirannya dapat mengurangi serangan Diabetes lebih lanjut.<sup>7</sup> Selain berolahraga penderita diabetes juga harus memperhatikan 3 J seperti yang di kemukakan Nabyl bahwa penderita Diabetes Mellitus harus melakukan diet, diet ini dikenal dengan 3j : jumlah kalori, jadwal makan dan jenis makanan.<sup>8</sup> Jumlah makan (kalori) yang dianjurkan bagi penderita Diabetes adalah makan lebih sering dengan porsi kecil. Tidak dianjurkan bagi penderita Diabetes makan dengan porsi besar atau banyak. Tujuan cara akan ini adalah agar jumlah kalori terus merata sepanjang hari, sehingga beban kerja organ-organ tubuh tidak berat, terutama organ pankreas.<sup>7</sup>

Olahraga sangat penting bagi penderita Diabetes Mellitus karena olahraga berperan utama dalam penurunan gula darah dan juga menurunkan berat badan. Program olahraga yang baik, benar dan teratur membantu menstabilkan gula darah, mengurangi kebutuhan insulin, memelihara berat badan. Sehingga penderita Diabetes disarankan melakukan aktivitas fisik dan olahraga.<sup>9</sup>

Pembakaran kalori dalam tubuh terjadi karena adanya proses metabolisme dalam tubuh. *Basal metabolisme rate* yang cepat akan mampu membakar kalori lebih banyak. Sebaliknya, *basal metabolisme rate* yang lambat, jumlah kalori yang terbakar juga akan berjumlah sedikit. Proses metabolisme sendiri merupakan proses tubuh untuk menghasilkan energi di mana energi ini akan digunakan untuk mendukung berbagai jenis aktivitas fisik maupun berfikir sehari-hari. Tiap orang memiliki laju metabolisme yang berbeda-beda. Jadi tak perlu heran jika kebutuhan kalori tiap orang juga berbeda-beda. Usia sangat mempengaruhi kecepatan *basal metabolisme rate* Semakin tua usia seseorang, *basal metabolisme ratenya* akan semakin lambat. Ada juga faktor-faktor lainnya yang berpengaruh terhadap laju metabolisme. Sebut saja faktor lingkungan (seperti suhu) dan jenis kelamin. Faktor fisik juga berkontribusi dalam mempercepat laju metabolisme. Seseorang yang sering beraktivitas fisik, *basal metabolisme ratenya* akan cepat, sebaliknya seseorang yang jarang melakukan aktivitas fisik, *basal metabolisme ratenya* lambat.<sup>10</sup>

Hasil analisis tersebut didukung oleh Penelitian Pengaruh Senam Diabetes Mellitus Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Darusalam Medan. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa senam dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali dalam satu minggu. Rata-rata kadar glukosa darah sebelum senam adalah 290.81 g/dl dan rata-rata sesudah senam

adalah 272.77 g/dl bahwa senam Diabetes Melitus dapat menurunkan kadar glukosa darah secara signifikan pada penderita diabetes mellitus. Penelitian lain yang dilakukan oleh Santoso dan Nurahini bahwa olahraga berfungsi untuk menurunkan kadar gula darah dan juga menurunkan berat badan.<sup>11</sup>

Selain dari obesitas faktor resiko lain dari Diabetes adalah faktor umur. Dari hasil penelitian, bahwa banyak penderita diabetes berumur 45-60 tahun (46,7%), dipaparkan Sutanto dalam bukunya Diabetes Deteksi, Pencegahan, Pengobatan. Orang dengan 40 tahun mulai memiliki risiko terkena Diabetes. Selanjutnya dengan semakin bertambahnya usia semakin besar pula risiko seseorang mengalami Diabetes tipe II.<sup>7</sup>

Berdasarkan jenis kelamin, perempuan sebanyak 21 orang dan laki-laki 9 orang, menurut penelitian yang dilakukan Erlina bahwa perempuan lebih banyak terkena DM dikarenakan perempuan memproduksi hormon estrogen yang menyebabkan meningkatnya pengendapan lemak pada jaringan sub kutis sehingga perempuan cenderung terkena DM daripada laki-laki.

### **Basal metabolisme rate setelah diberi perlakuan senam DM**

Berdasarkan hasil penelitian bahwa penderita Diabetes setelah diberikan perlakuan senam DM mengalami perubahan nilai BMR yaitu 24 orang (80%) dengan nilai 1800 kalori dan 6 orang (20%) dengan nilai 1824-1848 mengalami perubahan tetapi hanya sedikit sekali tetapi nilai BMR masih dalam kategori tidak normal. Nilai BMR dapat di pengaruhi beberapa faktor yaitu luas permukaan tubuh, umur, jenis kelamin, cuaca, ras, status gizi, aktivitas, penyakit. Olahraga (senam DM) pada penderita Diabetes mellitus sangat penting karena olahraga berperan utama dalam menurunkan berat badan.<sup>9</sup> (Suyono,2007). Berat badan berlebihan atau obesitas meningkatkan resiko Diabetes tipe II, obesitas dapat menyebabkan terjadinya kondisi resistensi insulin, yang mana kondisi resistensi insulin merupakan penyebab utama terjadinya diabetes.<sup>7</sup>

Dalam terapi Diabetes Mellitus ada 4 pilar dalam penatalaksanaan yaitu Edukasi, terapi gizi, olahraga, dan farmakologis. Terapi gizi medis prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori masing masing individu. Perlu ditekankan pentingnya keteraturan dalam hal jadwal makan, jenis, dan jumlah makanan.<sup>8</sup>

Olahraga sangat penting bagi penderita Diabetes Mellitus karena olahraga berperan utama dalam penurunan gula darah dan juga menurunkan berat badan. Program olahraga yang baik, benar dan teratur membantu menstabilkan gula darah, mengurangi kebutuhan insulin, memelihara berat badan. Sehingga penderita Diabetes disarankan melakukan aktivitas fisik dan olahraga.<sup>9</sup>

Hasil analisis tersebut didukung oleh Penelitian Pengaruh Senam Diabetes Mellitus Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Darusalam Medan. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa senam dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali dalam satu minggu. Rata-rata kadar glukosa darah sebelum senam adalah 290.81 g/dl dan rata-rata sesudah senam adalah 272.77 g/dl bahwa senam Diabetes Melitus dapat menurunkan kadar glukosa darah secara signifikan pada penderita diabetes mellitus. Penelitian lain yang dilakukan oleh Santoso dan Nurahini bahwa olahraga berfungsi untuk menurunkan kadar gula darah dan juga menurunkan berat badan.<sup>11</sup>

Pembakaran kalori dalam tubuh terjadi karena adanya proses metabolisme dalam tubuh. *Basal metabolisme rate* yang cepat akan mampu membakar kalori lebih banyak. Sebaliknya, *basal metabolisme rate* yang lambat, jumlah kalori yang terbakar juga akan berjumlah sedikit. Proses metabolisme sendiri merupakan proses tubuh untuk menghasilkan energi di mana energi ini akan digunakan untuk mendukung berbagai jenis aktivitas fisik maupun berfikir sehari-hari. Tiap orang memiliki laju metabolisme yang berbeda-beda. Jaditak perlu heran jika kebutuhan kalori tiap orang juga berbeda-beda. Usia sangat mempengaruhi kecepatan *basal metabolisme rate* Semakin tua usia seseorang, *basal metabolisme ratenya* akan semakin lambat. Ada juga faktor-faktor lainnya yang berpengaruh terhadap laju metabolisme. Sebut saja faktor lingkungan (seperti suhu) dan jenis kelamin. Faktor fisik juga berkontribusi dalam mempercepat laju metabolisme. Seseorang yang sering beraktivitas fisik, *basal metabolisme ratenya* akan cepat, sebaliknya seseorang yang jarang melakukan aktivitas fisik, *basal metabolisme ratenya* lambat.<sup>12</sup>

### **Pengaruh Senam DM terhadap Perubahan Basal Metabolisme Rate**

Peneliti melakukan uji *wilcoxon* digunakan untuk membandingkan dua Variabel pada sampel yang sama Metode ini menggambarkan bahwa responden akan diukur *basal metabolisme rate* sebelum dan sesudah senam DM, selanjutnya nilai masing-masing responden dibandingkan antara sebelum dan sesudah senam DM. Hasil analisis dari uji *wilcoxon* tentang pre post testkelompok perlakuan didapatkan bahwa

nilai probabilitas  $0,000 < 0,05$  yang artinya ada pengaruh yang signifikan antara pre test dan post test. Nilai BMR sebelum dilakukan senam DM adalah 1848-1896 kalori dan setelah diberikan senam DM nilai BMR mengalami perubahan yaitu menjadi 1800 kalori sebanyak 24 orang dan untuk yang 6 orang mengalami perubahan hanya sedikit.

Salah satu faktor risiko Diabetes Mellitus adalah obesitas, obesitas memiliki kalori yang berlebihan, diketahui bahwa salah satu fungsi senam DM adalah menurunkan berat badan artinya olahraga (senam DM) dapat membakar kalori yang berlebihan secara optimal. Pembakaran kalori yang baik berhubungan dengan keterjagaan tubuh dari kondisi kelebihan berat badan. Selanjutnya, berat badan yang ideal pada gilirannya dapat mengurangi serangan Diabetes lebih lanjut.<sup>7</sup> Selain berolahraga penderita diabetes juga harus memperhatikan 3 J seperti yang di kemukakan Nabyl bahwa penderita Diabetes Mellitus harus melakukan diet, diet ini dikenal dengan 3 J : jumlah kalori, jadwal makan dan jenis makanan.<sup>8</sup> Jumlah makan (kalori) yang dianjurkan bagi penderita Diabetes adalah makan lebih sering dengan porsi kecil. Tidak dianjurkan bagi penderita Diabetes makan dengan porsi besar atau banyak. Tujuan cara akan ini adalah agar jumlah kalori terus merata sepanjang hari, sehingga beban kerja organ-organ tubuh tidak berat, terutama organ pankreas.<sup>7</sup>

Hasil analisis tersebut didukung oleh Penelitian yang dilakukan oleh meneliti Pengaruh Senam Diabetes Mellitus Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Darusalam Medan. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa senam dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali dalam satu minggu. Rata-rata kadar glukosa darah sebelum senam adalah 290.81 g/dl dan rata-rata sesudah senam adalah 272.77 g/dl bahwa senam Diabetes Melitus dapat menurunkan kadar glukosa darah secara signifikan pada penderita diabetes mellitus.<sup>12</sup> Penelitian lain yang dilakukan oleh Santoso dan Nurahini bahwa olahraga berfungsi untuk menurunkan kadar gula darah dan juga menurunkan berat badan.

Olahraga sangat penting bagi penderita Diabetes Mellitus karena olahraga berperan utama dalam penurunan gula darah dan juga menurunkan berat badan. Program olahraga yang baik, benar dan teratur membantu menstabilkan gula darah, mengurangi kebutuhan insulin, memelihara berat badan.<sup>13</sup>

## KESIMPULAN

1. Nilai rata-rata *basal metabolisme rate* sebelum diberikan perlakuan senam DM adalah 1824-1896 kalori (100%).
2. Nilai rata-rata *basal metabolisme rate* sesudah diberikan perlakuan senam DM adalah 1800 kalori (80%).
3. Berdasarkan uji *wilcoxon* tentang pre post test kelompok perlakuan terdapat pengaruh yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dari nilai probabilitas yaitu  $0,000 < 0,05$  yang artinya ada pengaruh senam DM terhadap perubahan *basal metabolisme rate*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hasdianah, H.R. (2012) *Mengenal Diabetes Mellitus pada orang dewasa dan anak-anak dengan solusi herbal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
2. Anonim. (2013) *Indonesia Masuk 10 Besar Negara Dengan Pengidap Diabetes Didunia*, (online): available:<http://www.tempo.co/read/news>. Diakses tanggal 25 april 2014.
3. Anonim. (2013) *Diabetes Selalu 10 Besar di DIY*, (online): available:<http://www.jogja.tribunnews.com/diabetes-selalu-10-besar-di-diy>). Diakses tanggal 25 April 2014.
4. Askandar, T.(2007) *Hidup Sehat Bersama Diabetes*, Jakarta: Gramedia
5. Smeltzer dan Bare. (2005) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
6. Hartini,S.(2009)*Diabetes?Siapatakut!! Panduan Lengkap Untuk Diabetes, Keluarganya, Dan Profesional Medis*. Bandung: Qanita.
7. Sutanto, T. (2007) *Deteksi, Pencegahan, pengobatan Diabetes*. Yogyakarta: Buku Pintar.
8. Nabyl, R.A. (2012) *Panduan Hidup Sehat Mencegah Dan Mengobati Diabetes Mellitus*. Yogyakarta: Aulia Publishing.
9. Suyono. (2007) *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
10. Anonim.(2014) *Proses Pembakaran Kalori Dalam Tubuh*, (online): available:<http://www.DuniaProesional.com>diakses tanggal 12 Agustus 2014.
11. Sinaga (2011) meneliti Pengaruh Senam Diabetes Melitus Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Darusalam Medan

12. Anonim. (2014) *Manfaat Senam Diabetes Mellitus*, (online): available [http://Jawapos.com/manfaat-senam-diabetes mellitus](http://Jawapos.com/manfaat-senam-diabetes-mellitus)
13. Tandra, H. (2014) *Strategi Mengalahkan Komplikasi Diabetes Dari Kepala Sampai Kaki*. Jakarta; PT Gramedia Pustaka Utama.
14. Indriana (2009) *pengaruh senam DM terhadap regulasi kadar gula darah pada penderita Diabetes Mellitus di Persadia cabang RSUD Dr. Soedono Madiun*
15. Utomo M, Ocbriyanita, dkk. (2012) *Pengaruh Senam Terhadap Kadar Gula Darah Penderita Diabetes*, (online): available: <http://jurnal.unnes.ac.id>. diakses tanggal 25 April 2014.

## GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI LAMA PERSALINAN PADA IBU YANG MELAKSANAKAN SENAM HAMIL

N. Surtinah  
(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### ABSTRAK

Senam hamil merupakan salah satu cara untuk melancarkan proses persalinan, tapi kenyataan di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo terdapat 18,6% kejadian persalinan lama pada ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran faktor yang mempengaruhi lama persalinan pada ibu yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo. Jenis penelitian adalah deskriptif. Populasi adalah semua ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil sejumlah 55 orang. Sampel penelitian adalah total populasi. Variabel dalam penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi lama persalinan meliputi his, keadaan bidang hodge, berat bayi lahir, serta lama persalinan kala I dan II. Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah lembar observasi pengumpulan data. Analisa data menggunakan tabulasi silang dan disajikan dalam bentuk tabel. Hasil penelitian dari 55 ibu bersalin primipara dan multipara yang melaksanakan senam hamil didapatkan sebagian besar keadaan his normal pada primipara dan hampir setengahnya pada multipara, sebagian besar keadaan bidang hodge normal pada primipara dan hampir setengahnya pada multipara, sebagian besar memiliki berat bayi lahir  $\leq 4000$  gram pada primipara dan hampir setengahnya pada multipara, sebagian besar lama kala I dalam batas normal pada primipara dan sebagian kecil lama kala I dalam batas normal pada multipara, sebagian besar lama kala II dalam batas normal pada primipara dan hampir setengahnya pada multipara. Disimpulkan rata-rata ibu yang melaksanakan senam hamil lama persalinan kala I dan II dalam batas normal baik pada primipara maupun multipara. Untuk itu sebaiknya pelayanan kesehatan terutama di RB Al-Hikmah untuk menyediakan sarana yang lebih lengkap dan nyaman untuk mengajarkan senam hamil bagi ibu hamil.

Kata Kunci:

Senam hamil, lama persalinan

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Senam hamil adalah terapi latihan gerakan untuk mempersiapkan ibu hamil secara fisik dan mental, pada persalinan cepat, aman dan spontan. senam hamil di anjurkan pada usia kehamilan memasuki usia 6 bulan ke atas (Nirwana, 2011). Tapi pada kenyataannya terdapat persalinan lama pada ibu yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo. Persalinan lama adalah Fase laten lebih dari 8 jam. Atau partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi (Wiknjastro, 2009).

Persalinan lama merupakan penyebab 8% kematian ibu di negara-negara berkembang. Di Indonesia, berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 melaporkan bahwa dari seluruh persalinan, 64% ibu tidak mengalami komplikasi selama persalinan, persalinan lama sebesar 31%, perdarahan berlebihan sebesar 7%, infeksi sebesar 5%. Pada ibu yang melahirkan melalui bedah sesarea 59% terjadi akibat persalinan yang mengalami komplikasi, dimana sebagian besar merupakan persalinan lama (42%). Berdasarkan survei ini juga dilaporkan bahwa bayi yang meninggal dalam usia satu bulan setelah dilahirkan, 39% terjadi akibat komplikasi termasuk persalinan lama (30%), perdarahan 12% dan infeksi (10%). Dari rekapitulasi data terhadap 43 ibu bersalin normal yang melaksanakan senam hamil di RB AL-Hikmah periode April 2012- Februari 2013 didapatkan 8 atau sekitar 18,6% mengalami persalinan lama.

Faktor yang berperan dalam persalinan yaitu *power* seperti his yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya, usaha mengejan ibu yang tidak baik, *passage* (jalan lahir) seperti kelainan- kelainan panggul, *passenger* meliputi janin besar, kelainan kongenital pada bayi, dan kelainan letak bayi, psikologi meliputi kecemasan, pengalaman persalinan sebelumnya, adat dan faktor pendamping, Penolong meliputi pimpinan partus yang salah dan kurangnya pengetahuan dan ketrampilan penolong (Mochtar, 2002). Persalinan lama berdampak bagi ibu dan bayi. Pada ibu dapat menimbulkan infeksi, ruptura uteri,

pembentukan fistula, serta cedera pada otot-otot panggul. Sementara pada bayi dapat menimbulkan infeksi, kaput suksedaneum, moulage serta resiko perdarahan intrakranial (Wiknjosastro, 2009).

Meningkatkan pelaksanaan program *making pregnancy safer* merupakan upaya untuk mengurangi komplikasi persalinan lama pada ibu bersalin. 3 pilar utama dalam program *making pregnancy safer* adalah 1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, 2) setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat penanganan adekuat, 3) setiap perempuan usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (Wiknjosastro, 2009). Berdasarkan uraian diatas peneliti ingin meneliti faktor yang mempengaruhi lama persalinan yang bisa dimanipulasi oleh senam hamil pada ibu bersalin normal yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo pada bulan April 2012- Maret 2013.

### Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran faktor yang mempengaruhi lama persalinan pada ibu yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo periode April 2012- Maret 2013?

### Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi keadaan his ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo berdasarkan paritas.
2. Mengidentifikasi keadaan panggul (bidang hodge) ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo berdasarkan paritas.
3. Mengidentifikasi berat badan bayi lahir pada ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo berdasarkan paritas.
4. Mengidentifikasi lama persalinan kala I ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo berdasarkan paritas.
5. Mengidentifikasi lama persalinan kala II ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo berdasarkan paritas.

### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif untuk mengetahui gambaran faktor yang mempengaruhi lama persalinan pada ibu yang mengikuti senam hamil. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu bersalin normal yang mengikuti senam hamil di RB Al-Hikmah Sukorejo Ponorogo periode April 2012- Maret 2013 sejumlah 55 orang. Sampel pada penelitian ini adalah total populasi dengan kriteria sampel semua ibu yang bersalin normal (*aterm*, tidak ada disproporsi sefalopelvik, janin tidak kembar dan tanpa tindakan operatif) yang melaksanakan senam hamil. Variabel dalam penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi lama persalinan.

Variabel ini terdiri atas beberapa sub variabel yaitu: his, keadaan panggul (bidang hodge), berat badan bayi lahir, lama persalinan kala I dan II. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan studi dokumentasi yaitu dengan cara mencatat jumlah ibu yang melaksanakan senam hamil melalui buku register kemudian proses persalinan dilihat pada rekam medik. Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah lembar observasi pengumpulan data.

Data ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil yang sudah dikumpulkan disusun sesuai nomor register kemudian dilakukan pengolahan data dengan tahap *Editing, Coding dan Tabulating*. Dalam penelitian ini teknik analisa data menggunakan tabulasi silang antara paritas dan setiap sub variabel menggunakan SPSS. Hasil Penelitian di gambarkan ke dalam bentuk tabel. Hasil analisa data dalam setiap variabel disajikan dalam persentase

### HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Keadaan His dan Paritas pada Ibu bersalin yang Melaksanakan Senam Hamil

Keadaan His	Paritas				Jumlah	
	Primipara		Multipara		f	%
	f	%	f	%		
Normal	36	72	14	28	50	100
Tidak Normal	4	80	1	20	5	100

Jumlah	40	72,7	15	27,3	55	100
--------	----	------	----	------	----	-----

Tabel 2. Keadaan Bidang Hodge dan Paritas pada Ibu bersalin yang Melaksanakan Senam Hamil

Bidang Hodge	Paritas				Jumlah	
	Primipara		Multipara		F	%
	F	%	f	%		
Normal	37	71,2	15	28,8	52	100
Tidak Normal	3	100	0	0	3	100
Jumlah	40	72,7	15	27,3	55	100

Tabel 3. Berat Bayi Lahir dan Paritas pada Ibu bersalin yang Melaksanakan Senam Hamil

Berat Bayi Lahir	Paritas				Jumlah	
	Primipara		Multipara		F	%
	f	%	f	%		
≤ 4000 gr	40	72,7	15	27,3	55	100
>4000 gr	0	0	0	0	0	0
Jumlah	40	72,7	15	27,3	55	100

Tabel 4. Lama Persalinan Kala I dan Paritas pada Ibu bersalin yang Melaksanakan Senam Hamil

Lama Persalinan Kala I	Paritas				Jumlah	
	Primipara		Multipara		F	%
	f	%	f	%		
Normal	31	75,6	10	24,4	41	100
Tidak Normal	9	64,3	5	35,7	14	100
Jumlah	40	72,7	15	27,3	55	100

Tabel 5. Lama Persalinan Kala II dan Paritas pada Ibu bersalin yang Melaksanakan Senam Hamil

Lama Persalinan Kala II	Paritas				Jumlah	
	Primipara		Multipara		F	%
	f	%	f	%		
Normal	33	73,3	12	26,7	45	100
Tidak Normal	7	70	3	30	10	100
Jumlah	40	72,7	15	27,3	55	100

## PEMBAHASAN

Hasil Penelitian terhadap 55 ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil didapatkan sebagian besar keadaan his normal pada primipara dan hampir setengahnya keadaan his normal pada multipara. Sehubungan dengan keadaan his antara primipara dan multipara terdapat perbedaan terutama pada intensitasnya. Pada primipara cenderung mengalami inersia uteri yaitu his kurang dari 3- 5 kali per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mareyke (2003) bahwa inersia uteri yang terjadi pada primigravida terutama primigravida tua berhubungan dengan kekakuan jaringan panggul yang belum pernah dipengaruhi oleh kehamilan dan persalinan, inersia uteri dapat menyebabkan persalinan berlangsung lama sehingga dapat terjadi infeksi intrauterin dan kelelahan ibu. Selain itu pada primipara yang merupakan pengalaman pertama dalam melahirkan memungkinkan untuk mendapat kecemasan dan ketakutan dalam persalinan yang lebih besar daripada multipara. Kecemasan ini menyebabkan ketegangan sehingga ibu merasakan nyeri yang sangat saat his datang walaupun intensitasnya tidak terlalu kuat.

Hasil Penelitian terhadap 55 ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil didapatkan sebagian besar keadaan bidang hodge normal pada primipara dan hampir setengahnya keadaan bidang hodge normal pada multipara. Perbedaan proses penurunan kepala pada primipara dan multipara ini sesuai dengan teori menurut Oxorn dan Forte (2010) Umumnya pada primigravida dengan panggul normal

kepala akan masuk lebih kurang 3 minggu sebelum *aterm*. Pada lebih kurang 5 persen primigravida kepala bayi tidak turun meskipun sudah *aterm*. Tapi sebagian besar dapat bersalin pervaginam. Kepala yang masih tinggi kebanyakan ada hubungannya dengan serviks dan uterus yang belum siap. Kepala tidak akan turun sampai terbentuknya segmen bawah rahim. Pada persalinan yang dimulai dengan kedudukan kepala masih tinggi biasanya mempunyai pembukaan serviks yang lebih kecil. Ada kecenderungan bahwa *station* yang lebih rendah diikuti dengan serviks yang lebih mendatar dan membuka, baik pada awal persalinan maupun pada permulaan fase aktif.

Pada penelitian ini kemungkinan CPD (*Cephalopelvic Disproportion*) pada responden telah disingkirkan sehingga faktor yang paling memungkinkan dalam mempengaruhi penurunan kepala adalah proses penipisan dan pembukan serviks yang dipengaruhi oleh tonus uterus dan otot-otot dinding perut. Kemampuan tonus uterus dan otot-otot dinding perut dalam menghadapi proses persalinan dapat ditingkatkan dengan latihan selama masa prenatal yaitu dengan rutin melaksanakan senam hamil.

Hasil Penelitian terhadap 55 ibu bersalin didapatkan sebagian besar berat bayi lahir  $\leq 4000$  gram pada primipara dan hampir setengahnya berat bayi lahir  $\leq 4000$  gram pada multipara. Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan. Berat neonatus pada umumnya  $\leq 4000$  gram dan jarang melebihi 5000 gram (Wiknjosastro, 2009). Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi berat badan janin. Oleh karena itu sebagian ukuran kepala digunakan Berat Badan (BB) janin (Mochtar, 2002)

Senam hamil mempunyai dampak yang positif terhadap bayi sesuai dengan penelitian Supriatmaja (2003) di RS Sanglah Denpasar Bali dalam penelitian Hendarni, A dan Siti, H (2003) di klinik YK Madira Palembang, bayi yang dilahirkan oleh ibu yang melakukan senam hamil pada penelitian ini lebih berat, yaitu  $3200,00 \pm 363$  g dan  $3072,17 \pm 327$  g. meskipun tidak berbeda bermakna ( $p=0,060$ ). Pada beberapa penelitian didapatkan bahwa berat janin yang lahir dari wanita hamil yang melakukan senam hamil selama kehamilannya lebih berat dibanding yang tidak melakukan, hal ini dapat diterangkan mengingat senam hamil akan meningkatkan aliran darah ke uterus yang merupakan jalan terpenting bagi suplai nutrisi dan metabolisme janin, terdapat hubungan positif antara berat plasenta dan berat badan lahir. Wanita hamil yang melakukan latihan-latihan selama kehamilannya akan memiliki plasenta yang lebih berat akibat meningkatnya *placental blood flow*, dengan demikian nutrisi ke janin akan menjadi lebih baik.

Hasil Penelitian terhadap 55 ibu bersalin didapatkan sebagian besar lama persalinan kala I dalam batas normal pada primipara dan sebagian kecil lama persalinan kala I dalam batas normal pada multipara. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Mariani dan Nunik, P (2003) di Wonokromo, Surabaya pada 30 primipara yang melaksanakan senam hamil dan tidak melaksanakan senam hamil diketahui seluruhnya (100%) lama persalinan berlangsung cepat atau  $< 18$  jam pada ibu yang melaksanakan senam hamil. Sebaliknya ibu yang proses persalinannya lambat atau  $> 24$  jam seluruhnya (100%) tidak pernah melakukan senam hamil. Ibu dengan proses persalinan normal atau membutuhkan waktu sekitar 18–24 jam, sebagian besar (72,2%) tidak melakukan senam hamil. hal ini mungkin dikarenakan perbedaan jumlah sampel yang diteliti.

Lama persalinan dipengaruhi faktor *power, passage dan passenger*. Faktor persalinan terutama faktor *power* yaitu his dapat dimanipulasi dengan senam hamil yaitu dengan cara membuat elastis otot-otot rahim, serviks dan otot-otot dasar panggul. Dari hasil penelitian persentase kejadian persalinan lama pada kala I hampir setengahnya terjadi pada multipara. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan bahwa lama persalinan pada kala I lebih cepat terjadi pada multipara mungkin hal ini dikarenakan frekuensi senam hamil yang berbeda antara primipara dan multipara. Primipara lebih antusias untuk mengikuti senam hamil mungkin karena merupakan pengalaman pertama.

Hasil Penelitian terhadap 55 ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil didapatkan sebagian besar lama persalinan kala II dalam batas normal pada primipara dan hampir setengahnya lama persalinan kala II dalam batas normal terdapat pada multipara. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hendarni, A dan Siti, H (2010) di Klinik YK Madira Palembang pada 66 ibu bersalin normal dan 66 ibu bersalin tidak normal didapatkan Ibu yang melakukan senam hamil dengan lama kala II normal 56,06% sedangkan ibu yang tidak senam hamil lama kala II normal sebesar 43,94%. Rata-rata lama kala II pada ibu yang melaksanakan senam hamil adalah 128,58 menit (2,1 jam) dan yang tidak senam hamil sebesar 151,11 menit (2,5 jam). Angka kala II normal pada penelitian terdahulu lebih kecil hal ini mungkin dikarenakan perbedaan kriteria sampel yang digunakan. Pada penelitian terdahulu paritas responden tidak dikategorikan antara primipara dan multipara atau mungkin ada faktor lain yang mempengaruhi lama persalinan.

Menurut Evariny (2007), salah satu manfaat dari pelaksanaan senam hamil adalah melatih pernafasan agar ibu dapat bernafas dengan baik sehingga dapat memberi oksigen yang cukup bagi bayi yang dikandungnya. Latihan pernafasan ini sangat bermanfaat bagi ibu agar siap menghadapi persalinan dan memudahkan proses persalinan normal karena ibu sudah dapat melakukan pernafasan untuk mengejan dengan baik.

Secara fisiologis, latihan ini akan membalikkan efek stres yang melibatkan bagian parasimpatetik dari sistem syaraf pusat sesuai dengan teori Domin (2001) yaitu relaksasi akan menghambat peningkatan syaraf simpatetik, sehingga hormon penyebab perubahan sistem tubuh dapat dikurangi jumlahnya. Sistem syaraf parasimpatetik memiliki fungsi kerja yang berlawanan dengan syaraf simpatetik yaitu memperlambat atau memperlemah kerja alat-alat internal tubuh. Akibatnya, terjadi penurunan detak jantung, irama nafas, tekanan darah, ketegangan otot, tingkat metabolisme, dan produksi hormon penyebab stres. Seiring dengan penurunan tingkat hormon penyebab stres, maka seluruh tubuh mulai berfungsi pada tingkat lebih sehat dengan lebih banyak energi. Keadaan ini sangat efektif untuk keberhasilan persalinan kala II yaitu kekuatan his yang *continue* karena otot tidak mudah lelah dan kekuatan mengejan ibu menjadi optimal.

### KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 55 ibu bersalin yang melaksanakan senam hamil berdasarkan paritasnya, dapat disimpulkan bahwa : Sebagian besar keadaan his normal pada primipara dan hampir setengahnya keadaan his normal pada multipara. Sebagian besar keadaan bidang hodge normal pada primipara dan hampir setengahnya keadaan bidang hodge normal pada multipara . Sebagian besar berat bayi lahir  $\leq 4000$  gram pada primipara dan hampir setengahnya berat bayi lahir  $\leq 4000$  gram pada multipara.

Mengingat senam hamil dapat meningkatkan persalinan yang cepat dan aman tanpa memandang primipara ataupun multipara. Maka bagi masyarakat khususnya ibu hamil mulai usia kehamilan 28 minggu disarankan agar rutin menjalankan senam hamil. Mengingat banyaknya manfaat yang dapat diperoleh dari pelaksanaan senam hamil maka sebaiknya pelayanan kesehatan baik di Rumah Sakit, Klinik Kebidanan dan Bidan praktek Mandiri khususnya di RB Al- Hikmah sukorejo Ponorogo untuk menyediakan sarana yang lengkap (menyediakan matras, AC, penerangan cukup dan tempat yang luas) untuk kenyamanan dalam mengajarkan senam hamil bagi ibu hamil.

### DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Poppy. 2010. *Serba- Serbi senam Hamil*. Yogyakarta: Intan Medika.
- Arikunto, Suharsini. 2003. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- , Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, Azrul. 2010. *Acuan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: JNPK-KR.
- Cunningham, F. Garry. 2006. *Obstetri Williams Edisi 21*. Jakarta: EGC.
- Domin, V. (2001). *Relaxation-How Good Are You at Relaxing?* www.hypnosis update.com. diakses tanggal 18 juni 2013
- Evariny. (2007). *Manfaat senam hamil bagi ibu hamil*. <http://manfaat-senam-hamil.com/> diakses tanggal 16 Februari 2012.
- Hendarmin, A dan Siti Hindun. 2003. *Pengaruh Senam Hamil terhadap Proses Persalinan Normal di Klinik YK Madira Palembang*. Ilmu Kedokteran Keluarga Fakultas Kedokteran Unsri.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Huliana, Mellysia. 2007. *Panduan Menjalani Kehamilan Sehat*. Yogyakarta: Intan Medika.
- Joeharno, SKM. 2006. *Beberapa Faktor Risiko Kejadian Bblr Di Rumah Sakit Al Fatah Ambon Periode Januari – Desember Tahun 2006*.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Mareyke, A. 2003. *Profil Kehamilan pada Usia 35 Tahun atau Lebih di RSUP Manado 1 Januari 2001- 31 Desember 2002*. Skripsi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi.
- Mariani dan Nunik, P. 2003 *Praktik Senam Hamil Hubungannya dengan Kelancaran Proses Persalinan. Karya Tulis Ilmiah*. Akademi Kebidanan Yayasan RS Islam Surabaya
- Mochtar, Rustam. 2002. *Sinopsis Obstetri*. Jilid II. Jakarta: EGC.
- Nirwana, Ade Benih. 2011. *Kapita Selekta Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Oxorn, Harry dan William R forte. 2010. *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM).
- Proverawati, Atikah dan Eni Rahmawati. 2010. *Senam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Sabarguna, Boy S. 2008. *Karya Tulis Ilmiah untuk Mahasiswa DIII Kesehatan*. Jakarta: Sagung Seo.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP
- , 2008. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBPSP
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2010. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabet.
- Winkjosastro, Hanifa. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBPSP.
- Varney, Helen. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- , 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Yuliarti, Nurheti. 2010. *Panduan Lengkap Olahraga Bagi Wanita Hamil dan Menyusui*. Jakarta : Andi.

## PELAKSANAAN PSIKO TEST PADA SIPENSIMARU DALAM PENINGKATAN KUALITAS LULUSAN MAHASISWA KEBIDANAN

Suparji

(Program Studi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

Hery Sumasto

(Program Studi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

Teta Puji Rahayu

(Program Studi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

Tumirah

(Program Studi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### ABSTRAK

Sipensimaru adalah sistem penerimaan mahasiswa baru dilingkungan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Tujuannya untuk menyeleksi atau memperoleh calon mahasiswa baru yang berkualitas yang akan masuk di lingkungan Politeknik Kesehatan. Masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimanakah gambaran hasil penelusuran psikologis melalui psikotests peserta Sipensimam yang diterima sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian korelatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectiona*. Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa semester VI di Jurusan Kebidanan sebanyak 222 mahasiswa, teknik sampling menggunakan teknik simple random sampling. Variabel penelitian meliputi variable independent yaitu psikotest mahasiswa dan variable kualitas lulusan mahasiswa berdasarkan indeks prestasi kumulatif sebagai variable dependent. Pengumpulan data dengan menggunakan pendekatan studi dokumentasi. Analisa data dengan menggunakan pendekatan statistik diskriptif dan analitik yaitu uji Kendall Tau, dengan tarap kesalahan 0.05. Hasil penelitian secara diskriptif adalah dari gambaran hasil psiko test dari aspek kecerdasan intelektual menunjukkan secara umum kecerdasan intelektual berada pada kategori cukup yaitu mencapai 41%. Gambaran kematangan sosial mahasiswa saat masuk secara umum berada pada kategori 69,9%. Gambaran hasil kesimpulan psikotest kelompok yang disarankan sebanyak 49%, dan ada yang tidak disarankan sebanyak 26,6%. Hasil kualitas lulusan mahasiswa dari IPK, kelompok  $IPK > 3.5$  sebanyak 4,2%, dan kelompok  $2,75-3.5$  sebanyak 87.3%. Sedangkan hasil Uji Kendal Tau dengan tingkat kesalahan  $\alpha 0.05$ , diperoleh hasil  $p = 0,004 < \alpha 0.05$ . Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada pengaruh positif hasil psiko test terhadap kualitas lulusan mahasiswa yang didasarkan atas perolehan indek prestasi selama enam semester.

Kata Kunci:

Psikotest, kualitas lulusan mahasiswa

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Dalam pelaksanaan seleksi mahasiswa baru di Poltekkes Kemenkes Surabaya, dilakukan bermacam-macam tahapan untuk memastikan bahwa mahasiswa yang akan diterima mampu mengikuti perkuliahan dengan baik dan mampu mencapai prestasi belajar yang optimal. Khusus untuk calon mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan selain mengikuti tahapan tes yang dilakukan oleh Direktorat Poltekkes Kemenkes Surabaya harus mengikuti psikotest atau yang sering dikenal dengan psikotest. Psikotest adalah tes yang dilakukan untuk mengukur aspek individu secara psikis. Tujuannya adalah (1) Untuk mengukur tingkat kecerdasan intelektual, Kematangan sosial serta melacak bakat, minat dan kepribadian mahasiswa serta kelanjutan studi, mengenali kelemahan dan kelebihan masing-masing aspek psikologis pada setiap diri mahasiswa, (2) Mengidentifikasi metode pengembangan untuk meningkatkan potensi siswa, (3) Menelusuri kesalahan belajar dan pengarahan selanjutnya (Bimbingan Konseling), serta mengukur kemajuan prestasi sekolah maupun prestasi umum siswa.

Pengukuran psikologi dalam psikotest memiliki makna yang luas, dan pada umumnya dipakai sebagai *second opinion* dari *technical test*. Permasalahan dalam penelitian ini menyangkut adakah pengaruh hasil penelusuran psikologis melalui psikotests peserta Sipensimam yang diterima sebagai mahasiswa terhadap kualitas lulusan mahasiswa.

Berdasarkan hasil penelusuran dari laporan pendidikan dalam lima tahun terakhir (2008/2009 - 2012/2013) kualitas lulusan mahasiswa (berdasarkan IPK) yang ada di Prodi Kebidanan Magetan sangat kecil angkanya dari IPK yang mencapai >3.5 yaitu hanya sekitar 4.9% dari total mahasiswa 204 lulusan. Sedangkan hasil dari psikotest mahasiswa baru saat masuk pada periode yang sama juga menunjukkan gambaran angka yang tinggi pada kategori tidak disarankan berdasarkan hasil rekomendasi ahli atau tim ahli dalam test tersebut. Dari kelompok mahasiswa yang tidak disarankan tersebut mencapai angka 40% yang tidak disarankan untuk dapat melanjutkan di jurusan kebidanan. Gambaran lain dari permasalahan mahasiswa yang terjadi dalam periode yang sama, diperoleh data ada 4 mahasiswa yang cuti selama mengikuti proses pendidikan, dan 2 mahasiswa harus dilakukan pemutusan studi dikarenakan tidak memenuhi syarat akademik berdasarkan absensi yang kurang memenuhi syarat (mencapai 90%), serta ada 2 mahasiswa yang mengundurkan diri dengan alasan diterima diperguruan tinggi lain.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kualitas lulusan dalam proses pendidikan. Faktor-faktor tersebut tidak dapat dipisahkan dari proses pendidikan atau proses belajar pada umumnya. Seperti dalam Ngalim (1996) menyebutkan faktor yang berpengaruh terhadap prestasi belajar seorang mahasiswa garis besar dapat dilihat dari faktor *row input*, faktor proses dan output sebagai keluaran dari proses ini berupa kualitas lulusan. Pendidikan adalah suatu usaha atau kegiatan yang dijalankan dengan sengaja, teratur dan berencana dengan maksud mengubah atau mengembangkan perilaku yang diinginkan. Penjaringan terhadap calon mahasiswa merupakan upaya awal yang dilakukan Poltekkes Kemenkes Surabaya dan diharapkan nantinya menghasilkan lulusan atau tenaga kesehatan yang profesional sesuai dengan bidang profesinya dan dapat bekerja untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan kebijakan yang ada untuk memperoleh mutu mahasiswa yang baik dan juga harapan lulusan yang berkualitas ada beberapa langkah upaya yang dilakukan. Upaya-upaya tersebut dilakukan mulai dari proses penerimaan mahasiswa baru yaitu melalui sistem penerimaan mahasiswa baru yang dilakukan oleh Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan RI dengan cara yang baik dan benar. Didalam sistem *Sipensimaru* tersebut dikembangkan berbagai cara untuk bisa melakukan seleksi dengan baik yaitu melalui seleksi administrasi, uji tulis dan jalur prestasi, uji kesehatan serta khusus jurusan kebidanan dilakukan psikotest yang dilakukan oleh tim ahli dalam bidang psikologi. Selain itu di aspek lain khususnya dalam proses pendidikan juga sering dilakukan kajian dari kurikulum kebidanan dimasa kurikulum yang dikembangkan adalah kurikulum berbasis kompetensi yang disesuaikan dengan kebutuhan konsumen. Menyangkut tentang pengukuran lulusan juga telah disusun instrumen penilaian hasil belajar yang diharapkan mampu mengukur ualitas lulusan sesuai dengan kaidah-kaidah evaluasi dalam bidang pendidikan.

#### **Rumusan Masalah**

1. Bagaimanakah gambaran hasil penelusuran psikologis melalui psikotests peserta *Sipensimam* yang diterima sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
2. Bagaimanakah gambaran kualitas lulusan mahasiswa yang diukur berdasarkan nilai indek prestasi mahasiswa sebagai sebagai hasil proses belajara mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
3. Adakah pengaruh yang signifikansi dari hasil psikotest mahasiswa peserta *Sipensimam* yang diterima sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya terhadap kualitas lulusan mahasiswa dengan indikator indek prestasi kumulatif selama enam semester .

#### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi hasil penelusuran psikologis melalui psikotests/psikotes peserta *Sipensimam* yang diterima sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
2. Mengidentifikasi kualitas lulusan mahasiswa yang diukur berdasarkan nilai indek prestasi kumulatif mahasiswa sebagai sebagai hasil proses belajara mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
3. Menganalisis signifikansi pengaruh hasil psikotest mahasiswa peserta *Sipensimam* yang diterima sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya terhadap kualitas lulusan mahasiswa dengan indikator indek prestasi kumulatif selama enam semester .

#### **METODE PENELITIAN**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian korelatip dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pemilihan jenis penelitian ini didasarkan atas

pertimbangan bahwa penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hasil suatu program dalam hal ini adalah pelaksanaan psikotest dalam Sipensimaru dan kualitas lulusan mahasiswa Progam Studi DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Variabel utama dalam penelitian ini adalah hasil psikotest mahasiswa yang diterima di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya, sebagai variable independent dan kualitas lulusan mahasiswa berdasarkan indeks prestasi kumulatif sebagai variable dependent.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa semester VI Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya yang meliputi mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Kampus Soetomo, Kampus Bangkalan dan Kampus Magetan. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian mahasiswa semester VI Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya yang meliputi mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Kampus Soetomo, Kampus Bangkalan dan Kampus Magetan melalui teknik sampling. Teknik pengambilan sample ditetapkan dengan Simpel Random Sampling . Jumlah sample setelah dihitung besarnya adalah 143 mahasiswa.

Sesuai dengan jenis data dalam penelitian ini yaitu data skunder, maka data diperoleh melalui studi dokumen dari laporan Sipensimaru dan laporan akhir program pendidikan berupa perolehan Indeks Prestasi Kumulatif mahasiswa selama 6 semester. Sesuai dengan jenis instrument pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui studi dokumen baik data variabel hasil psikotest maupun data variabel kualitas lulusan mahasiswa berupa Indeks Prestasi Kumulatif Hasil Belajar. Data yang telah dikumpulkan kemudian dikelompokkan, ditabulasi dan dientri untuk diolah lebih lanjut. Teknik analisa data yang digunakan adalah uji deskriptif dan uji Korelasi. Uji korelasi digunakan untuk mengetahui pengaruh hasil tes psikologi atau psikotes terhadap kualitas lulusan mahasiswa. Jenis uji statistik yang digunakan adalah Kendal Tau dengan tingkat kesalahan yang ditetapkan sebesar 5% ( $\alpha$  0.05).

## HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi hasil Psiko Test dari Parameter Aspek Kecerdasan Intektual

Intelegensi Umum	(f)	(%)
Kurang	30	21
Cukup Bawah	37	25.9
Cukup	35	24.5
Cukup Atas	27	18.9
Baik	14	9.8
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
Pemahaman		
Kurang Sekali	1	0.7
Kurang	11	7.7
Cukup Bawah	44	30.8
Cukup	58	40.6
Cukup Atas	28	19.6
Baik	1	7
Baik Sekali	0	0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
Penalaran		
Kurang Sekali	0	0
Kurang	4	2.8
Cukup Bawah	36	25.2
Cukup	55	38.5
Cukup Atas	42	29.4
Bai	6	4.2
Baik Sekali	0	0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
Berhitung		
Kurang Sekali	3	2.1
Kurang	12	8.4
Cukup Bawah	60	42
Cukup	49	34.3
Cukup Atas	18	12.6
Baik	1	0.7
Baik Sekali	0	0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Tabel 2. Distribusi Frekuensi hasil Psiko Test dari Parameter Aspek Kematangan Sosial Mahasiswa

Penyesuaian	(f)	(%)
Kurang Sekali	0	0
Kurang	0	0
Cukup Bawah	92	64.3
Cukup	50	35
Cukup Atas	1	0.7
Baik	0	0
Baik Sekali	0	0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Kemandirian	(f)	(%)
Kurang Sekali	0	0
Kurang	0	0
Cukup Bawah	47	32.9
Cukup	94	65.7
Cukup Atas	2	1.4
Baik	0	0
Baik Sekali	0	0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Motivasi	(f)	(%)
Kurang Sekali	0	0
Kurang	0	0
Cukup Bawah	19	13.3
Cukup	73	51
Cukup Atas	39	27.3
Baik	12	8.4
Baik Sekali	0	0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Data Tingkat Kecerdasan Intelektual Mahasiswa

Kecerdasan Intelektual	(f)	(%)
Kurang	7	4.9
Cukup Bawah	39	27.3
Cukup	59	41.3
Cukup Atas	37	25.9
Baik	1	.7
Total	143	100.0

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Data Tingkat Kematangan Sosial Mahasiswa

Kematangan Sosial	(f)	(%)
Cukup Bawah	37	25.9
Cukup	100	69.9
Cukup Atas	6	4.2
Total	143	100.0

Tabel 5. Distribusi Frekuensi hasil Kesimpulan dari Tes Psikologi Mahasiswa

Hasil Kesimpulan Tes Psikologi	(f)	(%)
Disarankan	70	49
Dipertimbangkan	25	17.5
Kurang Disarankan	10	7
Tidak Disarankan	38	26.6
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Data Kualitas Lulusan mahasiswa

Indek Prestasi Mahasiswa	(f)	(%)
< 2.75	6	4.2
2.75 – 3.50	125	87.4
> 3.50	12	8.4
Total	143	100

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Kesimpulan Hasil Psikotest Aspek Kecerdasan Intelektual dan Kualitas Lulusan Mahasiswa

Kecerdasan Intelektual	IPK			Total
	< 2.75	2.75-3.5	> 3.5	
Kurang	2	5	0	7
Cukup Bawah	3	36	0	39
Cukup	1	51	7	59
Cukup Atas	0	32	5	37
Baik	0	1	0	1
Total	6	125	12	143

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Data Kesimpulan Hasil Psikotest Aspek Kematangan Sosial dan Kualitas Lulusan Mahasiswa

Kematangan Sosial	IPK			Total
	< 2.75	2.75-3.5	> 3.5	
Cukup Bawah	3	31	3	37
Cukup	3	88	9	100
Cukup Atas	0	6	0	6
Total	6	125	12	143

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Data Kesimpulan Hasil Psikotest dan Kualitas Lulusan Mahasiswa

Hasil Tes Psikologi	IPK			Total
	< 2.75	2.75-3.5	> 3.5	
Tidak Disarankan	4 10.5%	32 84.2%	2 5.3%	38 100.0%
Kurang Disarankan	1 10.0%	9 90.0%	0 .0%	10 100.0%
Dipertimbangkan	1 4.0%	23 92.0%	1 4.0%	25 100.0%
Disarankan	0 .0%	61 87.1%	9 12.9%	70 100.0%
Total	6 4.2%	125 87.4%	12 8.4%	143 100.0%

Sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh hasil Psikotest terhadap kualitas lulusan mahasiswa sesuai dengan data variable yang ada maka uji statistic yang digunakan adalah uji korelasi . Jenis uji statistic yang digunakan adalah uji statistic *Kendall's tau* dengan tingkat kesalahan yang ditetapkan adalah  $\alpha$  0.05, Ho diterima apabila  $p > 0,05$  dan Ho ditolak apabila  $p < 0,05$ . Dari hasil perhitungan data Psikotest dan kualitas lulusan mahasiswa didapatkan hasil  $p = 0,005$  dengan demikian  $0,004 < 0,05$ , maka Ho ditolak yang berarti bahwa ada pengaruh hasil Psikotest terhadap kualitas lulusan mahasiswa. Berdasarkan hasil hitungan tersebut juga diperoleh hasil korelasi yang positif, dengan tingkat korelasi 0.22. Dengan demikian dapat disimpulkan semakin positif hasil Psikotest maka akan semakin baik pula kualitas lulusan mahasiswa yang dapat digambarkan melalui perolehan nilai IPK .

## PEMBAHASAN

### Gambaran Hasil Psikotest /Tes Psikologi

Berdasarkan hasil penelitian tentang nilai atau hasil test psikologi dari aspek kecerdasan intelektual ada empat parameter yang digunakan untuk mengukur kecerdasan intelektual mahasiswa. Parameter kecerdasan intelektual tersebut meliputi intelegensi umum, pemahaman, penalaran dan berhitung. Hasil penelitian tentang parameter kecerdasan intelektual dari tingkat kecerdasan umum menggambarkan bahwa sebagian besar mahasiswa memiliki IQ cukup. Telah kita ketahui bersama bahwa intelegensi (W.Stern) adalah suatu daya jiwa untuk dapat menyesuaikan diri dengan cepat dan tepat di dalam situasi baru. Dalam pengukuran atau penilaian penelitian ini IQ diartikan sebagai kemampuan untuk memahami dan memberikan respon secara benar pada informasi/instruksi yang diterima. Simon dan Binet menunjukkan bahwa dari parameter intelegensi umum menggolongkan tingkatan IQ seseorang dalam beberapa tingkatan meliputi Very Superior > 140, Superior 130-139, Above Average 120-129, High Average 110-119, Average 100-109, Low average 90-99, Below Average 80-89, Boderline < 80.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa hasil pengukuran IQ mahasiswa dalam penelitian ini masuk kategori cukup merupakan gambaran tingkat IQ High Average 110-119.

Data dari parameter pemahaman menggambarkan tingkat pemahan baik menduduki angka yang paling banyak .Pemahaman yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kemampuan menangkap inti dari suatu informasi atau permasalahan bahasa dan mengetahui maksudnya. Menurut Akhmad Sugianto,2012 pemahaman merupakan bagian dari parameter kecerdasan intelektual berupa kecerdasan *Linguistik* yang berarti kemampuan setiap diri individu dalam mengolah kata-kata secara efektif baik bicara ataupun menulis.

Berdasarkan hasil penelitian dari data yang ada tentang tingkat pemahaman mahasiswa ini dapat disimpulkan bahwa mahasiswa tersebut menunjukkan potensi yang baik dalam mengembangkan studinya di profesi kebidanan karena potensi yang dimiliki menyangkut dapat berargumentasi, meyakinkan orang lain, menghibur atau mengajar dengan efektif lewat kata-kata serta gemar membaca dan dapat mengartikan bahasa tulisan dengan jelas.

Penalaran adalah kemampuan dalam mengolah informasi atau permasalahan secara logis melalui tahapan yang efektif. Kecerdasan penalaran yang dimiliki mahasiswa berdasarkan hasil penelitian ini menggambarkan kondisi yang potensial dalam diri mahasiswa, dimana sebagian besar (38%) dari 143 mahasiswa berada pada tingkat kecerdasan penalaran tingkat cukup. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa mahasiswa ini banyak yang memiliki kemampuan dalam mengolah informasi atau permasalahan secara logis melalui tahapan yang efektif (Akhmad Sugianto, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian parameter berhitung dari aspek kecerdasan intelektual merupakan gambaran kemampuan mahasiswa dalam menyelesaikan persoalan matematik. Menurut Akhmad Sugianto,2012 aspek ini merupakan gambaran kecerdasan mahasiswa dalam matematik-logis yang artinya mahasiswa memiliki kecerdasan dalam hal angka dan logika (ilmuwan, akuntan, programmer). Biasanya ciri-ciri yang dimiliki bila individu memiliki kecerdasan ini diantaranya mudah membuat klasifikasi dan kategorisasi, memiliki kemampuan berpikir dalam pola sebab akibat, menciptakan hipotesis, memiliki pandangan hidupnya bersifat rasional.

Menurut Desmita (200), kematangan sosial adalah suatu potensi yang dibawa individu sejak lahir, timbul dan besatu dengan pembawaan serta turut mengatur pola perkembangan tingkah laku individu. Penilaian kematangan sosial dalam penelitian ini menyangkut tiga aspek penting yang berhubungan dengan potensi mahasiswa yang harus dikembangkan dan harus ada selama mengikuti proses pendidikan. Adapun parameter yang dimaksud adalah penyesuaian diri, kemandirian dan motivasi berprestasi.

Berdasarkan hasil penelitian ini hasil parameter penyesuaian diri pada mahasiswa menggambarkan sebagian besar berada pada tingkat kematangan penyesuaian diri cukup rendah yaitu mencapai angka 64.3% dari 143 mahasiswa. Menurut Doll( dalam Firin,dkk,1994) penyesuaian diri merupakan gambaran kemampuan setiap individu dalam melibatkan diri secara efektif dan dapat diterima di lingkungannya yang baru tanpa ada rasa cemas. Dari gambaran hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa mahasiswa masih diperlukan persiapan-persiapan sebelum dimulai proses pendidikan mengingat dari kondisi kemampuan penyesuaian diri masih relatif cukup bawah, yaitu melalui kegiatan sosial kampus yang menyangkut lingkungan sosial, termasuk juga program-program pendidikan yang akan dijalani.

Kemampuan kemandirian menurut Doll( dalam Firin,dkk,1994) disebut *self help* yang artinya kemampuan untuk menolong diri sendiri, dengan kata lain dapat melakukan sesuatu secara mandiri. Gambaran kematangan kemandirian mahasiswa dalam penelitian ini sebagian besar pada tingkat kemandirian cukup.Hal ini dapat disimpulkan bahwa mahasiswa sebagian besar telah memiliki kemampuan yang memadai dalam melakukan aktivitas sendiri dan atas inisiatif sendiri tanpa tergantung oleh dukungan dengan orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian dari parameter tingkat motivasi berprestasi mahasiswa berdasarkan hasil tes psikologi angka yang paling banyak adalah tingkat motivasi cukup Menurut Firin,dkk,(1994) motivasi berprestasi merupakan aspek kematangan sosial berupa *Occupation* yaitu menyangkut kemampuan individu untuk mengerjakan tugas yang telah diberikan atau diikuti dengan adanya peningkatan proses belajar. Gambaran ini dapat disimpulkan bahwa kematangan motivasi dalam berprestasi dapat diartikan adanya dorongan untuk menyelesaikan suatu tugas dengan berbagai tantangan yang ada demi mencapai keberhasilan yang maksimal.

Berdasarkan hasil penelitian dari kesimpulan hasil tes psikologi mahasiswa menunjukan jumlah mahasiswa yang disarankan mencapai 49% dari 143 mahasiswa. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa mahasiswa yang diterima telah memiliki kesiapan psikologis dalam mengikuti program pendidikan. Hal ini ditunjukkan dari rekomendasi ahli psikologi atau psikolog terhadap mahasiswa. Pada usia mahasiswa adalah masa remaja akhir yang merupakan masa transisi memasuki masa dewasa awal menurut Hurlock pada masa ini individu sudah mencapai tugas perkembangan tingkat emosi yang

matang, kecerdasan intelektual, dan pada masa ini pula remaja telah mencapai independensinya. Sedangkan menurut William Kay (dalam Yusuf, 2007) masa remaja akhir telah mencapai tugas perkembangannya dalam menerima keadaan fisiknya, mencapai kemandirian, mengembangkan komunikasi interpersonalnya dan telah mampu meniggalkan sikap kekanak-kanakannya.

Dengan gambaran diatas dapat disimpulkan bahwa rekomendasi disarankan dalam kesimpulan test psikologi tersebut mengandung pemahaman kesiapan individu secara psikologis yang menyangkut aspek kecerdasan intelektual, kematangan sosial dan bakat yang dimiliki untuk dapat melanjutkan ke jenjang tinggi sesuai dengan potensi diri individu tersebut.

Kualitas lulusan mahasiswa yang dimaksud dalam penelitian ini adalah merupakan hasil gambaran mahasiswa yang diukur berdasarkan perolehan nilai kumulatif selama enam semester yang dapat dilihat dari perolehan Indek Prestasi Kumulatifnya (IPK) . Indeks prestasi adalah nilai kredit rata-rata yang merupakan satuan nilai akhir yang menggambarkan mutu penyelesaian suatu program studi. Indeks prestasi digunakan sebagai tolok ukur keberhasilan mahasiswa dalam bidang akademik ketika mengikuti kegiatan perkuliahan. (Seifful,2002).

Hasil penelitian diketahui bahwa mayoritas mahasiswa memiliki nilai prestasi belajar antara 2.75-3.5. Hal ini menunjukkan bahwa para mahasiswa dapat dikatakan mampu mengikuti proses perkuliahan dengan baik. Proses pembelajaran yang baik juga didukung dari faktor dari diri mahasiswa sendiri atau faktor internal dan juga faktor dari luar, (Soekanto,1998). Masih menurut Zaenal Arifin (1990:2) dalam bidang pengajaran, prestasi belajar merupakan faktor yang perlu diperhatikan .

Lebih singkat permasalahan belajar dikemukakan oleh Good and Brophy juga yang dikutip oleh Ngalim Purwanto,1996:85 bahwa belajar merupakan suatu proses yang tidak dapat dilihat dengan nyata, proses itu terjadi di dalam diri seseorang yang sedang mengalami belajar. Pemahaman tersebut mengandung pengertian bahwa belajar terjadi bukan tingkah laku yang nampak, tetapi merupakan bentuk proses yang terjadi secara internal di dalam diri individu dalam usahanya memperoleh hubungan-hubungan berupa: antara perangsangan-perangsangan, antara reaksi-reaksi, atau antara perangsang dan reaksi.

Gambaran lain yang menguatkan dugaan tersebut adalah dari hasil penelitian hasil test psikologi dan kualitas lulusan mahasiswa yang diukur berdasarkan nilai hasil belajar selama enam semester berupa IPK dalam penelitian ini menunjukkan kelompok mahasiswa yang memiliki tingkat kecerdasan intelektual cukup atas mampu memperoleh prestasi yang sangat memuaskan sampai prestasi dengan pujian ( 2.75-3.5 dan >3.5).Demikian juga hasil penelitian dari tingkat kematangan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok mahasiswa dengan tingkat kematangan yang cukup. Menunjukkan prestasi yang sangat memuaskan pula dimana IPK yang diperoleh mencapai 2.75-3.5 dan > 3.5. Sedangkan hasil penelitian yang didasarkan atas kesimpulan test psikologi menunjukkan kelompok mahasiswa yang disarankan mampu memiliki kualitas yang baik hal ini tergambar dari IPK yang diperoleh selama menempuh proses pendidikan.(87.1%) dari 70 mahasiswa adalah kelompok disarankan.

### **Pengaruh Hasil Tes Psikologi terhadap Kualitas Mahasiswa**

Hasil uji statistik data tes psikologi dan kualitas lulusan mahasiswa didapatkan ada pengaruh yang signifikan hasil tes psikologi terhadap kualitas lulusan mahasiswa. Berdasarkan hasil hitungan tersebut juga diperoleh hasil korelasi yang positif, dengan tingkat korelasi 0.22. Dengan demikian dapat disimpulkan semakin positif hasil tes psikologi maka akan semakin baik pula kualitas lulusan mahasiswa yang dapat digambarkan melalui perolehan nilai IPK. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian NACE(1988) yang menyebutkan bahwa aspek keberhasilan mahasiswa dalam meraih prestasi belajar yang optimal semata-mata dipengaruhi oleh aspek intelegensi (IQ), tetapi lebih pada bagaimana seseorang atau mahasiswa mengelola kondisi respon emosional. Hal ini menurut Purwanto(1999) menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi proses dan hasil belajar adalah faktor kematangan,, kecerdasan, latihan, motivasi dan faktor pribadi, faktor keluarga , lingkungan, kesempatan yang tersedia dan motivasi sosial, sehingga tingginya prestasi belajar mahasiswa yang baik dapat disebabkan karena berbagai macam faktor tersebut.

Proses belajar perlu dilihat secara menyeluruh, mengingat proses di dalamnya merupakan kejadian atau peristiwa yang melibatkan beberapa unsur yang terlibat didalamnya. Lebih singkatnya bahwa proses belajar perlu dipahami dari suatu proses dalam sistem. Oleh karena itu hal-hal yang terlibat khususnya faktor-faktor penting yang sangat erat hubungannya dengan proses belajar perlu dipertimbangkan. Faktor-faktor tersebut dinataranya seperti yang dikutip Ngalim Purwanto,1996:86 terdiri dari kematangan, penyesuaian diri, mengingat, pengertian, berfikir dan latihan.

Benyamin S Bloom yang ditulis kembali oleh Saefuddin Asawar (2000:8) membagi kawasan belajar yang selanjutnya, disebut tujuan pendidikan menjadi tiga, yaitu kawasan kognitif, afektif, dan kawasan psikomotor. Prestasi belajar atau hasil belajar haruslah mencerminkan ketiga kawasan atau tujuan belajar itu. Selain itu Saefuddin Azwar (2000:9) secara implisit menyebutkan bahwa prestasi belajar adalah fenomena maksimal seseorang dalam menguasai bahan-bahan atau materi yang telah dijabarkan. Sedangkan Zaenal Arifin (1990:2) mengaitikan prestasi belajar dilihat dari pengukuran kemampuan, ketrampilan dan sikap seseorang dalam menyelesaikan sesuatu.

Dari uraian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa berdasarkan hasil penelitian dapat diartikan bahwa potensi psikologis calon mahasiswa sangat menentukan keberhasilan dalam mencapai atau memperoleh prestasi dalam belajar. Aspek aspek psikologis yang utama dan perlu diperhatikan dalam mencapai prestasi belajar di jurusan kebidanan khususnya dan kesehatan umumnya adalah aspek kecerdasan intelektual dan kematangan sosial tanpa mengesampingkan bakat yang dimiliki mahasiswa.

### KESIMPULAN

Hasil analisis pengaruh hasil test psikologi dan kualitas lulusan mahasiswa yang diukur berdasarkan Indeks Prestasi Kumulatif Mahasiswa adalah ada pengaruh yang signifikan, dan menunjukkan korelasi yang positif, hal ini dapat disimpulkan bahwa semakin baik / positif hasil test psikologi mahasiswa maka akan berpengaruh pada peningkatan kualitas mahasiswa atau prestasi yang dicapai oleh mahasiswa.

### DAFTAR PUSTAKA

- Abu Ahmadi, 1991, *Pengelolaan Pengajaran*, Rineka Cipta, Jakarta.  
Abu Ahmadi, 1991, *Psikologi Belajar*, Rineka Cipta, Jakarta.  
Ahmad Watik P, 2003, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.  
Ahmad Sugianto, <http://akhmad-sugianto.blogspot.com/2012/11/aspek-aspek-kecerdasan-manusia.html>, Study Center, Blogger ini berisi materi mengenai Program Studi Bimbingan Konseling. berbagai macam pendekatan, diakses tanggal 19 september 2014.  
Barium Bungin, 2005, Analisis Data Penelitian Kualitatif, Radja Grafindo Persada, Jakarta.  
Depkes, 2007, Petunjuk teknis Pelaksanaan Sipansamaru Diknakes, BPPSDM, Jakarta.  
Lembaga Psikologi Unair, 2011, Hasil Psikogram Mahasiswa Baru Jurusan Kebidanan, Surabaya.  
Ngalini P, 1996, *Psikologi Pendidikan*, Remaja Rosdakarya, Bandung.  
Riduwan, 2005, *Metoda dan Teknik Menyusun Tesis*, Alfabeta, Bandung.  
Sudjana, 1996, *Metoda Statistika*, Tarsito, Bandung.  
Sctiadi, 2007, *Konsep dan Penulisan Rise I Keperawatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.  
Subana, 2001, *Dasar-Dasar Penelitian Ilmiah*, Pustaka Sctia, Bandung.  
Suharsimi Arikunto. 1995. *Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan*. Bumi Aksara, Yogyakarta.  
Suharsimi Arikunto, 1995, *Manajemen Penelitian*, Rineka Cipta, Jakarta.  
Suparji,dkk, 2010, *Pengaruh nilai ujian Masuk, IQ dan motivasi berprestasi terhadap prestasi Hasil Belajar Mahasiswa*, Buku Jurnal Penelitian Kesehatan, Vol.I. No. 2 April 2010, Suara Forikes:, Magetan.  
Suryabrata Sumadi, 1996, *Psikologi Pendidikan*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.  
Suryabrata Sumadi, 1997, *Proses Belajar Mengajar di Sekolah*, PT Rineka Cipta, Jakarta.  
Syaifuldin Azwar, 2000, *Tes Prestasi*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.  
Syaiful Bahri, 1994, *Prestasi Belajar dan Kompetensi Guru*, Renika Cipta Jakarta.  
Zaenal Arifin. 1990, *Evaluasi Instruksional*, PT Remadja Rosdakarya, Ba

## FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERNIKAHAN USIA MUDA

N. Surtinah  
(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### ABSTRAK

Pernikahan usia muda di Kecamatan Kartoharjo, Kabupaten Magetan, menunjukkan angka yang tinggi sebanyak 14,3%. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang faktor penyebab pernikahan usia muda di Kecamatan Kartoharjo Kabupaten Magetan, dengan melakukan penelitian dari tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap dan status ekonomi keluarga. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif, dengan populasi ibu yang menikah di usia muda di Kecamatan Kartoharjo Kabupaten Magetan sebanyak 57 orang, sampel diambil dari total populasi, dengan variabel tunggal, tehnik pengumpulan data dengan kuesioner, analisa secara deskriptif, penyajian data dalam bentuk tabel dan diagram. Hasil penelitian menggambarkan ibu yang menikah di usia muda pada tingkat pendidikan dasar 77,2%, pendidikan menengah 22,8%, pendidikan tinggi 0%, pengetahuan baik 10,55%, pengetahuan cukup 78,9%, dan pengetahuan kurang 10,55%, sikap positif 50,89%, sedangkan yang memiliki sikap negatif 49,11%, tingkat keluarga sejahtera I 1,75%, sebagian besar memiliki tingkat sosial ekonomi keluarga sejahtera II sebanyak 94,74%, pada tingkat sosial ekonomi sejahtera III sebanyak 3,51%, sementara itu tingkat sosial ekonomi keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera III plus 0%. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa gambaran faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda karena pendidikan yang kurang, pengetahuan yang cukup, sikap ibu yang positif dan sosial ekonomi Keluarga Sejahtera II. Walaupun pengetahuan cukup dan sikap yang positif namun tidak berpengaruh pada terjadinya pernikahan usia muda. Saran bagi masyarakat agar lebih peduli terhadap kesehatan reproduksi remaja, sehingga mampu melakukan penundaan usia nikah hingga pada usia 20 tahun, selain itu diharapkan orangtua dan guru mampu menanamkan moral agama sedini mungkin pada remaja untuk meningkatkan keimanan/keyakinan pada remaja agar terhindar dari perilaku yang menyimpang, dan bagi pemegang kebijakan untuk melakukan kaji ulang terhadap batasan usia menikah bagi wanita.

Kata kunci:  
perilaku kesehatan, pernikahan usia muda.

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang Masalah

Pernikahan usia muda adalah perkawinan yang terjadi pada wanita berusia kurang dari 18 tahun dan laki-laki kurang dari 20 tahun (DepKes RI, 2004). Terjadinya pernikahan sebelum usia reproduksi sehat diduga dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya pergaulan dengan temannya, kurangnya pengetahuan, rendahnya tingkat pendidikan yang disebabkan latar belakang sosial ekonomi keluarga yang rendah, faktor lingkungan/kebiasaan setempat, terbukanya akses informasi teknologi (Manuaba, 2002). Menurut Undang-Undang No 1 tahun 1974, pernikahan boleh dilakukan jika wanita usia 16 tahun dan laki-laki 19 tahun, namun jika dilihat dari kesehatan reproduksinya untuk wanita berusia 20 tahun dan laki-laki 25 tahun.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010), pernikahan pada usia 15-19 tahun mencapai 41,9 persen. Masih terdapat pula pernikahan pada usia sangat muda yakni usia 10-14 tahun sebesar 4,8 persen. Dari hasil pengkajian data di Kabupaten Magetan selama 2 tahun terakhir (Maret 2011-Februari 2013) jumlah pernikahan sebanyak 9.970, yang menikah di bawah usia 16 tahun sebanyak 368 (3,7%). Sedangkan di Kecamatan Kartoharjo jumlah pernikahan sebanyak 398, yang menikah dengan usia kurang dari 20 tahun sebanyak 57 (14,3%) kasus (data KUA Kecamatan Kartoharjo).

Peneliti tidak ingin mengatasi dampak dari pernikahan usia muda, tetapi hanya ingin mengetahui faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda. Solusi dari permasalahan tersebut yang sudah dilakukan yaitu membantu pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) pada anak SD kelas VI, SMP, serta SMA. Sebagai upaya untuk mengenalkan KRR, peningkatan pengetahuan orang tua dan remaja putri tentang arti reproduksi sehat pernikahan usia muda dan dampak yang ditimbulkan dari pernikahan tersebut. Di lembaga non formal melalui kegiatan karang taruna penyuluhan ibu PKK desa/kecamatan, namun upaya tersebut belum menunjukkan perubahan yang maksimal sebab dimungkinkan masalah terjadinya pernikahan usia muda belum terdeteksi secara tepat, sehingga penanganan yang diambil juga

belum tepat. Selain upaya di atas untuk menanggulangi hendaknya ada upaya-upaya yang harus diambil untuk mendewasakan usia pernikahan diantaranya memberikan kesempatan mengikuti pendidikan, memperoleh pekerjaan, melaksanakan Undang-Undang yang berlaku, aktif pada kegiatan kemasyarakatan, dan penyuluhan pada orang tua yang berfikir kolot (BKKBN, 2000:20). Harapan peneliti setelah diketahui penyebab dari pernikahan usia muda tersebut dapat mencegah terjadinya pernikahan usia muda. Selain itu, bagi remaja yang sudah menikah di usia muda diharapkan dapat menjaga kesehatan reproduksinya. Jika dalam keadaan hamil harus rutin memeriksakan kehamilannya dan konsultasi ke tenaga kesehatan bila mengalami gejala seperti mual muntah berkepanjangan, anemia, tekanan darah meningkat, dll. agar persalinannya aman dan bayinya sehat. Sehingga tidak terjadi komplikasi baik dalam kehamilan, persalinan pada janin maupun masa nifasnya.

### **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Apakah faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda di Kecamatan Kartoharjo?"

### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi tingkat pendidikan remaja yang menikah di usia muda.
2. Mengidentifikasi pengetahuan remaja tentang pernikahan di usia muda.
3. Mengidentifikasi sikap remaja yang menikah di usia muda.
4. Mengidentifikasi status ekonomi keluarga yang menikah di usia muda.

### **Manfaat Penelitian**

Penelitian ini dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan perkembangan kesehatan reproduksi terutama tentang faktor yang mempengaruhi terjadinya pernikahan usia muda, sehingga dapat menurunkan angka pernikahan usia muda dan dampak dari pernikahan usia muda.

### **METODE PENELITIAN**

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif untuk menggambarkan faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja yang sudah menikah di usia muda di Kecamatan Kartoharjo, Kabupaten Magetan selama 2 tahun terakhir periode Bulan Maret 2011-Februari 2013 yaitu berjumlah 57 responden yang tersebar di 10 desa, yaitu desa Kartoharjo (13 orang), desa Sukowidi (10 orang), desa Ngelang (3 orang), desa Pencol (3 orang), desa Jajar (1 orang), desa Gunungan (1 orang), desa Jeruk (7 orang), desa Karangmojo (7 orang), desa Mrahu (5 orang), desa Bayem (7 orang). Dalam penelitian ini seluruh populasi akan diteliti sehingga tidak memerlukan tehnik sampling. Variabel penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda meliputi pendidikan, pengetahuan, sikap, dan status ekonomi.

Data yang dikumpulkan adalah data sekunder dan data primer. Data sekunder berupa nama, tempat tanggal lahir dan alamat yang diperoleh dari KUA Kecamatan Kartoharjo dan data primer diperoleh langsung dengan melakukan wawancara dan pembagian kuesioner ke responden di rumahnya masing-masing. Pengambilan data primer dilakukan di 10 desa wilayah Kecamatan Kartoharjo dari rumah ke rumah. Pada penelitian ini instrumen yang digunakan diambil dari beberapa sumber yaitu Dyah Margaratna, Diahhadi S., Kanti Sareh dan BKKBN. Instrumen yang digunakan untuk masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

1. Pendidikan, instrumen yang digunakan adalah ijasah/foto copi ijazah responden yang terakhir yang diperoleh secara formal.
2. Pengetahuan, menggunakan kuesioner yang terdiri dari 18 pertanyaan tertutup, dikategorikan baik, cukup, kurang. Pertanyaan positif : benar nilai 1 dan salah nilai 0, pertanyaan negatif : benar nilai 0 dan salah nilai 1. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dan soal tersebut sudah diuji validitas (significant 0,05) dengan nilai r tidak boleh kurang dari 0,482 dan reliabilitasnya dengan nilai r tidak boleh kurang dari 0,60. Untuk hasilnya dapat dilihat pada lampiran.
3. Sikap, instrumen berupa kuesioner tertutup terdiri dari 10 pernyataan. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti dan sudah diuji validitas (significant 0,05) dengan nilai r tidak boleh kurang dari 0,666 dan reliabilitasnya dengan nilai r tidak boleh kurang dari 0,60. Untuk hasilnya dapat dilihat pada lampiran.

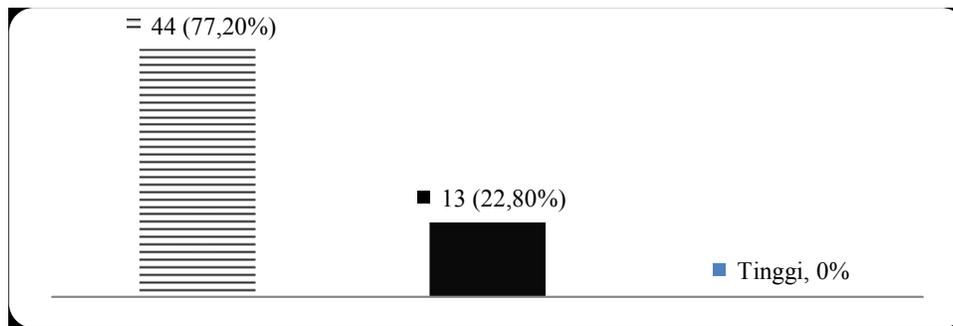
Pernyataan favourable : sangat setuju nilai 5, setuju nilai 4, tidak ada pendapat nilai 3, tidak setuju nilai 2, sangat tidak setuju nilai 1.

Pernyataan unfavourable : sangat setuju nilai 1, setuju nilai 2, tidak ada pendapat nilai 3, tidak setuju nilai 4, dan sangat tidak setuju nilai 5.

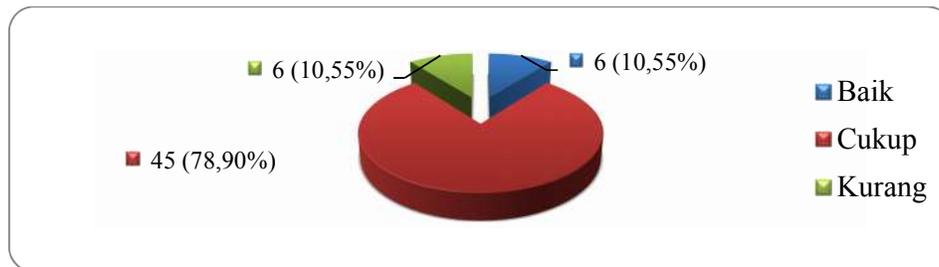
- Status ekonomi, instrumen berbentuk check list terdiri dari satu pertanyaan dimana peneliti melakukan wawancara kepada responden kemudian peneliti memberikan tanda centang (√) pada kolom yang sesuai.

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa deskriptif yaitu untuk menggambarkan faktor penyebab pernikahan usia muda dalam bentuk tabel dan diagram. Setelah data ditabulasi kemudian dikelompokkan sesuai dengan variabel yang diteliti, adapun data yang disajikan antara lain:

### HASIL PENELITIAN



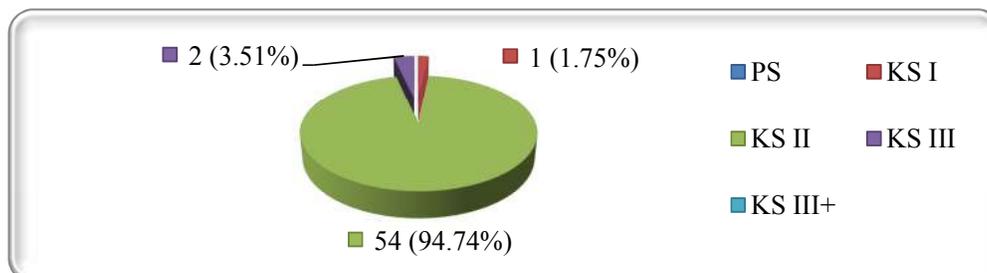
Gambar 1. Distribusi tingkat pendidikan pada pernikahan usia muda di Kecamatan Kartoharjo Magetan



Gambar 2. Tingkat ibu yang menikah di usia muda di Kecamatan Kartoharjo Magetan

Tabel 1. Distribusi sikap ibu yang menikah diusia muda di Kecamatan Kartoharjo Magetan

Sikap	Frekuensi	Persentase
Positif	29	50,89%
Negatif	28	49,11%
Jumlah	57	100%



Gambar 3. Status sosial ekonomi ibu yang menikah diusia muda, di Kecamatan Kartoharjo Magetan

## PEMBAHASAN

### **Faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda berdasarkan tingkat pendidikan**

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Dyah Margaratna (2007) tentang faktor yang menyebabkan pernikahan dini di desa trengguli Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara menuliskan bahwa kurangnya informasi salah satunya dilihat dari tingkat pendidikan dasar sebanyak sebanyak 40%. Fakta dalam penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa perkawinan usia muda dipengaruhi oleh faktor rendahnya tingkat pendidikan sehingga tidak mengetahui secara pasti dampak dari perkawinan usia muda (DepKes RI, 2004). Berdasarkan UU No.20 (2003), pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan mencakup seluruh proses kehidupan dan segala bentuk interaksi dengan lingkungannya. Di Indonesia kasus-kasus tersebut diperburuk dengan tidak adanya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja terutama di tiap sekolah (Kompas, 2008). Banyaknya pernikahan usia muda di Kecamatan Kartoharjo Kabupaten Magetan dimungkinkan disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan yang dimiliki, sehingga tidak mengetahui secara pasti dampak dari pernikahan usia muda.

### **Faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda berdasarkan tingkat pengetahuan**

Menurut penelitian Kanti Sareh (2009) di Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi menggambarkan bahwa wanita yang menikah dibawah usia reproduksi sehat pada tingkat pengetahuan baik 47,5%, cukup 30% dan kurang 22,5%. Fakta dalam penelitian ini tidak sesuai dengan teori perubahan perilaku menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2003), bahwa kesehatan seseorang atau kelompok dipengaruhi tiga faktor, salah satunya yaitu faktor predisposisi yang mencakup pengetahuan, misalnya remaja yang menikah diusia muda diperlukan pengetahuan yang cukup tentang resiko dari pernikahan tersebut terutama pada kehamilan dan persalinannya. Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini dapat terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni: indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*).

Solusi dari permasalahan tersebut yang bisa dilakukan antara lain dengan meningkatkan pengetahuan orang tua dan remaja putri tentang arti reproduksi sehat, misalnya di lembaga non formal melalui kegiatan karang taruna ibu PKK desa/kecamatan sebagai upaya untuk mengenalkan kesehatan reproduksi sehat (KRR), selain itu juga dapat dilakukan dengan meningkatkan kegiatan keagamaan agar remaja terbebas dari pergaulan bebas yang dapat merugikan diri sendiri dan oranglain.

### **Faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda berdasarkan sikap ibu**

Menurut penelitian Yuli Kusriani (2008) tentang penyebab pernikahan di bawah usia reproduksi sehat didapatkan sikap mendukung 71%, dan tidak mendukung 29%. Berdasarkan hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori Green yang menunjukkan bahwa perilaku kesehatan kemungkinan tidak dipengaruhi oleh sikap ibu itu sendiri, tetapi bisa juga dipengaruhi oleh sikap dan tokoh masyarakat atau lingkungan setempat. Termasuk juga di sini peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan, Undang-Undang misalnya Undang-Undang tentang perkawinan No 1 tahun 1974 disebutkan bahwa usia minimal untuk menikah bagi wanita adalah 16 tahun dan 19 tahun bagi laki-laki. Sedangkan usia reproduksi sehat adalah usia dimana organ-organ reproduksi telah mampu melakukan fungsinya secara utuh yaitu wanita yang sudah berusia 20 tahun sampai dengan usia 30 tahun, pada usia 20 tahun pertumbuhan tubuh telah selesai dan rahim telah siap untuk menerima pertumbuhan janin, sedang pada usia dibawah 20 tahun adalah masa pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan hasil survey yang dilakukan sebagian besar ibu yang menikah diusia muda karena kehamilan diluar nikah, hal ini kemungkinan disebabkan rendahnya tingkat keyakinan/keimanan remaja tersebut sehingga mereka terjerumus dalam pergaulan bebas. Sesuai dengan penelitian Melen (2010) tentang "Hubungan antara pendidikan seks dengan sikap terhadap hubungan seks diluar nikah pada siswa SMA", mengatakan bahwa bila siswa berasal dari lingkungan keluarga yang berpendidikan agama kuat maka terbentuk pribadi yang

taat beragama sehingga akan menolak terhadap hubungan seks diluar nikah. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif, dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan pendidikan tentang moral agama sedini mungkin pada remaja untuk meningkatkan keimanan/keyakinan pada remaja agar terhindar dari perilaku yang menyimpang, selain itu juga dibutuhkan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan.

### **Faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda berdasarkan tingkat sosial ekonomi keluarga**

Hasil penelitian tentang gambaran faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda di Kecamatan Kartoharjo, Kabupaten Magetan tahun 2011-2012 dari status sosial ekonomi keluarga menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki tingkat sosial ekonomi keluarga sejahtera II sebanyak 94,74%. Menurut Dyah Margaratna (2007) dari hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang menyebabkan pernikahan dini salah satunya dari status ekonomi. Hal ini sesuai dengan pernyataan DepKes RI (2004) bahwa pernikahan juga dilakukan sebagai pilihan terakhir atau jalan keluar dari suatu kesulitan yang dihadapi keluarga, karena alasan tingkat sosial ekonomi yang rendah, juga sebagai perwujudan dari kepatuhan anak terhadap keputusan orang tua. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa status ekonomi keluarga juga berpengaruh terhadap meningkatnya angka pernikahan usia muda, untuk itu dapat dilakukan dengan meningkatkan status ekonomi keluarga, memberikan lapangan pekerjaan bagi yang belum mendapatkan pekerjaan tetap. Selain itu juga dapat memberikan pendidikan kepada keluarga mengenai tanggung jawab keluarga.

### **KESIMPULAN**

Pendidikan dasar memberikan kontribusi sebagian besar terhadap faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda. Pengetahuan cukup memberikan kontribusi sebagian besar terhadap faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda. Sikap ibu yang mempengaruhi pernikahan usia muda setengahnya bersikap positif. Keluarga sejahtera II memberikan kontribusi sebagian besar terhadap faktor yang mempengaruhi pernikahan usia muda.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi informasi pada masyarakat agar lebih peduli terhadap kesehatan reproduksi remaja, sehingga mampu melakukan penundaan usia nikah hingga pada usia 20 tahun, selain itu diharapkan orangtua dan guru mampu menanamkan moral agama sedini mungkin pada remaja untuk meningkatkan keimanan/keyakinan pada remaja agar terhindar dari perilaku yang menyimpang, dan bagi pemegang kebijakan untuk melakukan kaji ulang terhadap batasan usia menikah bagi wanita. Bagi ibu diharapkan dapat menjaga kesehatan reproduksinya. Jika dalam 1 tahun harus rutin memeriksakan kehamilannya dan konsultasi ke tenaga kesehatan bila mengalami nyeri haid, muntah berkepanjangan, anemia, tekanan darah meningkat, dll. agar persalinan dan bayinya sehat. Sehingga tidak terjadi komplikasi baik dalam kehamilan, persalinan pada janin maupun masa nifasnya.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Agus, M.2010.*Pernikahan Dini Awal Masalah Kesehatan Perempuan*.  
<http://nasional.kompas.com/read/2012/06/05/17242797/Pernikahan.Dini.Awal.Masalah.Kesehatan.Perempuan> (diakses tanggal 22 Maret 2013)
- Arikunto, Suharsini.2006.*Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*.Jakarta:PT. Rineka Cipta
- BKKBN, 2000.*Kesehatan Reproduksi Remaja*:Kantor Wilayah Jawa Timur
- , 2008.*Direktorat Pelaporan dan Statistik*:Jakarta 2008
- DepKes RI.2004.*Kesehatan Reproduksi Remaja*:Jakarta
- DepKes Jatim.2006.*Kesehatan Reproduksi Remaja*:Jawa Timur
- Diahhadi S.2008.*Pernikahan Remaja di Indonesia*.<http://www.kompas-cetak.com/kompas-cetak/2008/01/04/16220817/Pernikahan.Remaja> (diakses tanggal 23 Maret 2013)
- Dyah M. 2007. *Faktor Pernikahan Dini*. <http://www.kompas.com/read/2008/03/07/15240716/Faktor.Pernikahan.Dini> (diakses tanggal 25 Maret 2013)
- Hadi, Amirul dan Haryono. 2005. *Metodologi Penilaian Pendidikan Cetakan III Edisi Revisi*. Bandung: Pustaka Setia

- Kanti, Sareh.2009.*Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pernikahan Usia Muda didesa Candi Kecamatan Bringin Kabupaten Ngawi*. Karya Tulis Ilmiah, Program Studi Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, Magetan.
- Manuaba, IBG.2002.*Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*.Jakarta: EGC
- Melen, Putri.2010.*Hubungan Antara Pendidikan Seks Dengan Sikap Terhadap Hubungan Seks Diluar Nikah Pada Siswa SMA*.Karya Tulis Ilmiah, Program Studi Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, Magetan.
- Mitra Inti.2007.*Info Kesehatan Reproduksi*.<http://situs.mitra-inti.org/krr/referensi-4.htm> (diakses tanggal 23 Maret 2013)
- Notoatmodjo, S.2002.*Ilmu Kesehatan Masyarakat*.Jakarta: Rineka Cipta
- , S.2003.*Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*.Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam, & Pariani, S. (2001). *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Nursalam.2003.*Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Prodjohamidjojo, Martiman.2001.*Hukum Perkawinan Indonesia*.Jakarta: ILCP
- Setiadi.2007.*Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*.Jakarta: Graha Ilmu
- Undang-Undang SISDIKNAS.2003 (UU RI No.20 tahun 2003).CV Kharisma
- Wiknjosastro.2009.*Ilmu Kebidanan*.Jakarta: YBP-SP
- Yuli, Kusri.2008.*Faktor Penyebab Pernikahan Di Bawah Usia Reproduksi Sehat Di Desa Candi Kecamatan Pringku Kabupaten Pacitan*. Karya Tulis Ilmiah, Program Studi Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, Magetan.

## TINDAKAN IBU DALAM PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN KEPUTIHAN

Kasiati

(Prodi Keperawatan Lawang, Poltekkes Kemenkes Malang)

Ni Wayan Dwi R

(Prodi Keperawatan Lawang, Poltekkes Kemenkes Malang)

Eka Fahrudi

(Prodi Keperawatan Lawang, Poltekkes Kemenkes Malang)

kasiatilawang@yahoo.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Keputihan merupakan salah satu masalah yang cukup berpengaruh pada wanita. Secara fisiologis keputihan adalah suatu hal yang normal, tetapi apabila berlebihan dan disertai dengan keluhan lain seperti rasa gatal, dan rasa nyeri pada saat berhubungan seksual maka keputihan dapat mengganggu aktivitas dan keharmonisan rumah tangga (Putu, 2011). **Metode:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran tindakan ibu dalam pencegahan dan pengobatan keputihan di Puskesmas Purwosari-Pasuruan, dengan desain deskriptif, ibu yang mengalami keputihan dengan sampel 24 orang, *accidental sampling*, instrumen penelitian kuesioner. **Hasil:** hasil penelitian tindakan ibu dalam pencegahan keputihan kategori baik sebanyak 10 orang responden (41,67%) dan tindakan ibu dalam pengobatan keputihan kategori kurang baik sebanyak 21 orang responden (87,5%). **Saran:** Disarankan kepada responden untuk mempelajari tentang pencegahan dan pengobatan keputihan, sehingga dapat menambah wawasan dan kesehatan reproduksi, dan segera melakukan pengobatan jika terjadi keputihan.

Kata Kunci :

Keputihan, pencegahan, pengobatan

### PENDAHULUAN

#### Latar belakang

Genitalia wanita merupakan daerah yang penting untuk dirawat. Karena letaknya yang tertutup, area kewanitaan ini butuh perhatian ekstra. Banyak masalah keputihan atau *fluor albus* yang ditimbulkan oleh seorang wanita yang tidak memperhatikan kebersihan daerah genitalianya (Eva, 2011). Keputihan adalah keluarnya cairan yang berlebihan dari liang senggama (vagina) yang menyebabkan seorang wanita acapkali mengganti pakaian dalam atau menggunakan pembalut. (Sianturi, 2004). Keputihan merupakan salah satu masalah yang cukup berpengaruh pada wanita. Secara fisiologis keputihan adalah suatu hal yang normal dan tidak mengganggu, tetapi apabila berlebihan dan disertai dengan keluhan lain seperti rasa gatal, dan rasa nyeri pada saat berhubungan seksual maka keputihan dapat mengganggu aktivitas dan keharmonisan rumah tangga. Meskipun termasuk penyakit yang sederhana kenyataannya keputihan adalah penyakit yang tidak mudah disembuhkan.

Penyakit ini, menyerang populasi perempuan di dunia dan mengenai hampir pada semua umur. Dari data penelitian tentang kesehatan reproduksi wanita menunjukkan 75% dari 44 juta wanita di dunia pasti menderita keputihan paling tidak sekali seumur hidup dan 45% diantaranya bisa mengalaminya sebanyak dua kali atau lebih (Putu, 2011). Wanita Indonesia yang pernah mengalami penyakit ini sangat besar yaitu 75% dari 10 juta populasi wanita Indonesia pasti pernah mengalami keputihan. Wanita Indonesia banyak mengalami keputihan karena cuaca di tanah air lembab, sehingga mudah terinfeksi jamur *candida albicans* yang menyebabkan keputihan. Meskipun umumnya keputihan tidak berbahaya, tetapi keputihan yang berlangsung lama tanpa pengobatan bisa memicu berbagai gangguan penyakit, seperti kesulitan hamil dan pada saat hamil dapat mengganggu kesehatan ibu dan juga dapat berpengaruh terhadap janin (Widodo, 2011).

Banyak perempuan Indonesia yang tidak tahu bagaimana mengobati keputihan dengan baik, 80% wanita dari mereka menganggapnya normal. Kecenderungan wanita Indonesia malu untuk memeriksakan diri ke dokter dan mengambil jalan pintas dengan menggunakan berbagai bahan pembilas yang ada di pasaran. Padahal penggunaan bahan pembilas ini tidak boleh berlebihan, karena akan membunuh seluruh bakteri bahkan bakteri yang dibutuhkan untuk menjaga keasaman yang biasanya untuk menjaga masuknya bakteri berbahaya (Elistiawaty, 2011). Selain bahan pembilas, sekarang ini juga banyak

berbagai pengobatan herbal atau tradisional yang berasal dari Indonesia maupun mancanegara beredar di pasaran. Pengobatan tradisional dan obat tradisional telah menyatu dengan masyarakat, digunakan dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan baik di desa maupun di kota-kota besar. Maka dari itu, pelayanan kesehatan tradisional merupakan potensi besar dekat dengan masyarakat, mudah diperoleh dan relatif lebih murah dari pada obat modern. Pada tingkat rumah tangga pelayanan kesehatan oleh individu dan keluarga memegang peran utama dalam pemanfaatan tanaman obat yang merupakan unsur penting dalam meningkatkan kemampuan individu atau keluarga untuk memperoleh hidup sehat (Zulkifli, 2011).

Berdasarkan study pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 21 Januari 2015 di Puskesmas Purwosari melalui wawancara pada petugas puskesmas diperoleh data ibu (Pasangan Usia Subur) yang mengalami keluhan keputihan sebanyak 301 jiwa dalam waktu setahun terakhir. Rata-rata jumlah ibu yang mengalami keputihan tiap bulannya yaitu sebanyak 24 jiwa, dan yang dinyatakan sembuh dari keputihan sebanyak 87 jiwa selama 1 tahun terakhir ini. Jadi ibu yang masih mengalami keputihan sebanyak 214 jiwa. Jadi rata-rata tiap bulannya yaitu sebanyak 17 jiwa. Kebanyakan Ibu yang datang ke puskesmas melakukan kontrol rutin tiap 5 hari sekali, bila obatnya sudah habis ini adalah sebagian tindakan ibu dalam mengatasi keputihannya.

Berdasarkan fenomena di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang Kajian Tindakan Ibu dalam Pencegahan dan Pengobatan Keputihan di Puskesmas Purwosari – Pasuruan.

### Tujuan penelitian

Menjelaskan tindakan ibu dalam pencegahan dan pengobatan keputihan di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan

### METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif, bertujuan membuat gambaran tentang tindakan ibu dalam pencegahan dan pengobatan keputihan di Puskesmas Purwosari-Pasuruan. Populasi dan sampel penelitian adalah ibu yang mengalami keputihan di balai pengobatan yang memenuhi kriteria inklusi yaitu ibu pertama kali datang dan keputihan tidak patologis dengan teknik sampel menggunakan "Insidental Sampling". Instrumen yang digunakan adalah kuesioner, sedangkan analisis data dengan deskriptif dan data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

### HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Ibu di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan pada Tahun 2015.

No	Umur	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	17-25 tahun	6	25
2.	26-35 tahun	7	29,17
3.	36-45 tahun	8	33,33
4.	46-55 tahun	3	12,5
Jumlah		24	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa kurang dari setengahnya ibu berusia antara 36-45 tahun yaitu sebanyak 8 orang dengan prosentase 33,33 %.

Tabel 2. Distribusi Pendidikan Ibu di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan pada Tahun 2015

No	Tingkat Pendidikan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1.	SD	4	16,7
2.	SMP/SLTP	7	29,1
3.	SMA/SLTA	10	41,7
4.	Perguruan Tinggi	3	12,5
Jumlah		24	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa kurang dari setengah tingkat pendidikan responden adalah tingkat SMA/SLTA dengan jumlah 10 orang dengan prosentase 41,7 %.

Tabel 3. Distribusi Pekerjaan Ibu di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan pada Tahun 2015.

No	Jenis Pekerjaan	Frekuensi (orang )	Persentase
1.	PNS	3	12,5
2.	Wiraswasta	5	20,8
3.	Ibu Rumah tangga	16	66,7
Jumlah		24	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa kurang dari setengahnya jenis pekerjaan responden adalah sebagai besar ibu rumah tangga dengan jumlah 16 orang dengan prosentase 66,7 %.

Tabel 4. Distribusi Penghasilan Ibu di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan pada Tahun 2015

No	Penghasilan tiap bualan (Rp)	Frekuensi (orang)	Persentase
1.	< 1000.000	13	54,1
2.	1000.000-1.500.000	7	29,2
3.	>1.500.000	4	16,7
Jumlah		24	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya jumlah penghasilan responden tiap bulan adalah <Rp.1000.000 dengan jumlah 13 orang dengan prosentase 54,1%.

Tabel 5. Distribusi Tindakan Ibu Dalam Pencegahan Keputihan di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan pada Tahun 2015

No	Jenis Pekerjaan	Frekuensi (orang )	Persentase
1.	Baik	10	41,67
2.	Cukup	8	33,33
3.	Kurang baik	6	25,00
Jumlah		24	100

Berdasarkan tabel 5 bahwa kurang dari setengahnya tindakan ibu dalam pencegahan keputihan di puskesmas Purwosari-Pasuruan adalah sebagian kecil baik yaitu 10 orang ( 41,67 % ) dari 24 responden .

Tabel 5. Distribusi Tindakan Ibu Dalam Pengobatan Keputihan di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan pada Tahun 2015

No	Jenis Pekerjaan	Frekuensi (orang )	Persentase (%)
1.	Baik	3	12,5
2.	Cukup	0	00,0
3.	Kurang baik	21	87,5
Jumlah		24	100

Berdasarkan tabel tabel 6 diatas bahwa mayoritas tindakan ibu dalam pengobatan keputihan di puskesmas Purwosari-Pasuruan adalah kurang baik sebanyak 21 orang/ 87.5 % ( dari 24 responden )

## PEMBAHASAN

Keputihan merupakan salah satu masalah yang cukup berpengaruh pada wanita, meskipun termasuk penyakit yang sederhana kenyataannya keputihan adalah penyakit yang tidak mudah disembuhkan. Terbukti berdasarkan data hasil penelitian bahwa tindakan ibu dalam pencegahan keputihan masih termasuk sebagian kecil baik, hal ini berhubungan dengan persepsi negatif, perilaku yang salah dan informasi yang kurang.

Tindakan ibu dalam pencegahan keputihan yang kurang baik akan mempengaruhi kejadian kasus keputihan di Puskesmas Purwosari yaitu rata-rata jumlah ibu yang mengalami keputihan tiap bulannya yaitu sebanyak 24 jiwa, dan yang dinyatakan sembuh dari keputihan sebanyak 87 jiwa

selama 1 tahun terakhir ini. Jadi ibu yang masih mengalami keputihan sebanyak 214 jiwa. Kebanyakan Ibu yang datang ke puskesmas melakukan kontrol rutin setiap 5 hari sekali, bila obatnya sudah habis dan keputihan belum sembuh. Keadaan ini selaras dengan data pada wanita Indonesia yang pernah mengalami penyakit ini sangat besar yaitu 75% dari 10 juta populasi wanita Indonesia pasti pernah mengalami keputihan. Keputihan yang terjadi pada ibu yang datang di Poli menyerang pada semua kelompok umur. Hal ini sesuai dengan teori bahwa keputihan atau *Leukore* adalah *discharge* vagina yang biasanya berwarna keputihan yang dapat terjadi pada setiap umur dan mengenai hampir semua wanita pada suatu saat (Ralph C, 2009). Faktor yang tidak bisa dikendalikan yang bisa mempengaruhi kejadian keputihan pada seorang wanita adalah cuaca yang lembab, terbukti hasil observasi bahwa wilayah Puskesmas Purwosari sebagian besar daerah pengunungan. Hal ini sesuai teori bahwa wanita Indonesia banyak mengalami keputihan karena cuaca di tanah air lembab, sehingga mudah terinfeksi jamur candida albicans yang menyebabkan keputihan

Faktor lain yang mempengaruhi ibu kurang baik dalam mencengah keputihan adalah ibu beranggapan bahwa keputihannya dianggap normal, hal ini tidak sesuai kenyataan bahwa ibu yang datang dipoli Puskesmas Purwosari termasuk mengalami keputihan yang patologis dan keputihan tidak juga sembuh meskipun sudah mencoba memakai obat pembilas. Adanya pengetahuan tentang sesuatu hal yang akan menyebabkan timbulnya satu respon baik positif maupun negatif pada seseorang, sehingga bias bersikap dan berperilaku dalam kesehatan. Secara fisiologis keputihan adalah suatu hal yang normal dan tidak mengganggu, tetapi apabila berlebihan dan disertai dengan keluhan lain seperti rasa gatal, dan rasa nyeri pada saat berhubungan seksual maka keputihan dapat mengganggu aktivitas dan keharmonisan rumah tangga. Keadaan ini sesuai data bahwa banyak perempuan Indonesia yang tidak tahu bagaimana mengobati keputihan dengan baik, 80% wanita dari mereka menganggapnya normal. Kecenderungan wanita Indonesia malu untuk memeriksakan diri ke dokter dan mengambil jalan pintas dengan menggunakan berbagai bahan pembilas yang ada di pasaran. Padahal penggunaan bahan pembilas ini tidak boleh berlebihan, karena akan membunuh seluruh bakteri bahkan bakteri yang dibutuhkan untuk menjaga keasaman yang biasanya untuk menjaga masuknya bakteri berbahaya (Elistiawaty, 2011).

Banyaknya perilaku ibu yang salah dalam membersihkan daerah kewanitaan, terbukti menurut peneliti bahwa tindakan seorang ibu dalam pencegahan keputihan sebagian kecil baik, faktor yang diduga berpengaruh yaitu faktor pendidikan yang mempengaruhi perilaku ibu. Karena hasil karakteristik bahwa hanya dari 3 ibu yang berpendidikan S1, dan semuanya ibu tersebut terbukti dikategorikan baik dalam pencegahan keputihan, hal ini menunjukkan bahwa faktor pendidikan dapat mempengaruhi tindakan ibu dalam pencegahan keputihan karena dengan pendidikan seseorang yang tinggi ini yaitu pendidikan Sarjana (S1) maka seseorang akan memiliki banyak pengetahuan dan mampu menyerap informasi lebih banyak sehingga dapat mengetahui cara mencegah dan merawat kesehatan kewanitaan yang baik, hal ini dibuktikan pada lembar kuesioner nomor 1 tentang kebiasaan ibu dalam membersihkan daerah kewanitaan setelah buang air besar dan buang air kecil selalu cebok dengan cara dari arah depan ke belakang (dari vagina ke dubur) dapat menjawab kuisisioner nomor 1 sesuai dengan jawabanyang benar. Adanya pengetahuan tentang sesuatu hal yang akan menyebabkan timbulnya satu respon baik positif maupun negatif pada seseorang, sehingga bisa bersikap dan berperilaku dalam kesehatan.

Tetapi hasil penelitian sebagian besar ibu mengganti celana bila saat mandi yaitu rata-rata 2 kali/hari, memakai celana ketat karena merasa nyaman, hal ini akan memperparah keadaan keputihan yang dialami ibu. Keadaan tersebut bisa dipengaruhi oleh kebiasaan ibu bahwa mandi sekaligus ganti baju dan celana dilakukan hanya 2kali/hari.

Tindakan ibu dalam pengobatan keputihan seluruhnya kurang baik, hal ini dipengaruhi oleh kurangnya kepedulian ibu terhadap kesehatan reproduksi mereka terutama pengobatan keputihan yang dialaminya.

Faktor lain yang mempengaruhi ibu kurang baik dalam pengobatan keputihan adalah ibu beranggapan bahwa keputihannya dianggap normal, hal ini tidak sesuai kenyataan bahwa ibu yang datang dipoli termasuk mengalami keputihan yang patologis dan keputihan yang dialami sebagian besar diobati dengan memberi obat pembilas. Keadaan ini sesuai data bahwa banyak perempuan Indonesia yang tidak tahu bagaimana mengobati keputihan dengan baik, 80% wanita dari mereka menganggapnya normal. Kecenderungan wanita Indonesia malu untuk memeriksakan diri ke dokter dan mengambil jalan pintas dengan menggunakan berbagai bahan pembilas yang ada di pasaran. Padahal penggunaan bahan pembilas ini tidak boleh berlebihan, karena akan membunuh seluruh bakteri bahkan bakteri yang dibutuhkan untuk menjaga keasaman yang biasanya untuk menjaga masuknya bakteri berbahaya (Elistiawaty, 2011).

Rata-rata ibu yang datang ke fasilitas kesehatan dan dokter sudah mengalami keputihan yang tidak kunjung sembuh dan keputihan dirasa tambah parah. Menurut Kumalasari (2012), faktor yang mempengaruhi tindakan ibu dalam mengobati keputihan ialah faktor lingkungan yang meliputi kebersihan lingkungan, pendidikan, sosial budaya, tradisi, agama, adat, ekonomi, dan politik. Menurut peneliti upaya responden dalam mengobati keputihan yang kurang dipengaruhi oleh faktor pengalaman atau lingkungan sekitar yaitu sebagian besar ibu rumah tangga, kemungkinan ibu kurang melakukan kegiatan yang mendidik misalnya tentang kesehatan kewanitaannya sehingga pengalaman mereka kurang dalam mengetahui cara pengobatan keputihan tersebut dan para ibu kurang berpengalaman dalam melakukan pengobatan secara modern, hal ini dibuktikan hanya 8 ibu yang melakukan pengobatan keputihan dengan pil, salep dan tablet juga menggunakan obat tradisional dan mayoritas ibu belum pernah mendapatkan informasi sebelumnya.

Faktor lain yang bisa berpengaruh ibu dalam mencari pengobatan pada tempat pelayanan kesehatan atau dokter sebagian besar beranggapan biaya mahal, terbukti lebih dari setengahnya jumlah penghasilan responden tiap bulan adalah <Rp.1000.000 dengan jumlah 13 orang (54,1%). Keadaan ini selaras dengan teori menurut (Notoatmojo, 2003) ialah faktor ekonomi, karena dalam memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder, suatu keluarga dalam status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibanding keluarga dengan status ekonomi rendah. Menurut peneliti tindakan ibu dalam mengatasi keputihan dengan cara pengobatan tradisional seperti minum jamu menjadi pilihan utama karena harganya lebih murah, karena tindakan ibu dalam pengobatan keputihan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor sosial ekonomi, jika dalam suatu keluarga status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibanding keluarga dengan status ekonomi rendah.

Kurangnya kepedulian responden terhadap kesehatan reproduksi mereka terutama keputihan ini hanya mengobati keputihan dengan membeli pembersih/pembilas yang lebih murah dibandingkan membeli obat, karena responden lebih memilih untuk membeli bahan pokok dari pada pergi ke dokter atau tempat pelayanan kesehatan.

## KESIMPULAN

Tindakan ibu dalam pencegahan keputihan terbukti hanya sebagian kecil yang baik, apalagi pada tindakan ibu dalam pengobatan keputihan mayoritas kurang baik di Puskesmas Purwosari Kabupaten Pasuruan. Hal ini, sangat diperlukan petugas di Poli KIA melakukan promosi kesehatan tentang pencegahan dan pengobatan keputihan dengan cara penyuluhan ataupun dengan pemberian leaflet.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bahari, Hamid. 2012. *Cara Mudah Atasi Keputihan*. Jogjakarta: Buku Biru
- Benson, Ralph C dan Pernoll, Martin. 2009. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Gant, Norman F dan Cunningham F, Gary. 2011. *Dasar-dasar Ginekologi dan Obstetri*. Jakarta: EGC
- Hapsari, Rachma Dias. 2014. *Karya Tulis Ilmiah Pengetahuan Remaja Putri dalam Pencegahan Keputihan pada Siswa Kelas 2 di SMAN 2 Batu*. Malang: Poltekkes Kemenkes Malang
- Manan, El. 2011. *Miss V*. Jogjakarta: Buku Biru
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Salika. 2010. *Serba-serbi Kesehatan Perempuan*. Jakarta: Bukune
- Setiadi. 2013. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Jogjakarta: Graha Ilmu
- Sianturi. 2001. *Keputihan Suatu Kenyataan Dibalik Suatu Kemelut*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sibagariang, Eva Ellya, dkk. 2010. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta Timur: TIM
- Sugiono. 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Jakarta: EGC
- Sularwati, Nur. 2012. *Karya Tulis ilmiah Prilaku Pasangan Usia Subur (PUS) dalam Mengatasi Keputihan (fluor albus) secara Tradisional di Desa Tumpakkepuh Rt 03 Rw 05 Kecamatan Bakungan kabupaten Blitar*. Malang: Poltekkes Kemenkes Malang
- Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC
- 1981. *Ginekologi Bagian Obstetri dan Ginekologi*. Bandung: Elstar Offset

## STUDI KOMPARASI WAKTU PENGELUARAN ASI ANTARA IBU NIFAS RAWAT GABUNG DENGAN RAWAT PISAH

Nuryani

(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### ABSTRAK

Pemberian ASI sangat bergantung pada waktu/kapan ASI itu keluar. Dalam hal ini jenis perawatan ibu nifas rawat gabung sangat berpengaruh terhadap cepatnya pengeluaran ASI. Berdasarkan studi pendahuluan di ruang nifas RSUD dr. Sayidiman magetan diperoleh, pada Bulan Januari-Februari didapatkan 35,61% ibu melakukan rawat gabung dan sebanyak 64,39% melakukan rawat pisah dari 73 ibu bersalin normal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah di RSUD Dr. Sayidiman Magetan periode 1 Mei s/d 31 Mei 2013. Penelitian ini merupakan jenis penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah semua ibu nifas yang dirawat di ruang nifas RSUD Dr. Sayidiman Magetan mulai 1 Mei s/d 31 Mei. Sampel diambil dengan teknik *non probability sampling* jenis *sampling purposive*, sebesar 38 ibu nifas. Variabel bebas adalah ibu nifas rawat gabung dan rawat pisah, sedangkan variabel terikat adalah waktu pengeluaran ASI. Untuk menganalisis adanya perbedaan digunakan uji *paired t test*. Hasil penelitian didapatkan rata-rata waktu pengeluaran ASI ibu nifas rawat gabung sebesar 10,35 jam sedangkan rawat pisah 45,38 jam menunjukkan bahwa nilai *Asymp. Sig. (0,00)* lebih kecil dari alpha ( $\alpha$ ) 0,05, sehingga  $H_0$  ditolak. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan secara signifikan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah. Disarankan untuk memilih jenis perawatan rawat gabung yang dapat membantu ASI cepat keluar.

Kata kunci:

Nifas rawat gabung, nifas rawat pisah, waktu pengeluaran ASI

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Menyusui memberikan efek yang sangat besar. Interaksi yang timbul pada waktu menyusui antara ibu dan bayi akan menimbulkan rasa aman bagi bayi (Poernomo Ida, 2007: 3-6). Pemberian ASI membantu bayi untuk memulai kehidupan dengan baik, susu pertama mengandung antibodi yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi lebih kuat. Penting sekali untuk segera memberi ASI pada bayi pada jam pertama sesudah lahir kemudian setiap 2-3 jam (Bahiyatun, 2009:17). Tetapi perkembangan menunjukkan adanya perubahan yang justru memisahkan bayi dari ASI yang dimiliki ibu yaitu dengan adanya jam-jam tertentu untuk menyusui bayi, dan bayi yang mempunyai kamar sendiri yang terpisah dari ibunya serta adanya masa puasa setelah bayi lahir menunjukkan betapa penyimpangan telah terjadi dan jauh dari tujuan pemanfaatan ASI (Soetjiningsih, 2012:96).

Menyusui bayi di Indonesia sudah menjadi budaya namun praktik pemberian ASI masih jauh dari yang diharapkan. Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2010 hanya 10% bayi yang memperoleh ASI pada hari pertama (WHO, 2010). Suatu hasil penelitian di Ghana yang diterbitkan oleh jurnal pediatriks menunjukkan bahwa 16% kematian bayi dapat dicegah melalui pemberian ASI pada bayi sejak hari pertama kelahirannya. Angka ini naik menjadi 22% jika pemberian ASI dimulai dalam 1 jam pertama setelah kelahirannya (Roesli, 2001:21). Penyebab ibu tidak memberikan ASI pada hari pertama yaitu karena masih banyaknya budaya yang menganggap air susu yang pertama tidak baik untuk bayi dan adanya anggapan bahwa ASI tidak cukup (Poernomo Ida, 2007:6-7). Dengan rawat gabung ibu dapat menyusui lebih dini dan menyusui bayinya setiap saat sehingga merangsang kolostrum cepat keluar (Poernomo Ida, 2007:8-3). Berdasarkan studi data awal di ruang nifas RSUD dr. Sayidiman magetan, pada Bulan Januari-Februari hanya 35,61% ibu yang melakukan rawat gabung dari 73 ibu bersalin normal. Di ruang nifas RSUD dr. Sayidiman Magetan, dari 10 ibu nifas yang melakukan rawat gabung waktu pengeluaran ASI < 24 jam sebanyak 80%, 24-72 jam sebanyak 20% dan > 72 jam sebanyak 0%. Sedangkan ibu nifas rawat pisah waktu pengeluaran ASI < 24 jam sebesar 10%, 24-72 jam sebesar 30% dan > 72 jam sebesar 60%.

Isapan bayi dan pengosongan payudara yang sesering mungkin akan mempercepat pematangan proses menyusui. Isapan yang kuat adalah rangsangan yang potensial untuk sekresi prolaktin dan oksitosin. Kedua hormon tersebut diperlukan untuk memulai pengeluaran ASI ibu dan hormon tersebut dapat mempercepat kontraksi dan involusi rahim (Perinasia, 2004: 8-3). Selain dengan isapan bayi hal kedua yang tidak kalah penting adalah adanya reflek *let down* pada ibu untuk merangsang pengeluaran kolostrum lebih banyak (Hubertin, 2004:27). Dengan rawat gabung ibu dengan mudah menyusui kapanpun bayi menginginkan dan dengan rawat gabung pula bayi dapat disusui dengan frekuensi lebih sering sehingga dapat merangsang pengeluaran ASI lebih cepat dan mempercepat involusi rahim (Saifuddin, 2009:386).

Kontak kulit dengan kulit dan mata dengan mata antara ibu dengan bayi yang telah terbina segera setelah lahir harus tetap dipertahankan, ibu sebaiknya tidak dibatasi hubungan dengan anaknya. Mengingat masalah tersebut, sistem rawat pisah dimana bayi dan ibu hanya diperbolehkan mengunjungi bayinya menurut jadwal yang ditentukan harus diganti dengan sistem rawat gabung. Bila dibandingkan dengan rawat pisah, rawat gabung mempunyai banyak keuntungan seperti mempererat hubungan bayi dengan ibu, dapat membangun hubungan yang lebih dekat dengan ayah maupun anggota keluarga yang lain dan bayi dapat menyusu tanpa jadwal sesuai kebutuhan. Isapan yang sering akan mempercepat produksi ASI dan mempercepat kontraksi uterus sehingga berpengaruh pada involusi rahim (Perinasia, 2004:22).

Dibandingkan dengan bayi yang di rawat pisah cenderung diberikan susu dengan menggunakan botol dot. Memberikan susu dengan menggunakan dot/kempeng (*pacifier*) kepada bayi yang baru belajar menyusui, dapat mengakibatkan bayi bingung puting (Soetjningsih, 2012:173). Bayi yang bingung puting yaitu, akan menolak menyusu pada ibu, hal ini mengakibatkan bayi lebih jarang disusui, maka dampaknya produksi ASI akan menurun (Soetjningsih, 2012:113).

Banyak manfaat yang didapat dari *rooming in* (Rawat gabung) baik bagi ibu maupun bayi. Ketenangan, rasa aman dan nyaman yang dirasakan oleh si bayi akan memberikan dampak yang baik. Semua itu dapat menjadikannya manusia yang memiliki tingkat emosi dan spiritual yang tinggi. Manfaat bagi bayi, dengan melihat dan mendekap anaknya akan muncul rasa bahagia. Kondisi psikis yang sedang bahagia dan tenang ini dapat merangsang *hormone oksitosin* yang dimiliki ibu untuk mengalirkan ASI lebih banyak dari "pabrik" ke "gudang" di payudara yaitu dari *alveolus* (tempat ASI diproduksi) ke *duktus laktiferus* (tempat dimana ASI disimpan sebelum dihisap oleh bayi) (Prawirohardjo, 2004:386). Bila dibandingkan dengan sistem rawat pisah, rawat gabung mempunyai banyak keuntungan seperti mempererat hubungan anak dan ibu, bayi dapat menyusui setiap saat bila memerlukan (tanpa jadwal) dan mengurangi resiko infeksi neonatal sebagai hal yang sering dipermasalahkan (Perinasia, 2004:22-23). Bayi yang dirawat pisah dianjurkan tidak diberikan susu dengan menggunakan dot atau kempeng, karena dapat mengakibatkan bayi bingung puting. Bila bayi dirawat pisah, ASI diberikan dengan sendok, pipet atau sonde demikian pula pemakaian susu formula atas indikasi medis. (Soetjningsih, 2012:173).

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan penggunaan ASI dikeluarkannya Juklak Permenkes 240/85 tanggal 1 Mei 1985 yaitu diadakannya lomba Rumah Sakit Sayang Bayi, dimana rumah sakit ini melaksanakan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui. Dalam sepuluh langkah tersebut didalamnya terdapat langkah tentang praktek rawat gabung (langkah ke 7) dan pemberian ASI *on demand* (langkah ke 8) (Soetjningsih, 2012:168-169).

### **Rumusan masalah**

"Adakah perbedaan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah?"

### **Tujuan penelitian**

1. Mengidentifikasi waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas yang rawat gabung.
2. Mengidentifikasi waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas yang rawat pisah.
3. Menganalisis perbedaan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas yang rawat gabung dengan rawat pisah.

### **Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan akan bermanfaat secara teoritis sebagai aset pengembangan pelayanan kebidanan khususnya tentang pelaksanaan *rooming in* (rawat gabung).

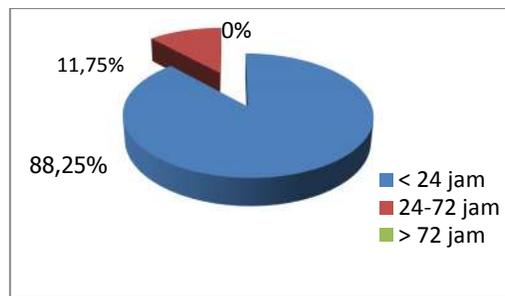
## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian survei analitik, dengan rancangan cross sectional. Populasi ini ibu nifas sebanyak 38 orang selama 1 Mei s/d 31 Mei 2013. Sampel ini selanjutnya dibagi menjadi dua, yaitu ibu nifas yang melakukan rawat gabung sebanyak 17 ibu nifas dan ibu nifas yang melakukan rawat pisah sebanyak 21 ibu nifas. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan *non probability sampling* jenis *sampling purposive*. Didapatkan besar sampel 38 ibu nifas. Pada penelitian ini variabel bebas yang diteliti adalah ibu nifas yang di rawat gabung dan rawat pisah. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah jarak waktu pengeluaran ASI ibu nifas.

Dalam penelitian ini tehnik pengumpulan data melalui ibu nifas yang diteliti. Ibu nifas terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok ibu nifas yang rawat gabung dan kelompok ibu nifas yang rawat pisah dalam lingkup waktu pengeluaran ASI, kemudian diobservasi apakah ada perbedaan antara keduanya terhadap lama pengeluaran ASI. Instrumen pengumpulan datanya dengan menggunakan lembar observasi. Dalam penelitian ini data yang ditabulasi yaitu waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dan rawat pisah kemudian dianalisis secara komparatif dengan menggunakan uji *paired t test*. Sebelum melakukan analisis data dengan uji-t berpasangan, terlebih dahulu di uji apakah kedua data menyebar normal atau tidak. Statistik uji yang digunakan adalah Lilliefors (*Kolmogorov-Smirnov*).

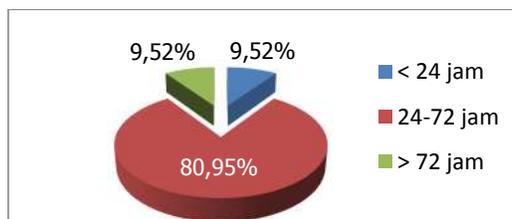
## HASIL PENELITIAN

Hasil observasi langsung pada ibu nifas di RSUD dr. Sayidiman Magean, ada 88,25% pasien yang melakukan rawat gabung. Rata-rata, waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas yang rawat gabung tergambar dalam gambar 1



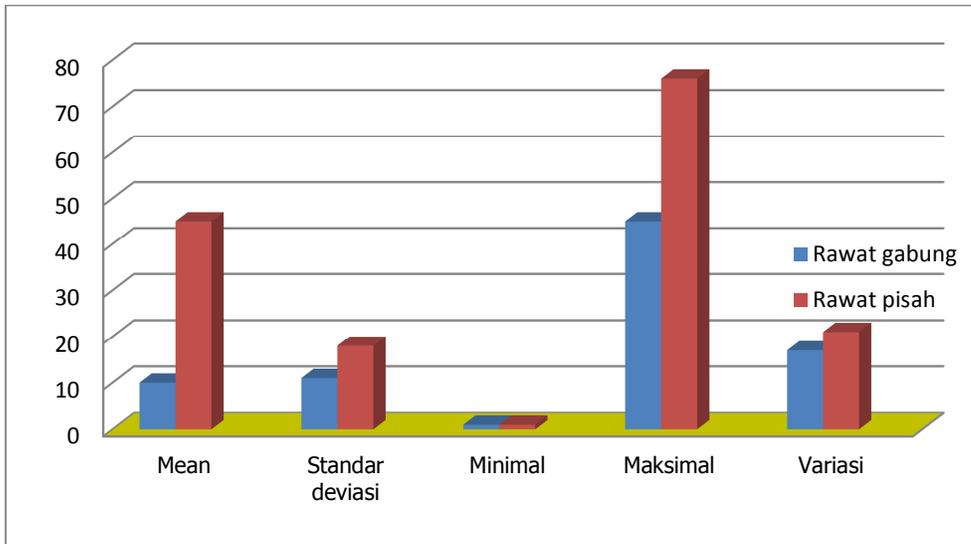
Gambar 1. Distribusi BBLR berdasarkan usia gestasi di RSUD Dr. Sayidiman bulan Januari 2009 s/d Desember 2010

Menurut observasi langsung terhadap pasien rumah sakit, ada 80,95% pasien yang melakukan rawat pisah. Rata-rata, waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas yang rawat pisah tergambar pada gambar 2.



Gambar 2. Distribusi waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat pisah di RSUD Dr. Sayidiman Magetan periode 1 s/d 31 Mei 2013

Deskripsi perbedaan waktu pengeluaran ASI ibu nifas rawat gabung dan rawat pisah yang meliputi nilai mean (rata-rata), standar deviasi (simpangan baku), variansi, nilai minimal dan maksimal dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. Perbedaan Deskriptif waktu pengeluaran ASI ibu nifas rawat gabung dan rawat pisah di RSUD Dr. Sayidiman Magetan periode 1 s/d 31 Mei 2013

Waktu pengeluaran ASI yang paling sering pada ibu nifas rawat gabung yaitu < 24 jam sebanyak 88,25%, sedangkan waktu pengeluaran ASI yang paling sering terjadi pada ibu nifas rawat pisah antara  $\geq 24 - \leq 72$  jam sebanyak 80,95%, selengkapnya dapat dilihat pada tabel.

Tabel 1. Distribusi waktu pengeluaran ASI berdasarkan jenis perawatan ibu nifas di RSUD Dr. Sayidiman Magetan periode 1 s/d 31 Mei 2013

Jenis perawatan ibu nifas	Waktu pengeluaran ASI		
	< 24 jam	24-72 jam	> 72 jam
Rawat gabung	88,23%	11,76%	0%
Rawat pisah	9,52%	80,95%	9,52%

Data waktu pengeluaran ASI baik dari ibu nifas yang rawat gabung maupun yang rawat pisah yang sudah terkumpul kemudian dilakukan uji normalitas menggunakan *Kolmogorov Smirnov Z*. Hasil output dalam uji normalitas *Kolmogorov Smirnov Z* menyatakan bahwa nilai *Asymp. Sig. (2-tailed)* 0,58 lebih besar dari alpha ( $\alpha$ ) 0,05 sehingga menjelaskan bahwa seluruh data berdistribusi normal. Langkah selanjutnya yaitu menganalisis perbedaan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah. Oleh karena data yang sudah diuji mempunyai distribusi normal maka untuk menganalisis perbedaan bisa menggunakan uji *paired t test*. Hasil analisis menjelaskan bahwa nilai signifikansi dua sisi atau *Asymp. Sig. (0,00)* lebih kecil dari alpha ( $\alpha$ ) 0,05. Hal ini berarti  $H_0$  ditolak sehingga terbukti bahwa ada perbedaan yang signifikan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas yang rawat gabung dengan rawat pisah.

## PEMBAHASAN

### Jenis perawatan ibu nifas di RSUD Dr. Sayidiman Magetan

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat 44,74% yang melakukan rawat gabung dan selebihnya rawat pisah. Jumlah ibu nifas yang melakukan rawat pisah lebih tinggi dibandingkan dengan rawat gabung. Banyak ibu yang dilakukan rawat pisah dikarenakan keadaan ibu maupun bayi yang tidak memungkinkan untuk dilakukan rawat gabung. Seperti yang terjadi di ruang bersalin RSUD dr. Sayidiman magetan, ibu dengan PEB, melahirkan secara SC dan bayi BBLR maka tidak akan dilakukan rawat gabung sebelum keadaan masing-masing normal. Faktor predisposisi yang merupakan kontraindikasi pelaksanaan rawat gabung meliputi faktor dari ibu yaitu ibu dengan kelainan jantung, pre-eklamsi berat atau eklamsi,

karsinoma payudara, psikosis dan ibu dengan penyakit akut yang berat. Sedangkan faktor dari janin meliputi bayi dengan berat lahir sangat rendah, bayi dengan kelainan kongenital dan memerlukan observasi atau terapi kusus (Wiknjosastro, 2009: 387-388).

Hal ini tidak sesuai pendapat Wiknjosastro (2009:386) yang menyatakan, bahwa dengan metode rawat gabung ibu akan lebih mudah menyusui bayinya, dengan demikian ASI akan cepat keluar. Sejauh ini faktor yang mempengaruhi kelancaran produksi ASI dengan jenis ruang perawatan yaitu rawat gabung telah diketahui (Sarwono,2007:377). Ibu yang melahirkan dengan cara operasi bukan halangan untuk bisa dilakukan rawat gabung. Bila anastesi pada seksio digunakan anastesi umum, jika keadaan umum ibu dan bayi baik tanpa komplikasi, maka harus segera dilakukan rawat gabung (Soetjningsih, 2012: 119). Menurut Ayu Nurul (2012) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan antara pelaksanaan rawat gabung dengan kelancaran produksi ASI pada ibu pasca bersalin diruang flamboyan RSUD Ungaran menunjukkan adanya hubungan bermakna antara pelaksanaan rawat gabung dengan kelancaran produksi ASI.

Penyebab ketidaklancaran produksi ASI umumnya tidak hanya satu, oleh karena itu kadang sulit melakukan pencegahan. Kita dapat meningkatkan produksi ASI dengan berbagai upaya dalam rangka memperbanyak ASI diantaranya dengan memperbaiki kesehatan ibu karena kesehatan ibu memegang peranan penting dalam produksi air susu ibu (Bahiyatun, 2009:23)

### **Waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat gabung**

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data yang telah dilakukan, didapatkan rata-rata waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat gabung sebesar 10,35 jam. Hal ini sesuai dengan teori Soetjningsih (2012: 21), menyebutkan bahwa ASI (kolostrum) mulai diekskresikan oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga. Bahkan dari hasil penelitian menunjukkan waktu pengeluaran ASI ibu nifas rawat gabung lebih cepat dari teori. Dengan bayi yang ditempatkan dekat ibunya diruang yang sama (rawat gabung), ibu dapat dengan mudah menyusui bayi yang lapar (Bahiyatun, 2009:20). Dengan menyusui bayi tanpa jadwal dan sesuai kebutuhan bayi, akan mencegah banyak masalah yang mungkin timbul. Hal ini akan memacu produksi ASI dan mendukung keberhasilan penundaan kehamilan (Bahiyatun, 2009: 24). Makin sering rangsangan penyusuan, makin banyak pula produksi ASI (Poernomo Ieda, 2007:2-3)

### **Waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat pisah**

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data yang telah dilakukan, didapatkan rata-rata waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat pisah sebesar 45,38 jam. Hal ini sesuai dengan teori Soetjningsih (2012:21) menyebutkan bahwa ASI (kolostrum) mulai diekskresikan oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga. Bayi yang dirawat pisah cenderung diberikan susu dengan menggunakan botol dot. Memberikan susu dengan botol/dot kepada bayi yang baru belajar menyusu, dapat mengakibatkan bayi bingung puting susu (Soetjningsih, 2012:173). Tanda bayi yang bingung puting yaitu akan menghisap puting seperti menghisap dot, pada saat menyusui cara menghisapnya terputus-putus, dan bayi akan menolak menyusu pada ibu, hal ini mengakibatkan bayi lebih jarang disusui yang mengakibatkan produksi ASI akan menurun (Soetjningsih, 2012:113). Banyak rumah sakit yang menetapkan jadwal menyusui untuk ibu nifas, hal ini bertentangan dengan pendapat Poernomo Ieda (2007:4-10), mengatakan bahwa sebaiknya bayi disusui tanpa jadwal, karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung akan kosong dalam waktu 2 jam. Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya.

### **Perbedaan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah**

Hasil analisis data ditemukan bahwa terdapat perbedaan rata-rata waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah. Perbedaan ini disebabkan oleh beberapa hal, salah satunya adalah frekuensi menyusui yang kurang pada bayi yang rawat pisah dengan ibunya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu nifas yang melakukan rawat pisah waktu pengeluaran ASInya lebih lama dibandingkan dengan ibu nifas yang melakukan rawat gabung. Ini terbukti dari uji *paired t-test* menunjukkan sig 0,00, yaitu lebih kecil dari 0,05 sehingga  $H_1$  diterima yang berarti ada perbedaan yang signifikan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah. Ibu sebaiknya tidak dibatasi untuk berhubungan dengan anaknya. Mengingat masalah ini, faktor rawat pisah dimana ibu hanya dibolehkan "mengunjungi" bayinya menurut jadwal yang ditentukan. Bila dibandingkan dengan faktor rawat pisah, rawat gabung mempunyai banyak keuntungan seperti mempererat hubungan anak dan

ibu, bayi dapat menyusui setiap saat bila memerlukan (tanpa jadwal) dan mengurangi resiko infeksi neonatal sebagai hal yang sering dipermasalahkan. Bayi yang dirawat pisah dengan ibunya cenderung mendapat kuman penyakit dari petugas rumah sakit. Dengan rawat gabung juga dapat mengurangi kebutuhan tenaga untuk mengantar bayi keruang ibu yang cukup jauh sehingga tenaga tadi dapat dialihkan untuk tugas lainnya (Chalik, 1996:22-23).

### KESIMPULAN

Dari hasil penelitian akhirnya dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

Jumlah BBLR yang mengalami ikterus Dari hasil penelitian akhirnya ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Rata-rata waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat gabung yaitu sebesar 10,35 jam.
2. Rata-rata waktu pengeluaran ASI pada ibu nifas rawat pisah yaitu sebesar 45,38 jam.
3. Terbukti ada perbedaan rata-rata waktu pengeluaran ASI secara signifikan antara ibu nifas rawat gabung dengan ibu nifas rawat pisah.

Selanjutnya disarankan:

1. Bagi instansi pelayanan kesehatan (RSUD Dr. Sayidiman Magetan)  
Perbedaan waktu pengeluaran ASI antara ibu nifas rawat gabung dengan rawat pisah dapat menjadi patokan dalam menentukan penatalaksanaan jenis perawatan mana yang lebih tepat dan menunjang untuk kelancaran produksi ASI.
2. Bagi masyarakat  
Masyarakat terutama keluarga dan suami agar lebih memperhatikan jenis perawatan rawat gabung yang lebih tepat untuk ibu dan bayi demi menunjang kelancaran ASI ibu
3. Bagi peneliti selanjutnya  
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar penelitian selanjutnya. Apabila dilakukan penelitian lebih lanjut, maka perlu mengembangkan dan mengikutsertakan faktor perancu lainnya, misalnya tentang faktor lain yang mempengaruhi pengeluaran ASI pada ibu nifas.

### DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Bahiyatun, 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta:EGC
- Bobak, I.M; Lowdermilk, D,L; Jensen. M.D, Perry, S.E. 2000. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Chalik, 1996. *Melindungi, meningkatkan dan Mendukung Menyusui*. Jakarta:Perinasia
- Febrianti E.M. 2007. *Kamar ibu bersalin dan Rawat Gabung*. <http://www.wordpress.com>. 23 Januari 2010
- Hadi dan Haryono, 2005. *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Bandung:Pustaka Setia
- Hidayat, A. Aziz Alimul, 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta:Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta:Renika Cipta
- Nursalam, 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV Inti Media
- Perinasia, 2004. *Manajemen Laktasi 2*. Jakarta:Perinasia
- Poernomo, Ida, 2007. *Manajemen Laktasi*. Cetakan ke 3. Jakarta: CV Inti Media
- Prawirohadjo Sarwono. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP
- Roesli Utami, 2001. *Bayu Sehat Berkat Asi Eksklusif, Makanan Pendamping Tepat dan Imunisasi Lengkap*. Jakarta: PT Elex Media Komp Utama
- Rulina Suradi, et.al. 1996. *Menyusui dan Rawat Gabung*. Jakarta:Perinasia
- Saifuddin, Abdul Bari, 2001. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta:EGC
- Verrals Sylvania, 2003. *Anatomi dan Fisiologi Terapan Dalam Kebidanan*. Jakarta:EGC
- Soetjningsih. 2012. *Petunjuk Untuk Tenaga kesehatan*. Jakarta:EGC
- Sri Purwanti, Hubertin, 2004. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*. Jakarta:EGC
- Sugiyono, 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung:Alfa Beta
- Syarifudin, B. 2010. *Panduan TA Keperawatan dan Kebidanan dengan SPSS*. Yogyakarta:Grafindo Litera Media
- Winkjosastro, Hanifa, 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta:YBP-SP
- , 2009. *Ilmu Kebidanan*. Edisi keempat. Jakarta:YBP-SP

## **GAMBARAN PERKEMBANGAN BAYI DAN BALITA DENGAN RIWAYAT BERAT LAHIR RENDAH**

Suparji  
(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### **ABSTRAK**

Kejadian BBLR di Kabupaten Ngawi tahun 2010 tertinggi adalah Puskesmas Kendal yaitu 41 BBLR dari 759 kelahiran hidup (5,4%). Masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh BBLR tahun 2010 di Puskesmas Kendal sebanyak 41 bayi. Variabel dalam penelitian ini adalah perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR dengan karakter usia kehamilan, kondisi saat lahir dan jenis kelamin. Pengumpulan data dengan studi dokumentasi kohort bayi dan buku KIA untuk karakteristik BBLR yaitu usia kehamilan, kondisi saat lahir dan jenis kelamin dan KPSP untuk tes perkembangan. Analisa data dengan analisa deskriptif dalam bentuk distribusi dan persentase. Penyajian data dalam bentuk tabel. Hasil penelitian menunjukkan BBLR tahun 2010 di Puskesmas Kendal terbanyak lahir aterm (60,98%), lahir tidak asfiksia (70,73%), jenis kelamin perempuan (56,1%) dengan hasil tes perkembangan terbanyak perkembangan sesuai (68,29%). Usia kehamilan preterm terbanyak perkembangan meragukan (68,7%), aterm terbanyak perkembangan sesuai (96%). Kondisi saat lahir asfiksia terbanyak perkembangan meragukan (75%), tidak asfiksia terbanyak perkembangan sesuai (89,66%). Jenis kelamin laki-laki terbanyak perkembangan sesuai (55,55%) dan perempuan terbanyak perkembangan sesuai (78,26%). Dari uraian di atas dapat disimpulkan karakteristik BBLR terbanyak aterm, lahir tidak asfiksia, jenis kelamin perempuan dan perkembangan sesuai umur. Perkembangan BBLR yang lahir aterm lebih baik dibanding yang lahir preterm. Kondisi lahir asfiksia lebih banyak mengalami masalah perkembangan. Tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam perkembangan BBLR. Sehingga disarankan agar institusi kesehatan meningkatkan program yang mempunyai daya ungkit untuk penurunan kejadian prematur dan BBLR dan meningkatkan program SDIDTK. Untuk masyarakat agar meningkatkan ANC ibu hamil dan pemanfaatan posyandu khususnya pelayanan DDTK.

Kata kunci:

BBLR, perkembangan, bayi, balita.

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar Belakang**

Upaya peningkatan kualitas SDM dimulai dari pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan perhatian utamanya pada proses tumbuh kembang anak sejak pembuahan sampai mencapai dewasa. Proses pertumbuhan dan perkembangan diharapkan berjalan normal, yaitu anak mampu melaksanakan tugas perkembangan sesuai dengan usianya. Namun pada kenyataannya masih banyak balita yang mengalami masalah dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: faktor internal yang meliputi ras, keluarga, jenis kelamin, genetik dan faktor eksternal yang terdiri dari faktor pranatal, intra natal dan post natal. Salah satu faktor pranatal adalah gizi ibu selama hamil (Depkes RI, 2005). Ibu hamil yang menderita Kurang Energi Kronis mempunyai resiko untuk melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR).

Di Indonesia diperkirakan terdapat sekitar 7-14% bayi yang dilahirkan dengan BBLR. BBLR tergolong bayi dengan resiko tinggi, karena angka kematian dan kesakitannya tinggi. Resiko meninggal pada usia 1 tahun 17 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi normal. Resiko untuk menjadi KEP adalah 8-10 kali lebih besar dari anak normal. Bayi dengan berat lahir normal terbukti mempunyai kualitas fisik, intelegensia maupun mental yang lebih baik dibanding bayi dengan berat lahir rendah (Depkes RI, 2007). Data di Kabupaten Ngawi pada tahun 2009 menunjukkan jumlah lahir hidup sebanyak 13090 bayi dengan BBLR sebanyak 316 bayi (2,4%) dan untuk tahun 2010 menunjukkan jumlah bayi lahir hidup sebanyak 12.966 bayi dengan BBLR sebanyak 451 bayi (3,5%). Dari 24 Puskesmas di Kabupaten Ngawi pada tahun 2010 jumlah BBLR tertinggi adalah Puskesmas Kendal yaitu sebanyak 41 BBLR dari 759 kelahiran hidup (5,4 %).

Upaya pemerintah Kabupaten Ngawi untuk penjarangan tumbuh kembang bayi dan balita telah dilakukan Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) bayi dan balita. DDTK dilaksanakan secara berkala oleh petugas kesehatan yaitu sebanyak 4 kali dalam setahun (pada usia 3, 6, 9 dan 12 bulan) pada bayi dan 2 kali dalam setahun (pada usia 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54 dan 60 bulan) pada balita. Tercatat pada tahun 2009 dari 12828 bayi yang di deteksi dini tumbuh kembangnya terdapat 67(0,52%) bayi mengalami keterlambatan perkembangan dan pada tahun 2010 dari 12.875 bayi yang dideteksi dini tumbuh kembangnya didapatkan 131 (1,0%) bayi mengalami keterlambatan perkembangan. Gambaran hasil deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan di Puskesmas Kendal tahun 2010 dari 723 bayi yang dideteksi didapatkan hasil yang perkembangannya sesuai 710 bayi (98,2%), meragukan 10 (1,3%), dan penyimpangan 3 (0,4%) (Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi, 2010). Secara umum aspek-aspek perkembangan yang dipantau adalah : gerak kasar atau motorik kasar, gerak halus atau motorik halus, kemampuan bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Depkes RI, 2005).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah keterlambatan perkembangan dengan stimulasi pada bayi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan juga oleh pengasuh. Selain itu juga dilakukan rujukan penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan ke bagian tumbuh kembang rumah sakit kabupaten atau fasilitas kesehatan terkait. Melihat masih adanya bayi baru lahir dengan BBLR dan masih adanya keterlambatan perkembangan di Puskesmas Kendal, maka penulis tertarik untuk mengkaji gambaran perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal.

### Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang maka dapat dirumuskan permasalahannya yaitu "Bagaimanakah gambaran perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal?"

### Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi karakteristik BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 yang meliputi: usia kehamilan, kondisi saat lahir dan jenis kelamin.
2. Mengidentifikasi perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal.
3. Mengidentifikasi perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR berdasarkan usia kehamilan di Puskesmas Kendal .
4. Mengidentifikasi perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR berdasarkan kondisi saat lahir di Puskesmas Kendal.
5. Mengidentifikasi perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Kendal.

### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Pada penelitian ini menggambarkan perkembangan bayi dan balita dengan riwayat berat lahir rendah berdasarkan usia kehamilan, kondisi saat lahir dan jenis kelamin. Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003: 93). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh BBLR pada tahun 2010 di Puskesmas Kendal sebanyak 41 bayi. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh BBLR tahun 2010 di Puskesmas Kendal sebanyak 41 bayi. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan studi dokumentasi dengan kohort bayi dan buku KIA untuk karakteristik usia kehamilan, kondisi saat lahir dan jenis kelamin. Untuk tes perkembangan dengan menggunakan KPSP yang dilakukan oleh bidan pembina desa yang mempunyai bayi dan balita dengan riwayat BBLR di tahun 2010. Untuk karakteristik BBLR instrumen yang digunakan adalah alat bantu pengumpulan data berupa checklist. Untuk perkembangan bayi dan balita dengan formulir KPSP sesuai umur yaitu KPSP dalam buku pedoman pelaksanaan SDIDTK di tingkat pelayanan dasar. Pada penelitian ini tiap-tiap variabel penelitian dianalisis dengan menghitung frekuensi dan persentase.

### HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Usia Kehamilan BBLR

No	Usia Kehamilan	Frekuensi	Persentase
1	Preterm	16	39,02
2	Aterm	25	60,98
	Jumlah	41	100,00

Tabel 2. Kondisi Lahir BBLR

No	Kondisi Lahir	Frekuensi	Persentase
1	Asfiksia	12	29,27%
2	Tidak Asfiksia	29	70,73%
	Jumlah	41	100%

Tabel 3. Jenis Kelamin BBLR

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki-laki	18	43,9%
2	Perempuan	23	56,1%
	Jumlah	41	100%

Tabel 4. Perkembangan Bayi Dan Balita dengan Riwayat BBLR

No.	Perkembangan	Frekuensi	Persentase
1	Penyimpangan	1	2,44 %
2	Meragukan	12	29,27 %
3	Sesuai	28	68,29 %
	Jumlah	41	100 %

Tabel 5. Perkembangan Bayi dan Balita BBLR Berdasarkan Usia Kehamilan

No	Usia Kehamilan	Perkembangan			Jumlah
		Penyimpangan	Meragukan	Sesuai	
1	Preterm	1 (6,3%)	11 (68,7%)	4 (25%)	16 (100%)
2	Aterm	0 (0%)	1 (4%)	24 (96%)	25 (100%)
	Jumlah	1 (2,44%)	12 (29,27%)	28 (68,29%)	41 (100%)

Tabel 6. Perkembangan Bayi dan Balita Dengan Riwayat BBLR Berdasarkan Kondisi Saat Lahir

No	Kondisi Lahir	Perkembangan			Jumlah
		Penyimpangan	Meragukan	Sesuai	
1.	Asfiksia	1 (8,33%)	9 (75%)	2 (16,67%)	12 (100%)
2.	Tidak Asfiksia	0 (0%)	3 (10,34%)	26 (89,66%)	29 (100%)
	Jumlah	1 (2,44%)	12 (29,27%)	28 (68,29%)	41 (100%)

Tabel 7. Tabel Silang Perkembangan Bayi Dan Balita Dengan Riwayat BBLR Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Perkembangan			Jumlah
		Penyimpangan	Meragukan	Sesuai	
1.	Laki-laki	1 (5,56%)	7 (38,89%)	10 (55,55%)	18 (100%)
2.	Perempuan	0 (0%)	5 (21,74%)	18 (78,26%)	23 (100%)
	Jumlah	1 (2,44%)	12 (29,27%)	28 (68,29%)	41 (100%)

## PEMBAHASAN

### Usia Kehamilan BBLR Di Puskesmas Kendal

Berdasarkan hasil penelitian bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 dilihat dari usia kehamilan BBLR yang lahir preterm sebanyak 39,02% dan yang lahir aterm sebanyak 60,98%. Dari data BBLR tahun 2010 di puskesmas Kendal terbanyak lahir aterm. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat bahwa bayi yang tergolong BBLR biasanya dilahirkan dibawah usia kehamilan 37 minggu atau masih kurang sekitar 3-4 minggu usia kehamilan normal (Fadhila, 2011). Hal ini kemungkinan disebabkan faktor lain yang dalam penelitian ini tidak diteliti.

### Kondisi Lahir BBLR Di Puskesmas Kendal

Berdasarkan hasil penelitian bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 dilihat dari kondisi lahir sebanyak 29,27% BBLR lahir dengan kondisi asfiksia dan 70,73% BBLR

lahir dengan tidak asfiksia. Dari data BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 terbanyak lahir dengan kondisi tidak asfiksia. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Fadhila (2011) bahwa banyak kasus BBLR diikuti dengan RDS (*respiratory Distress Syndrome*) karena kurang matangnya paru-paru. BBLR merupakan salah satu resiko untuk terjadi asfiksia pada bayi baru lahir. Bayi BBLR dan prematur berada pada resiko yang besar untuk mendapatkan masalah pernapasan. Berdasarkan *American Lung Association* sekitar 25.000 bayi lahir setiap tahun kebanyakan dari mereka lahir sebelum minggu 34 kehamilan menderita RDS. Hal ini kemungkinan disebabkan faktor lain yang dalam penelitian ini tidak diteliti.

#### **Jenis Kelamin BBLR di Puskesmas Kendal**

Dari hasil penelitian bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal pada tahun 2010 berdasarkan jenis kelamin sebanyak 43,9% laki-laki dan 56,1% perempuan. Dari data tersebut BBLR terbanyak di Puskesmas Kendal tahun 2010 berjenis kelamin perempuan. Hasil ini sesuai dengan penelitian Handri Mulyono yang berjudul gambaran kejadian BBLR, karakteristik ibu dan karakteristik bayi pada bayi dengan ibu vegetarian di 17 kota di Indonesia tahun 2009 bahwa jenis kelamin bayi berpengaruh terhadap kejadian BBLR, seperti di Srilanka perbedaan berat badan bayi sebesar 58 gram antara bayi laki-laki dan perempuan, dimana berat badan bayi laki-laki lebih berat dibanding bayi perempuan. Proporsi kejadian BBLR bayi laki-laki yaitu sebanyak 46,44%, lebih sedikit dibanding bayi perempuan yaitu sebanyak 53,56%. Bayi laki-laki saat lahir memiliki rata-rata berat badan lahir 150 gram lebih berat daripada bayi perempuan akibat stimulasi hormon androgenik atau karena kromosom Y memuat materi genetik yang dapat meningkatkan pertumbuhan janin laki-laki.

#### **Perkembangan Bayi dan Balita dengan Riwayat BBLR**

Dari hasil penelitian perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2011 yang mengalami perkembangan penyimpangan sebanyak 2,44% balita, perkembangan meragukan 29,27% dan perkembangan sesuai 68,29%. Dari data sebagian besar bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 mempunyai perkembangan sesuai. Hal ini tidak sesuai dengan teori bahwa bayi BBLR umumnya kurang mampu beradaptasi dengan lingkungan baru sehingga dapat berakibat pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan. Salah satu resiko yang dapat terjadi di jangka panjang dari BBLR adalah gangguan perkembangan (Anonim, 2008). Hal ini kemungkinan disebabkan faktor lain yang dalam penelitian ini tidak diteliti.

#### **Perkembangan Bayi dan Balita dengan Riwayat BBLR Berdasarkan Usia Kehamilan**

Hasil penelitian perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 berdasarkan usia kehamilan didapatkan hasil dari kelahiran preterm terbanyak (68,7%) perkembangan meragukan dan dari kelahiran aterm terbanyak (96%) perkembangan sesuai. Dari data dapat dilihat bahwa keterlambatan dan penyimpangan perkembangan lebih banyak terjadi pada bayi dan balita dengan riwayat kelahiran preterm. Hal ini berkaitan dengan maturitas organ yang belum sempurna pada bayi prematur. Menurut Depkes RI (2005) kualitas perkembangan bayi dan balita dipengaruhi oleh faktor luar yaitu salah satunya faktor pranatal diantaranya gizi ibu pada saat hamil yang bisa berdampak pada kelahiran prematur. Hal ini sesuai dengan pernyataan Siti Samsiyah semakin muda usia kehamilan semakin besar resiko jangka pendek dan jangka panjang pada BBLR. Diantara resiko jangka panjang salah satunya adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

#### **Perkembangan Bayi dan Balita dengan Riwayat BBLR Berdasarkan Kondisi Saat Lahir**

Hasil perkembangan bayi dan balita berdasarkan kondisi saat lahir bayi yang lahir dengan asfiksia terbanyak (75%) perkembangan meragukan dan yang lahir tidak asfiksia terbanyak (89,66%) perkembangan sesuai. Dari hasil di atas bahwa keterlambatan dan penyimpangan perkembangan lebih banyak terjadi pada bayi dan balita dengan kondisi asfiksia saat lahir. Hal ini sesuai dengan teori bahwa perkembangan bayi juga dipengaruhi oleh proses persalinan yaitu komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia yang mana keadaan ini dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak (Depkes RI, 2005).

#### **Perkembangan Bayi dan Balita Dengan Riwayat BBLR Berdasarkan Jenis Kelamin.**

Perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR di Puskesmas Kendal tahun 2010 bayi dan balita laki-laki terbanyak (55,55%) perkembangan sesuai dan bayi dan balita perempuan terbanyak

(78,26%) perkembangan sesuai. Dari data tidak ada perbedaan yang menonjol antara perkembangan bayi dan balita laki-laki dan perempuan. Hasil ini sesuai dengan penelitian Desi Kamadewi tentang hubungan antara BBLR dan gangguan perkembangan bicara di poliklinik tumbuh kembang anak RS. Dr. Sardjito Jogjakarta tahun 2003 yang menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam hal gangguan perkembangan bicara pada balita dengan riwayat BBLR. Menurut Depkes RI (2005) pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi oleh faktor internal salah satunya yaitu jenis kelamin. Pada anak perempuan fungsi reproduksi berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah pubertas anak laki-laki akan lebih cepat.

### KESIMPULAN

Persentase karakteristik BBLR adalah: usia kehamilan terbanyak (60,98%) lahir aterm, kondisi saat lahir terbanyak (70,73%) tidak Asfiksia dan jenis kelamin terbanyak (56,1%) berjenis kelamin perempuan. Persentase hasil perkembangan BBLR terbanyak adalah perkembangan sesuai. Berdasarkan usia kehamilannya perkembangan bayi dan balita yang lahir aterm mempunyai perkembangan yang lebih baik dibandingkan yang lahir preterm. Berdasarkan kondisi saat lahir perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR bayi dan balita dengan kondisi lahir Asfiksia lebih banyak mengalami masalah dalam perkembangannya dibandingkan yang tidak Asfiksia. Berdasarkan jenis kelamin perkembangan bayi dan balita dengan riwayat BBLR tidak ada perbedaan yang bermakna antara laki-laki dan perempuan. Perbedaan perkembangannya lebih dipengaruhi oleh usia kehamilan dan kondisi saat lahir.

Agar lebih mengaktifkan program SDIDTK khususnya pada bayi dan balita dengan riwayat BBLR agar bayi dengan riwayat BBLR bisa optimal dalam pertumbuhan dan perkembangannya, serta meningkatkan penyuluhan kepada ibu dan keluarga yang mempunyai BBLR yang mengalami masalah dalam perkembangannya agar lebih ditingkatkan dalam pemantauan perkembangannya. Khususnya ibu hamil agar lebih memelihara kehamilannya dengan ANC secara rutin, sehingga tidak terjadi persalinan prematur dan BBLR serta meningkatkan penyuluhan tentang tumbuh kembang anak. Selain itu supaya lebih memanfaatkan pelayanan posyandu khususnya pelayanan DDTK.

### DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2008. *Bayi berat lahir rendah*. <http://kuliahibidan.wordpress.com/2008/BBLR>. (Diakses 15 september 2011).
- Arikunto Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bejo. 2010. *Kumpulan skripsi*. Bejo community Blogspot.com. (Diakses 15 September 2011).
- Budiarto Eko. 2001. *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2005. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh kembang Anak di tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- , 2007. *Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah ( BBLR ) untuk Bidan*. Jakarta
- Dinkes, Kabupaten Ngawi. 2010. *Laporan Tahunan Kegiatan Kesehatan Ibu dan Anak Balita*. Ngawi.
- Fadhila Haziq. 2011. *BBLR*. <http://www.Haziqfadhila.asia/2011/05/BBLR>. (diakses 31 Desember 2011).
- Kamadewi Desi. 2009. *Penelitian BBLR dan BBLC* Elvaneffendi. Blogspot.com/2009/06. (diakses 31 Desember 2011).
- Mulyono Hadi. 2009. *Gambaran kejadian BBLR, karakteristik ibu dan karakteristik bayi pada bayi dari ibu vegetarian di 17 kota di Indonesia tahun 2009*. Digital 126294-s5688-gambaran-kejadian-analisis-pdf(secured)-Adobe Reader. (diakses 31 Desember 2011).
- Notoatmodjo Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rinneka Cipta
- Nursalam dan S Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis metodologi Riset keperawatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- , 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Saifudin. 2007. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Samsiyah Siti 2011. *Bayi Berat Lahir Rendah*. <http://www.ibu.dan.balita.com/diskusi/pertanyaan/31030> (diakses 31 Desember 2011).
- Sherly. 2009. *Sekilas Bayi Berat Lahir Rendah*. <http://bidan.sherly.wordpress.com.2009> (diakses 31 Desember 2011).
- Soetjningsih. 1998. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC
- Sugiono. 2008. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta.

## HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU TENTANG DETEKSI DINI ISPA DENGAN KEJADIAN EPISODE ISPA PADA BALITA

Budi Yulianto  
(Prodi Kesehatan Lingkungan Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)  
Nurlailis Saadah  
(Prodi Kebidanan Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)  
Sandro Kurnia Saderu  
(RSUD Dolopo, Madiun)

### ABSTRAK

Deteksi dini ISPA adalah sejauh mana ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA mengenal tentang ISPA dan tanda-tanda atau gejala ISPA yang menyerang balita usia 12-60 bulan penderita ISPA. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA tentang *deteksi dini ISPA* dengan kejadian episode ISPA pada balita usia 12-60 bulan penderita ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo. Jenis penelitian yang digunakan adalah "korelasional". Pada penelitian ini populasinya adalah ibu yang mempunyai balita usia 12-60 bulan penderita ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo sejumlah 115 ibu balita. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian adalah "*Simple Random Sampling*". Data dikumpulkan dengan kuesioner dan data rekapitulasi hasil penemuan ISPA pada balita usia 12-60 bulan. Untuk mengetahui hubungan diantara variabel-variabel digunakan uji statistik "Chi square". Hasil penelitian adalah ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA mempunyai pengetahuan cukup sebanyak 51 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (44, 3%), balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang mendapat kejadian episode ISPA ringan 29 balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (56, 9%). Hasil penghitungan uji statistik diperoleh nilai probabilitas ( $P = 0,000 \leq 0,05$ ). Nilai koefisien kontingensi sebesar 0,484 berarti tingkat keeratan antara kedua variabel adalah agak rendah dan mempunyai korelasi yang positif (+) hal ini berarti kedua variabel tersebut mempunyai hubungan yang searah dan ada korelasi yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA. Pengetahuan ibu balita tentang deteksi dini ISPA baik maka kejadian episode ISPA pada balita rendah sebaliknya jika pengetahuan ibu balita tentang deteksi dini ISPA rendah maka tingkat kejadian episode ISPA pada balita tinggi. Ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA diharapkan meningkatkan pengetahuan dengan cara aktif mencari informasi dari berbagai media, dan terus menghadiri penyuluhan tentang deteksi dini ISPA pada balita usia 12-60 bulan. Dan perawat diharapkan memberikan penyuluhan secara berkesinambungan tentang *deteksi dini ISPA* pada ibu balita usia 12-60 bulan karena dengan pengetahuan yang baik maka akan mempengaruhi menurunnya angka kejadian episode ISPA pada balita usia 12-60 bulan.

Kata Kunci:  
Episose ISPA, pengetahuan, balita

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

ISPA merupakan masalah kesehatan yang serius, terutama pada balita ISPA merupakan infeksi saluran pernafasan akut, atau Acute Respiratory Infections (ARI). Istilah ISPA meliputi tiga unsur yakni infeksi, saluran pernafasan, dan akut (Indah, 2005). ISPA sering menyerang balita, ISPA pada balita di Indonesia diperkirakan 4 sampai 6 kali per tahun, ini berarti seorang balita rata-rata mendapat serangan penyakit ISPA 4 sampai 6 kali setahun (Ngastiyah, 2003). Pada balita virus-virus influenza merupakan penyebab terjadinya lebih banyak penyakit saluran nafas bagian atas daripada saluran nafas bagian bawah (Siregar dan Maulany, 1995). Virus para influenza merupakan penyebab terbesar dari sindroma batuk rejan, bronkiolitis dan penyakit demam saluran nafas bagian atas pada balita (Ngastiyah, 2003).

Penyakit ISPA merupakan salah satu penyebab utama meningkatnya kunjungan pasien balita akibat ISPA di sarana kesehatan. Sebanyak 40%-60% kunjungan berobat di Puskesmas dan 15%-30% kunjungan berobat di bagian rawat jalan dan rawat inap rumah sakit disebabkan oleh ISPA. Di Indonesia angka kematian akibat ISPA diperkirakan 20% (Pugud dan Samodra, 2008).

Dari studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Dolopo pada bulan April 2014 terdapat 2.221 balita usia 12-60 bulan yang tersebar di enam desa di wilayah kerja Puskesmas Dolopo, sebanyak 362 balita usia 12-60 bulan (16, 2%) diantaranya menderita ISPA. Pada bulan April 2009 dari angka 2.221 balita usia 12-60 bulan, 385 balita usia 12-60 bulan (17, 3%) diantaranya merupakan penduduk Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo. Dari 385 balita usia 12-60 bulan (17, 3%) penduduk Kelurahan Bangunsari, 161 balita usia 12-60 bulan (41, 9%) diantaranya menderita ISPA. Dari angka 362 balita usia 12-60 bulan (16, 2%) penderita ISPA di wilayah kerja Puskesmas Dolopo, sebanyak 161 balita usia 12-60 bulan (44, 4%) penderita ISPA adalah balita usia 12-60 bulan yang bertempat tinggal di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas.

Pencegahan ISPA dapat dilakukan dengan penyuluhan kesehatan yang terutama ditujukan pada para ibu balita agar mendapat pengetahuan yang cukup tentang penanganan kasus ISPA pada balita, pengelolaan kasus yang disempurnakan.

### **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut : "Apakah ada hubungan pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo?"

### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi pengetahuan ibu balita tentang deteksi dini ISPA.
2. Mengidentifikasi kejadian episode ISPA pada balita di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo.
3. Menganalisa hubungan antara pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo.

### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah penelitian korelasional yaitu untuk melihat hubungan antara pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo. Populasi pada penelitian ini adalah Semua ibu yang mempunyai balita di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo, populasi sebanyak 161 ibu balita berdasarkan data Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo Kabupaten Madiun pada bulan April 2014. Dalam penelitian ini sampel yang diambil adalah sebagian ibu balita yang balitanya menderita ISPA sebanyak 115 ibu balita. Dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling* yaitu mengambil sampel dengan melakukan lotre terhadap anggota populasi. Semua subjek yang termasuk dalam populasi mempunyai hak yang sama untuk dijadikan anggota sampel. Masing-masing subjek diberi nomor urut sesuai dengan abjad nama dan urutan nomor semula, dengan kertas gulungan yang berisi nomor-nomor subjek, dilakukan lotre seperti cara lotre yang sudah umum.

Penelitian dilakukan di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo, pada bulan Juli-Agustus 2014. Data pada penelitian ini dikumpulkan dengan teknik: 1) variabel pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan mengisi kuesioner terbuka, 2) variabel kejadian episode ISPA pada balita dengan data kunjungan pasien ISPA balita yang terdaftar di Puskesmas Dolopo. Untuk menganalisa hubungan antara pengetahuan ibu tentang *deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita umur 12-60 bulan*, di gunakan uji statistik Chi square

### **HASIL PENELITIAN**

#### **Data Umum**

Dari 115 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang diteliti, sebanyak 76 orang (66, 1 %) mempunyai usia 20-30 tahun, sebanyak 37 orang (32, 2 %) mempunyai usia 31-41 tahun dan sebanyak 2 orang (1, 7 %) berusia > 42 tahun.

Dari 115 ibu balita umur 12-60 bulan penderita ISPA yang diteliti, sebanyak 69 orang (60,0 %) berpendidikan SLTA, sebanyak 38 orang (33,0 %) berpendidikan SLTP, sebanyak 4 orang (3,5%) berpendidikan SD dan 4 orang (3,5 %) yang berpendidikan Perguruan Tinggi (PT).

Dari 115 balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang diteliti, sebanyak 79 orang (68,7 %) berusia antara 12-24 bulan, 36 orang (31,3 %) berusia 25-36 bulan.

### **Pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA**

Dari 115 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang diteliti yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 40 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (31,5 %), yang mempunyai pengetahuan cukup sebanyak 51 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (45,7 %), dan sebanyak 24 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (22,8 %) mempunyai pengetahuan kurang tentang *deteksi dini ISPA pada balita usia 12-60 bulan*.

### **Angka kejadian episode ISPA pada balita**

Dari 115 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang diteliti yang mempunyai balita usia 12-60 bulan dengan angka episode ISPA tinggi sebanyak 6 balita (5,7 %), sebanyak 42 balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (38,5 %) mempunyai angka kejadian episode ISPA sedang dan sebanyak 39 balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (55,7 %) mempunyai angka episode ISPA rendah.

### **Hubungan antara pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian ISPA pada balita**

Dari 115 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo yang diteliti yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 40 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (34, 8%), sebanyak 5 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (12, 5%) diantaranya mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA sedang, sebanyak 35 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (87, 5%) mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA ringan. Dari 51 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (44, 3%) yang mempunyai pengetahuan cukup, sebanyak 3 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (5, 9%) diantaranya mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA tinggi, sebanyak 19 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (37, 3%) mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA sedang dan sebanyak 29 ibu balita usia penderita ISPA (56, 9%) mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA ringan. Sedangkan dari 24 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (20, 9%) yang mempunyai pengetahuan kurang, sebanyak 3 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (12,5 %) diantaranya mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA tinggi, sebanyak 18 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (75 %) mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA sedang sedangkan sebanyak 3 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (12,5 %) mempunyai balita dengan angka kejadian episode ISPA ringan.

## **PEMBAHASAN**

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang berpengetahuan baik sebanyak 40 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (34, 8%), yang berpengetahuan cukup sebanyak 51 ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (44, 3%) dan yang berpengetahuan kurang sebanyak 24 ibu balita balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (20, 9%). Pengetahuan ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA tentang *deteksi dini ISPA* diantaranya dipengaruhi oleh umur, pendidikan dan informasi yang didapat tentang *deteksi dini ISPA*.

Dari hasil uji statistik untuk menganalisa hubungan antara pengetahuan ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita usia 12-60 bulan penderita ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo diperoleh nilai *probability* (P) = 0,000 ≤ 0,05 dengan nilai koefisien kontingensi sebesar 0,484. Ini berarti ada hubungan antara pengetahuan ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA tentang *deteksi dini ISPA* dengan kejadian episode ISPA pada balita usia 12-60 bulan penderita ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo dengan tingkat keeratan antara kedua variabel adalah agak rendah dan mempunyai arah yang sejajar. Sehingga dapat disimpulkan bahwa antara pengetahuan ibu balita usia 12-69 bulan penderita ISPA tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita usia 12-60 bulan penderita ISPA ada hubungannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu tentang hubungan pengetahuan ibu tentang ISPA dengan kejadian ISPA pada balita di Puskesmas Klaten tengah, Dwi Handayani (2007). Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita usia 12-60 bulan.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian pada ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang mempunyai balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang mendapat episode ISPA di Kelurahan Bangunsari Kecamatan Dolopo wilayah kerja Puskesmas Dolopo dapat disimpulkan bahwa :

1. Ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 40 ibu balita penderita ISPA (34, 8%), yang mempunyai pengetahuan cukup sebanyak 51 ibu balita penderita ISPA (44, 3%), dan sebanyak 24 ibu balita penderita ISPA (20, 9%) mempunyai pengetahuan kurang tentang *deteksi dini ISPA pada balita usia 12-60 bulan penderita ISPA*.
2. Ibu balita usia 12-60 bulan penderita ISPA yang mempunyai balita usia 12-60 bulan penderita ISPA dengan angka episode ISPA tinggi sebanyak 6 balita penderita ISPA (5, 2%), sebanyak 42 balita penderita ISPA (36, 5%) mempunyai angka kejadian episode ISPA sedang dan sebanyak 67 balita usia 12-60 bulan penderita ISPA (58, 3%) mempunyai angka episode ISPA rendah.
3. Ada hubungan signifikan dengan tingkat kecerdasan agak rendah dengan arah yang sejajar antara pengetahuan ibu balita usia 12-60 bulan tentang deteksi dini ISPA dengan kejadian episode ISPA pada balita dengan nilai probabilitas  $(P) = 0,000 \leq 0,05$  dengan nilai koefisien kontingensi 0,484.

Saran-saran yang diajukan adalah:

1. Bagi ibu yang mempunyai balita usia 12-60 bulan.  
Diharapkan ibu balita usia 12-60 bulan dapat meningkatkan pengetahuan dengan cara aktif mencari informasi dari berbagai media, dan aktif menghadiri penyuluhan tentang deteksi dini ISPA pada balita dan rajin memeriksakan kesehatan balita di Puskesmas.
2. Bagi institusi kesehatan  
Sebagai bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan tentang penanggulangan deteksi dini ISPA pada balita usia 12-60 bulan di Kelurahan Bangunsari.
3. Bagi petugas kesehatan  
Bagi perawat diharapkan lebih meningkatkan kinerja dalam bimbingan konseling pada ibu balita tentang deteksi dini ISPA

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi dkk. 2004 (online). Resiko ISPA pada Balita. <http://putraprabu.wordpress.com>, Diakses 15/05/2014.
- Arikunto, S. 1998. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta : Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut*. Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2007. *Tata Laksana Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut*.
- Indah. 2005 (Online). Faktor Resiko ISPA pada Balita. <http://putraprabu.wordpress.com>. Diakses 16/05/2014.
- Koch et al. 2003 (online). <http://doctorology.net/wpcontent/themes/health/images/120x600.jpg>. Diakses 27/05/2014.
- Ngastiyah. 2003. *Perawatan Anak Sakit, Edisi 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1993. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- . 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam & Pariani S. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Sagung Seto: Jakarta.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika : Jakarta.
- Pugud, Samodra. 2008 (Online). Patofisiologi ISPA. <http://pugud.blogspot.com>. Diakses 28/05/2014.
- Sugiyono. 2005. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta

## PERBEDAAN PERKEMBANGAN BAHASA ANAK USIA 3-5 TAHUN ANTARA YANG DIASUH ORANG TUA SENDIRI DENGAN PEMBANTU RUMAH TANGGA

Kasiati  
(Prodi Keperawatan Lawang, Poltekkes Kemenkes Malang)

kasiatilawang@yahoo.com

### ABSTRAK

Anak yang diasuh bukan orangtuannya sendiri menghadapi resiko perkembangan lebih besar. Stimulasi orang tua maupun pembantu rumah tangga dapat dilihat dari pola asuh dalam mempengaruhi aspek perkembangan verbal. Penelitian ini dengan tujuan mengetahui perbedaan perkembangan anak usia 3-5 tahun antara yang diasuh orang tua dan pembantu rumah tangga. Desain penelitian komparatif dan sampel menggunakan *random sampling*. Instrumen penelitian lembar observasi DDST. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perkembangan anak usia 3-5 tahun yang diasuh orang tua (93%) responden mengalami perkembangan normal, sedangkan yang diasuh pembantu rumah tangga (75 %) responden mengalami perkembangan normal. Perkembangan bahasa anak yang diasuh orang tua lebih baik dibandingkan yang diasuh oleh pembantu rumah tangga. Meskipun, setelah dianalisa menurut *Chi Square Test* menunjukkan,  $P = 0,33$ , berarti tidak ada perbedaan yang signifikan perkembangan anak usia 3-5 tahun antara yang diasuh orang tua dan pembantu rumah tangga. Bagi orang tua yang mempunyai anak usia 3-5 tahun diharapkan mempertahankan dan meningkatkan pengasuhan anak serta memberikan perhatian dan kasih sayang lebih dan tidak melimpahkan sepenuhnya pengasuhan anak ke pembantu rumah tangga. Posyandu diharapkan berupaya meningkatkan program yang berhubungan dengan perkembangan anak ..

Kata kunci:

perkembangan bahasa, anak usia 3-5 tahun, diasuh orang tua , pembantu rumah tangga

### PENDAHULUAN

#### Latar belakang

Dunia ini memang sudah sangat berubah, peran pencari nafkah saat ini, tidak lagi diemban oleh ayah seorang saja. Ibu pun sudah harus ikut turun gunung agar asap dapur tetap mengepul dan gaya hidup bisa terakomodasi. Data Badan Pusat Statistik Republik Indonesia pada tahun 2007 jumlah perempuan bekerja 48,63%, tahun 2009 menjadi 49,5%, keadaan ini cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya. Konsekuensi dari perubahan pola pengasuhan anak lebih sering dibebankan pada pembantu rumah tangga dibanding dengan orangtua sendiri. Cara mengasuh orangtua sangat penting karena merupakan pola interaksi antara orang tua dan anak yaitu bagaimana sikap atau perilaku orang tua saat berinteraksi dengan anak (Theresia Indira Shanti, 2000). Kesalahan memilih pengasuh tentu saja akan berdampak pada perkembangan anak, salah satunya perkembangan bahasa (*Language*) anak dan berpengaruh pada masa depan anak.

Prevalensi keterlambatan anak umur 2-4,5 tahun menurut studi Cochrane terakhir adalah keterlambatan bicara 5-6 % dan 2,3 – 19 % mengalami keterlambatan verbal (Soetjiningsih,2012). Pada anak lima tahun pertama kehidupan sebagai “ Masa Kecemasan” (*Golden Period*), Jendela Kesempatan”(*Window of Opportunity*), dan masa Kritis” (*Critical Period*),(Dep.Kes RI,2005). Masa inilah, masa paling penting dalam pembentukan pondasi kepribadian, maka pemberian stimulus sejak dini sangat mempengaruhi terhadap perkembangan anak (Sujiono,2012). Banyak faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia 3-5 tahun yaitu kesehatan, intelegensi, jenis kelamin, lingkungan ( pola asuh) dan status sosial ekonomi, bila hal ini tidak terpenuhi maka akan terjadi keterlambatan dalam tugas perkembangan anak. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Desa Sumber Porong , fenomena yang terjadi pada saat anak datang ke posyandu mayoritas diantar oleh pembantu dikarenakan orang tua bekerja, anak yang diantar orang tua lebih mudah bersosialisasi dengan teman yang ada dan anak yang diantar pembantu sering rewel kadang menangis

Pemantauan perkembangan salah satunya menggunakan Denver II anak sangat penting, karena dengan pemantauan yang baik akan dapat diketahui deteksi dini kelainan perkembangan anak, sehingga intervensi dini dapat dilakukan dan tumbuh kembang anak dapat lebih optimal sesuai dengan kemampuan genetiknya. (Soetjiningsih, 1995). Perkembangan akan akan optimal bila interaksi sosial sesuai kebutuhan berbagai tahap perkembangan anak. Sedangkan lingkungan yang tidak mendukung akan menghambat perkembangan seperti cara mengasuh orang tua dan pembantu rumah tangga yang otoriter, permisif, demokratis dan situasional sangat berperan penting dalam menentukan perkembangan anak . Jika cara mengasuh orang tua dan pembantu rumah tangga tidak berjalan dengan baik maka perkembangan bahasa anak akan mengalami gangguan atau keterlambatan di dalam tugas perkembangan, yang berdampak keterlambatan dalam perkembangannya. Bila orang tua tidak mampu mengasuh anak secara mandiri, bukan berarti tidak boleh menganbil pengasuh dari luar, tetapi mencari model pengasuh yang tepat dengan karakter anak, karakter kita, dan situasi kita. Pilihan ada di tangan kita, karena pengasuhan paling ideal adalah diasuh oleh ayah ibu sendiri.

### Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan perkembangan bahasa anak usia 3-5 tahun antara yang diasuh orang tua sendiri dengan pembantu rumah tangga

### Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah menjelaskan perbedaan perkembangan bahasa anak usia 3-5 tahun antara yang diasuh orang tua dengan pembantu rumah tangga

### METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah komparatif yang bertujuan menjelaskan perbedaan perkembangan bahasa anak usia 3-5 tahun antara yang diasuh antara orang tua dan pembantu rumah tangga. Populasi dan Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia 3-5 tahun antara yang diasuh orang tua dan pembantu rumah tangga yang memenuhi kriteria inklusi dan eskresi, dengan teknik sampel menggunakan *random sampling*. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi *Denver Development Screening Test* (DDST) untuk menilai perkembangan bahasa anak dengan memberi tanda, jika lulus (P = Passed), gagal (F = Fail), kemudian dihitung berapa P dan F. Analisis data untuk mengetahui perbedaan perkembangan bahasa anak usia 1-3 tahun antara yang diasuh orang tua dan diasuh pembantu rumah tangga menggunakan uji statistik "*Chi Square*"

### HASIL PENELITIAN

Tabel .1. Distribusi Karakteristik Anak dan Pengasuh Responden di Desa Sumber Porong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang Tahun 2015

Karakteristik	Anak diasuh Orang Tua		Anak Diasuh PRT	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Umur / tahun				
18-40 (dewasa dini)	14	93	8	53
41-60 (dws madya)	1	7	7	47
Jenis kelamin (anak)				
Perempuan	8	53	9	60
Laki	7	47	6	40

Tabel 2. Distribusi Perkembangan Bahasa Anak yang Diasuh Orang tua dan Pembantu Rumah Tangga di Desa Sumber Porong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang Tahun 2015

Kategori	Anak Diasuh Orang Tua		Anak Diasuh PRT	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Normal	14	93	11	73
Tidak Normal	1	7	4	27
Total	15	100	15	100

Tabel 3. Hasil Uji Statistik Perbedaan Perkembangan Bahasa Anak yang Diasuh Orang Tua dengan Pembantu Rumah Tangga di Desa Sumber Porong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang Tahun 2015

Kelompok	Normal	Tidak Normal	Uji Statistik
Anak Diasuh Orang Tua	14	1	<i>Chi-Square Test</i> $P= 0,33$
Anak Diasuh PRT	11	4	
Jumlah	25	5	

Perkembangan bahasa normal anak yang diasuh orang tua sendiri sebanyak 14 anak (93 %), sedangkan pada anak yang diasuh pembantu rumah tangga perkembangan bahasa normal sebanyak 11 anak (75 %). Hasil analisis menggunakan *Chi-Square Test* diperoleh nilai  $p = 0,33$ , artinya tidak ada perbedaan yang signifikan pada perkembangan bahasa anak antara yang diasuh orang tua dengan anak diasuh pembantu rumah tangga.

### PEMBAHASAN

Perkembangan bahasa (*Language*) adalah kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah, dan berbicara spontan (Hidayati,2009). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan data bahwa anak yang diasuh orang tua mengalami perkembangan bahasa normal sebanyak 14 anak. Orang tua memainkan peran yang sangat penting pada perkembangan bahasa anak (Papalia,et.al,2008), mengingat bahwa orang tua mempunyai kepentingan dalam mendidik dan merawat anak sebaik mungkin. Secara mentalik, pemerolehan bahasa bisa dimulai sejak bayi, kontak batin antara ibu dan anak dalam komunikasi bisa memengaruhi kejiwaan anak. Semakin baik stimulasi yang diberikan orangtua seperti kegiatan bercerita dengan menggunakan bahasa ibu akan semakin positif respon yang muncul pada anak. Hasil penelitian didukung anak yang diasuh orang tua dengan latar belakang pendidikan orang tua mayoritas tinggi, hal ini berpengaruh pada pola pengasuhan yang baik sehingga anak akan mendapatkan perkembangan bahasa yang baik. Selain itu orang tua dengan status sosial ekonomi yang baik cenderung memberikan stimulasi cukup dengan memberikan fasilitas alat permainan yang mendorong perkembangan bahasa lebih baik. Usia orang tua juga merupakan usia produktif dalam mengasuh anak, sedangkan pendidikan dan pengalaman orang tua dalam perawatan anak akan mempengaruhi kesiapan mereka dalam menjalankan peran pengasuhan (Supartini:35:2002). Perkembangan anak yang diasuh orang tua mengalami perubahan psikologis sebagai hasil dari proses fungsi psikis dan fisik pada diri anak dari kurun waktu tertentu menuju kedewasaan lebih baik karena peran orang tua dalam mengasuh anak secara maksimal dan bisa lebih mendekatkan suatu hubungan antara orang tua dengan si anak (Suherman, 2000). Pilihan ada di tangan kita, karena pengasuhan paling ideal adalah diasuh oleh ayah ibu sendiri. Para ahli sepakat, perjalanan bahasa sangat dipengaruhi oleh penggunaan bahasa sekitar. Dengan kata lain, perjalanan pemerolehan bahasa seorang anak akan sangat bergantung pada lingkungan bahasa anak. Stimulasi yang diberikan orangtua akan terbingkai dalam pola pikir, pola tindak, dan pola ucap anak.

Namun, pada kelompok anak yang diasuh pembantu sebanyak 11 anak (75%) yang mengalami perkembangan bahasa normal, hal ini lebih besar dibandingkan perkembangan bahasa anak yang diasuh orang tua. Hasil penelitian diketahui bahwa pendidikan pengasuh anak tergolong rendah, hal ini berpengaruh pada pola pengasuhan yang kurang baik sehingga anak akan mendapatkan perkembangan bahasa yang tidak optimal. Bagaimanapun pendidikan dan pengalaman pengasuh lain dalam perawatan anak akan mempengaruhi kesiapan mereka dalam menjalankan peran pengasuhan (Supartini:35:2002). Faktor lain yang berpengaruh bahwa tugas pembantu rumah tangga sangat berat yaitu memasak untuk keluarga (*catering*), mencuci pakaian (*laundry*) dan menyetrica, membersihkan rumah bagian dalam (*house keeping*) dan bagian luar (*home service*), menjaga rumah (*security*), menjaga anak (*baby sitting*), pekerjaan kerumah tanggaan lainnya sepanjang dilakukan dalam lingkup rumah tangga yang disepakati oleh pembina jasa dan pembantu rumah tangga, hal ini pasti tidak maksimal dalam memberikan stimulasi bahasa pada anak sehingga bisa menghambat perkembangan bahasa anak. Ibu yang bekerja sering mengalami sebuah delem, meski menyadari harus memperkerjakan tenaga pengasuh untuk merawat anaknya selama ibu bekerja. Pendapat Kioang M.(2008) bahwa alasan ibu bekerja antara lain karena membantu meringankan beban ekonomi keluarga yang baik.

Berdasarkan analisis data penelitian didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara perkembangan bahasa anak yang diasuh orang tua dibandingkan dengan anak yang diasuh pembantu rumah tangga. Hal ini bukan berarti anak yang diasuh oleh orang tua sendiri tidak efektif, terbukti kelompok anak yang diasuh orang tua hanya ada 1 anak yang mengalami perkembangan bahasa tidak normal. Hasilnya menunjukkan lebih rendah dibanding dengan kelompok anak yang diasuh pembantu

rumah tangga yaitu sebanyak 4 anak yang mengalami perkembangan verbal tidak normal. Hal ini dikarenakan orang tua memainkan peran yang sangat penting pada perkembangan bahasa anak (Papalia, et.al, 2008). Hasil penelitian sejalan dengan teori Soetjiningsih, (1995) bahwa perkembangan anak balita sangat dipengaruhi oleh faktor psikososial seperti stimulasi, cinta dan kasih sayang, serta kualitas interaksi anak dengan orang tua. Anak yang mendapatkan kasih sayang dari orang tua stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang. Anak yang diasuh orang tua yaitu ibu bapak akan lebih cerdas dibanding oleh ibu atau bapak saja' kata pimpinan yayasan Psikodista di Banda Aceh. Meskipun, ada kemungkinan adanya variabel luar yang peneliti tidak bisa kendalikan yang mempengaruhi perkembangan anak yaitu kesehatan, intelegensi, jenis kelamin, lingkungan ( pola asuh) dan status sosial ekonomi.

Bila orang tua tidak mampu mengasuh anak secara mandiri, bukan berarti tidak boleh mengambil pengasuh dari luar, tetapi mencari model pengasuh yang tepat dengan karakter anak, karakter kita, dan situasi kita, maka dari itu harus diterapkan sedini mungkin sebelum ibu kembali bekerja supaya pengasuh dapat menjalankan tugas dengan baik dan perkembangan anak baik dan tidak mengalami keterlambatan. Pilihan ada di tangan kita, karena pengasuhan paling ideal adalah diasuh oleh ayah ibu sendiri, karena cara mengasuh anak antara orang tua dan pembantu rumah tangga berbeda. Cara mengasuh anak pada orang tua ditandai dengan adanya perhatian dan kasih sayang yang penuh pada anak, orang tua yang menerima, memperhatikan perkembangan kemampuan anak, dan memperhitungkan minat anak, sehingga anak umumnya dapat bersosialisasi dengan baik, kooperatif, ramah, loyal, secara emosional stabil dan gembira. Sedangkan cara mengasuh anak pada pembantu rumah tangga seandainya orang tua tidak ada di rumah, saat ada di rumah pembantu rumah tangga harus dapat membagi waktu dalam menjalankan 2 tugas yaitu melaksanakan pekerjaan rumah tangga dan mengasuh anak. Pembantu rumah tangga juga harus dibekali cara mengasuh anak. Selain itu orang tua tidak menyerahkan sepenuhnya pengasuhan anak kepada pembantu rumah tangga.

#### KESIMPULAN

Orang tua memainkan peran yang sangat penting pada perkembangan bahasa anak. Anak yang diasuh orang tua memiliki perkembangan verbal normal lebih banyak dan baik, dibandingkan anak yang pengasuhannya di serahkan ke pembantu rumah tangga.

Bila orang tua tidak mampu mengasuh anak secara mandiri, bukan berarti tidak boleh mengambil pengasuh dari luar, tetapi mencari model pengasuh yang tepat dengan karakter anak, karakter kita, dan situasi kita, maka dari itu harus diterapkan sedini mungkin sebelum ibu kembali bekerja supaya pengasuh dapat menjalankan tugas dengan baik dan pembantu rumah tangga tidak terlalu banyak dibebani oleh pekerjaan rumah. Pilihan ada di tangan kita, karena pengasuhan paling ideal adalah diasuh oleh ayah ibu sendiri.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, H. 2000, *Kamus besar Bahasa Indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka.  
Badan Pusat Statistik Republik Indonesia. (2009), <http://www.bps.go.id/tab>  
Hidajati, Z., 2009, *Faktor Resiko Disfasia Perkembangan pada Anak*. Semarang : Universitas Diponegoro.  
Pendidikan Dokter Spesialis Anak  
Depkes RI, 2005, *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*, Jakarta  
Hurlock, Elizabeth B. 1999. *Saat Anak Tumbuh*. Jakarta : Erlangga.  
Kiong M., 2008, *Siapa Bilang Ibu Bekerja Tidak Bisa Mendidik Anak dengan Baik*, Jakarta : PT Elex Media Komputindo  
Papalia D.E., Old S.W., Feldman R.D., 2008, *Human Development (Psikologi Perkembangan)*, Jakarta : Kencana Prenada Media Group  
Soetjiningsih, 1995, *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta : Buku Kedokteran ECG  
Soetjiningsih, 2012, *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta : Buku Kedokteran ECG  
Undang-Undang Ketenagakerjaan, 2003, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003*, Jakarta : Cemerlang  
Notoatmojo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.  
Suherman, 2000. *Perkembangan Anak*. Jakarta : EGC.  
Supartini, Yup. 2002. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta.

## **PENGARUH PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF TERHADAP PERKEMBANGAN BAYI USIA 6-12 BULAN**

Nurlailis Saadah  
(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### **ABSTRAK**

ASI mengandung banyak manfaat dan kelebihan. Diantaranya adalah menurunkan terjadinya penyakit infeksi misalnya infeksi pencernaan (diare), infeksi saluran pernafasan, dan infeksi telinga. ASI juga bisa menurunkan dan mencegah terjadinya penyakit non infeksi, seperti penyakit alergi, obesitas, kurang gizi, dan asma. Selain itu, ASI dapat pula meningkatkan IQ dan EQ anak. Variabel dalam penelitian ini terdiri atas variabel *independent* yaitu pemberian ASI eksklusif dan variabel *dependent* yaitu perkembangan bayi usia 6-12 bulan. Sampel penelitian adalah 21 bayi usia (6-12 bulan). Teknik pengumpulan data pemberian ASI eksklusif dengan menggunakan tanya jawab, sedangkan perkembangan bayi menggunakan lembar. Uji hipotesis menggunakan uji Mann-Whitney. Hasil menggunakan uji statistik Mann Whitney dengan bantuan program komputer dengan tingkat kemaknaan  $p \leq 0,05$  didapatkan  $p = 0,000$  sehingga  $0,000 \leq 0,05$  yang artinya  $H_0$  diterima yaitu ada pengaruh pemberian ASI eksklusif pada usia 6-12 bulan terhadap perkembangan bayi sangat kuat. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi pada usia 6-12 bulan.

Kata kunci:

ASI eksklusif, perkembangan bayi

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar Belakang**

ASI merupakan makanan pertama, utama, dan terbaik bagi bayi, yang bersifat alamiah. Pada tahun 2001 WHO menyatakan bahwa ASI eksklusif selama enam bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik. ASI mengandung berbagai zat gizi yang dibutuhkan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan bayi. Selain itu ASI mengandung banyak manfaat dan kelebihan (Prasetyo, 1999). Perkembangan anak yang optimal memerlukan dukungan nutrisi dan stimulasi yang adekuat. Air Susu Ibu dapat memenuhi semua kebutuhan dasar anak untuk tumbuh dan berkembang, baik kebutuhan fisis-biomedis (asuh), kebutuhan kasih sayang/emosi (asih), maupun kebutuhan akan stimulasi (asah). Menyusui akan meningkatkan hubungan atau ikatan batin antara ibu dan anak. Ikatan batin yang erat, mesra, dan selaras yang diciptakan seawal dan sepermanen mungkin sangat penting, karena (1) turut menentukan perilaku anak di kemudian hari, (2) menstimulasi perkembangan otak anak, (3) merangsang perhatian anak kepada dunia luar, (4) menciptakan kelekatan (*attachment*) antara ibu dan bayi. (Hidayat, 2005). Terkait itu, rendahnya pemahaman ibu, keluarga, masyarakat mengenai pentingnya ASI berakibat program pemberian ASI eksklusif tidak berlangsung secara optimal.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Posyandu II Desa Sugihwaras pada tanggal 25 Mei 2014 terhadap 10 orang ibu yang diambil secara acak dari 21 bayi didapatkan sebanyak 7 bayi semuanya tidak mendapatkan ASI eksklusif dimana semua bayi mengalami gangguan perkembangan seperti bayi pasif dan tidak merespon ketika diberi stimulasi, sedangkan 3 bayi yang mendapat ASI eksklusif semuanya mengalami perkembangan yang sesuai dengan usianya.

Faktor yang menyebabkan bayi tidak lengkap mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan dikarenakan, 1). Faktor pekerjaan yang menyebabkan bayi harus ditinggal untuk dititipkan kepada neneknya disitu bayi mendapatkan makanan pendamping ASI atau susu formula, 2). Faktor kurangnya pengetahuan ibu terhadap pentingnya ASI eksklusif terhadap bayi, 3). Kurangnya produksi ASI yang dihasilkan oleh ibu.

#### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 6-12 bulan.
2. Mengidentifikasi perkembangan bayi usia 6-12 bulan yang pernah mendapat ASI eksklusif atau tidak.
3. Menganalisa pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan.

### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik. Penelitian ini ditujukan untuk menguji pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan di Posyandu II Desa Sugihwaras

Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan. Rancangan atau desain yang digunakan pada penelitian ini bersifat observasional yang berarti antara faktor resiko dengan efeknya diukur atau diamati pada saat yang sama. Dalam penelitian ini adalah bayi usia 6-12 bulan yang menerima dan yang tidak menerima ASI eksklusif dinilai secara bersamaan perkembangannya. Penelitian dilaksanakan di Posyandu II Desa Sugihwaras Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan, mulai 8 juni–10 juli 2014. Populasi penelitian ini adalah seluruh bayi usia 6-12 bulan di Posyandu II Desa Sugihwaras Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan, sebanyak 26 bayi. Sampel adalah sebagian bayi usia 6-12 bulan di Posyandu II Desa Sugihwaras Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan. Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 21 bayi. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Cara yang digunakan yaitu dengan sistem acak, dengan meload dari jumlah populasi 26 bayi sampel yang diambil sebanyak 21 bayi yang meliputi umur 6 bulan, 9 bulan dan 12 bulan, dengan cara wawancara untuk ibu bayi dan bayi di uji dengan lembar KPSP.

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data perkembangan bayi usia 6-12 bulan adalah lembar KPSP, yang disesuaikan dengan perkembangan usia bayi yang diteliti. Data tentang pemberian ASI eksklusif diperoleh dari hasil wawancara dengan orang tua bayi, apa bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan diberi ASI eksklusif apa tidak. Data tentang perkembangan bayi dikumpulkan dengan cara melakukan observasi dan tanya jawab terhadap kemampuan yang dimiliki oleh bayi dipandu dengan lembar KPSP sesuai dengan umur bayi. Untuk melengkapi data perkembangan bayi usia 6-12 bulan selain dengan observasi juga dilakukan tanya jawab dengan ibunya apakah bayi bisa melakukan perkembangan sesuai usia bayi.

Langkah analisis yang akan digunakan untuk aspek pemberian ASI eksklusif peneliti melakukan wawancara dengan ibu bayi. Dari hasil wawancara kemudian dikriteriakan sebagai berikut : bayi usia 6-12 bulan dikatakan menerima ASI eksklusif jika bayi menerima ASI sejak usia 0-6 bulan tanpa susu formula dan makanan pendamping ASI. Bayi usia 6-12 bulan dikatakan tidak menerima jika bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif lengkap pada usia 0-6 bulan. Sedangkan untuk aspek perkembangan bayi usia 6-12 bulan diukur dengan lembar KPSP sesuai dengan usianya. Responden diberikan pertanyaan sesuai dengan usianya. Jika bayi dapat melakukan perintah sesuai dengan item pertanyaan dengan baik diberi nilai 1, jika bayi tidak dapat melakukan perintah sesuai dengan item pertanyaan saat itu, maka untuk diulang 1 minggu kemudian, jika pada saat diulang bayi tidak dapat melakukan perintah sesuai item maka diberi nilai 0. Kemudian dikriteriakan menjadi 3 kategori yaitu: perkembangan bayi baik (Normal) apabila penilaian KPSP : 9 atau 10 jawaban Ya. Perkembangan bayi meragukan apabila penilaian KPSP : 7 atau 8, dan bayi perlu pemeriksaan ulang 1 minggu kemudian. Perkembangan bayi tidak normal apabila penilaian KPSP : Kurang dari 7.

Analisa deskriptif digunakan untuk menganalisa karakteristik responden ibu dan bayi meliputi usia bayi, jenis kelamin bayi, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pemberian ASI eksklusif, perkembangan bayi disajikan dalam bentuk tabel. Untuk mencari pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan menggunakan Tes Mann-Whitney atau U-Test.

## HASIL PENELITIAN

Dari hasil penelitian terhadap 21 responden, sebanyak 4 bayi (19%) diberi ASI Eksklusif sebanyak 4 (19%) bayi mempunyai perkembangan baik, 0(0%) mempunyai perkembangan meragukan, 0 (0%) memiliki perkembangan tidak normal. Sedangkan sebanyak 17 bayi (81%) tidak diberi ASI Eksklusif sebanyak 0 (0%) bayi mempunyai perkembangan baik, 17(81%) mempunyai perkembangan meragukan, 0 (0%) memiliki perkembangan tidak normal.

Dari hasil uji statistik untuk menganalisa pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan di Posyandu II Desa Sugihwaras Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan dengan menggunakan uji Mann Whitney didapatkan nilai  $U = 10$  dan nilai  $p = 0.000$  karena nilai  $p \leq 0.05$ , berarti ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan.

## PEMBAHASAN

Dari hasil uji statistik Mann Whitney menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap bayi usia 6-12 bulan di Posyandu II Desa Sugihwaras Kecamatan Maospati Kabupaten Magetan Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu Rahma Siregar (2007) tentang pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap bayi usia 6-12 bulan, di Sumatera Utara pada bulan Desember 2007 yaitu ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan. Hasil

penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ade Rahmawati (2007) melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan, di Aceh pada bulan Juli 2007 dengan hasil ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan.

Di Kabupaten Magetan bayi mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan 2-5% dari 5.213 bayi (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan, 2013). Hal ini salah satunya disebabkan karena bayi mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan akibat kurang gizi khususnya dalam hal ini adalah ASI Eksklusif. Berarti penelitian ini membuktikan bahwa tingkat pemberian ASI Eksklusif pada bayi sangat mempengaruhi tingkat pertumbuhan dan perkembangan pada bayi. ASI mempunyai nilai yang paling tinggi dibandingkan dengan makanan bayi yang dibuat manusia ataupun susu hewan, seperti susu sapi, susu kerbau, dan lain-lainnya. Air Susu Ibu sangat menguntungkan ditinjau dari berbagai segi, baik segi gizi, kesehatan, ekonomi, maupun sosiopsikologis. Bayi yang tidak dapat cukup ASI akan terganggu perkembangan dan kesehatannya (Suhardjo, 1999).

### KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap perkembangan bayi usia 6-12 bulan. Selanjutnya disarankan:

1. Bagi ibu di harapkan untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemberian ASI eksklusif baik jumlah maupun frekwensi pemberiannya.
2. Bagi bidan diharapkan lebih meningkatkan dalam penyampaian penyuluhan ASI eksklusif sehingga dapat meningkatkan perkembangan bayi usia 6-12 bulan.
3. Bagi puskesmas diharapkan dapat memfasilitasi dalam penyampaian penyuluhan pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan.
4. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan untuk tidak berhenti dalam melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian ASI terhadap perkembangan bayi tetapi hendaknya juga melihat lebih dalam fenomena yang ada serta faktor yang mempengaruhinya.

### DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Aziz Alimul Hidayat, 2005. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak I*. Jakarta: Salemba Medika.
- , 2005. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI, 2004. *perkembangan Motorik Kasar dan Halus*. <http://www.AnakKita.com//> (download tanggal 04 Mei 2014)
- Dwi Sunar P, 2009. *Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Gunarsa, 1997. *Pengantar Ilmu Kesehatan ibu dan bayi*. Jakarta: Salemba Medika
- Hasan, Iqbal. 2004. *analisa Data Penelitian Untuk Statistik*. Jakarta : PT. Bumi Angkasa.
- Mansjoer, Arif. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1 Edisi 3*. Media Aesculapius : Jakarta
- Ngastiyah, 2003. *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta
- , 2003 *Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2001. *Pendekatan Praktis Metode Riset Keperawatan*. CV Infomedika : Jakarta
- , 2003. *Konsep Penerapan dan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter dan Perry, 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Soetjningsih Dr. Sp. AK, 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Surabaya: EGC.
- Sugiyono, 2005. *Statistika untuk Penelitian. Bandung*: CV. Alfabeta.
- Suhardjo, 1999. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC
- Utami Roesli, 2000. *pemberian Asi terhadap Perkembangan Motorik*: Universitas surabaya.
- WK. Frankenburg MDM SPH, 2004. *Buku Panduan Pemantauan Perkembangan*. Yogyakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UGM.

## TERAPI TERTAWA UNTUK TEKANAN DARAH SISTOLIK PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI SISTOLIK TERISOLASI

Maria Sambriang  
(Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang)

### ABSTRACT

**Background:** Hypertension is the silent killer disease or a silent killer, which some people do not realize that he had suffered from hypertension before their blood pressure checked. Generally, elderly suffer from isolated systolic hypertension associated with loss of arterial elasticity or hardening of the arteries (atherosclerosis) due to aging. Many elderly who live in home care feeling very lonely, stressed and depressed. Not a lot of laughing and smiling, even though they live in together but they missed their children and other family members, so they're up to the stress and even depression. Stress factors that triggered the occurrence of hypertension to the elderly in addition to age disorders. Additionally elderly also suffer pain in the joints and stiff muscles, so laughter stimulates to the production of endorphins which serves as reliever a pain. Elderly are not able to do much physical exercise due to muscle weakness and inflammation of the joints, therefore laughter therapy is an ideal exercise for those who have limitations physical (Kataria, 1999). Provision of medications for the elderly with hypertension also have to be careful so laughing therapy is the most safe, cheap and effective (Darmansyah, 2008). **Objective:** To identify effect of laughter therapy on systolic pressure in elderly with isolated systolic hypertension before and after the laughter therapy. **Methods:** The study was a pre-experimental design used pre test and post test one-group design. Subject of the study were elderly of 60 years and over having isolated systolic hypertension. Samples consisted of 30 elderly with determined purposive. The study was carried at home care of Budi Agung Kupang. **Results:** Score of t-test on systolic pressure of elderly before and after experiment showed difference ( $p < 0,05$ ). Changes in systolic pressure due to laughter therapy showed significant difference before an afer experiment ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Laughter therapy affected on systolic pressure of elderly with isolated systolic hypertension at home care of Budi Agung Kupang.

Keywords:

Laughter Therapy, Isolated Systolic Hypertension, Elderly

### PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan utama. Menurut Sani (2008) bahwa hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala, sementara tekanan darah yang terus menerus tinggi dalam waktu lama dapat menimbulkan komplikasi yang serius berupa penyakit jantung dan pembuluh darah seperti aterosklerosis, infark miokard, gagal jantung, infark serebri, gangguan fungsi ginjal tahap akhir, retinopati dan kematian dini.

Orang tua umumnya menderita hipertensi sistolik terisolasi yang berhubungan dengan hilangnya elastisitas arteri atau pengerasan dinding arteri (*arteriosclerosis*) akibat penuaan. Penelitian Domanski, dkk (1999) menunjukkan bahwa setiap kenaikan 10 mmHg tekanan darah arteri memiliki risiko 20% menderita stroke dan 14% mengalami kematian pada pasien lansia. Kita mengabaikan konsep keperawatan holistik yang lebih ditekankan pada kemampuan tubuh untuk melakukan penyembuhan diri dengan kapasitas yang dimiliki oleh tubuh sendiri. Teknik-teknik keperawatan holistik antara lain *relaksasi*, *bioenergi*, *laugh therapy* dan lain-lain. Terapi-terapi tersebut lebih menekankan upaya penyembuhan melalui proses alami tubuh dengan filosofi *holistic healing* (Lelik, 2006).

Banyak orang tua yang hidup di panti werda merasa sangat kesepian, stres dan tertekan. Mereka tidak banyak tertawa dan tersenyum, meskipun mereka hidup dalam kebersamaan tetapi mereka sangat merindukan anak-anak dan anggota keluarga yang lain, sehingga terkadang mereka sampai stres dan bahkan depresi. Faktor stres inilah yang memicu terjadinya hipertensi bagi lansia selain faktor umur. Selain itu lansia juga menderita nyeri pada persendian dan otot kaku sehingga tawa merangsang produksi *endorphin* yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit. Lansia tidak mampu melakukan banyak latihan fisik karena masalah otot lemah dan radang persendian, oleh karena itu tawa merupakan latihan ideal bagi mereka yang mempunyai keterbatasan fisik (Kataria, 1999).

Panti Werda Budi Agung merupakan satu-satunya rumah pemondokan para lansia yang berada di Kota Kupang dan dibawah pengawasan Kantor Dinas Sosial Propinsi. Sampai saat ini lembaga tersebut hanya memiliki seorang tenaga perawat kontrak untuk merawat dan mengawasi kesehatan para lansia

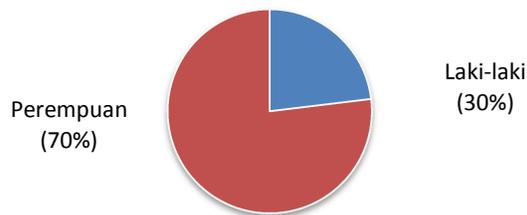
tersebut. Pada waktu dilakukan survey awal untuk memperoleh gambaran sementara jumlah populasi sasaran penelitian, terdapat 80 orang lansia yang tercatat sebagai penghuni Panti Werda Budi Agung Kupang dan diantaranya ada yg menderita hipertensi yaitu sebanyak 34 orang (42,5%). Mengingat terapi tertawa bisa dilakukan oleh siapa saja dan orang yang akan menjadi tutor hanya perlu sedikit latihan maka terapi tertawa ini layak diterapkan di Panti Werda Budi Agung Kupang.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah *pre-experimental design (nondesigns)* dengan rancangan *one-group pretest-posttest design* (Sugiyono, 2009). Rancangan ini dipilih dengan pertimbangan bahwa peneliti ingin melihat perbedaan tekanan darah sebelum dan setelah dilakukan terapi tertawa. Penelitian ini dilakukan di Panti Werda Budi Agung Kupang dengan pertimbangan bahwa penelitian tentang pengaruh terapi tertawa terhadap penurunan tekanan darah sistolik pada lansia yang mengalami hipertensi belum pernah dilakukan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei - Juni 2012. Populasi penelitian adalah seluruh lansia hipertensi yang tinggal di Panti Werda Budi Agung Kupang sebanyak 34 orang. Sampel penelitian ini adalah lansia yang menderita hipertensi sistolik terisolasi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebanyak 30 orang. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive*, dengan memenuhi kriteria sebagai berikut: Lansia hipertensi yang bersedia menjadi responden dengan tekanan darah  $\geq 140/80$  mmHg, umur  $\geq 60$  tahun dan tidak sedang mengkonsumsi obat atau bahan anti hipertensi saat dilakukan terapi tertawa. Variabel bebasnya adalah terapi tertawa dan variabel terikat adalah tekanan darah. Data primer dalam penelitian ini adalah tekanan darah lansia hipertensi yang diukur sebelum dan 15 menit sesudah dilakukan terapi tertawa.

## HASIL PENELITIAN

Jumlah responden penelitian sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 34 orang. Selama penelitian berlangsung 4 orang tidak melanjutkan terapi tertawa dengan alasan sakit, sehingga pada akhir penelitian jumlah subjek penelitian menjadi 30 orang. Pada Gambar 1. Menunjukkan bahwa distribusi jenis kelamin responden yang menderita hipertensi terlihat tidak merata. Paling banyak responden perempuan yaitu 21 orang (70%) sedangkan responden laki-laki sebanyak 9 orang (30%).



Gambar 1. Distribusi Jenis Kelamin Lansia Penderita Hipertensi di Panti Werda Budi Agung Kupang 2012

Seluruh responden hipertensi yang hadir saat pemberian terapi tertawa adalah responden dengan patokan usia menurut WHO yaitu usia lanjut (elderly) 60-74 tahun dan usia tua (old) 75-90 tahun dengan sebaran seperti pada gambar 2.

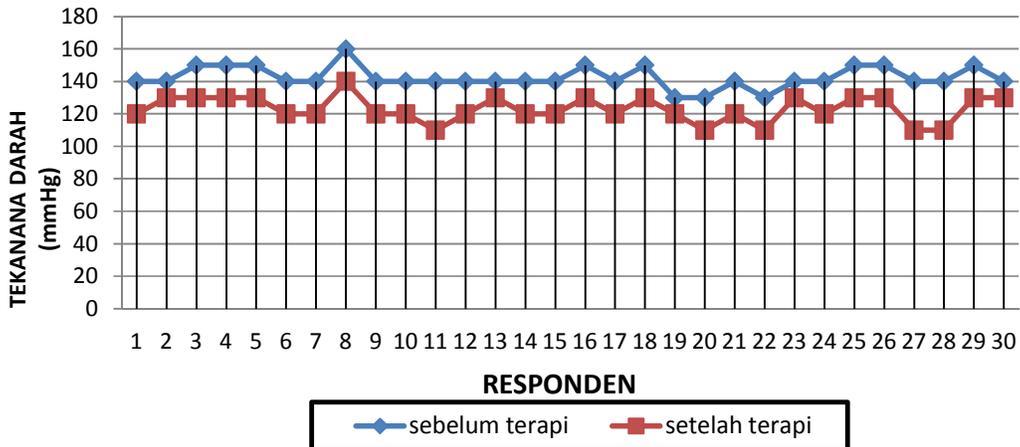


Gambar 1. Distribusi Umur Lansia Penderita Hipertensi di Panti Werda Budi Agung Kupang 2012

Distribusi umur responden yang menderita hipertensi tampak merata. Untuk umur 60-74 sebanyak 15 orang (50%) dan umur 75-90 juga memiliki jumlah yang sama yaitu 15 orang (50%).

Pada responden hipertensi yang hadir dilakukan pemeriksaan tekanan darah sebelum dan 15 menit sesudah diberikan terapi tertawa. Hasil pengukuran tekanan darah sebelum dan 15 menit sesudah terapi tertawa dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

### Tekanan Darah Sistolik

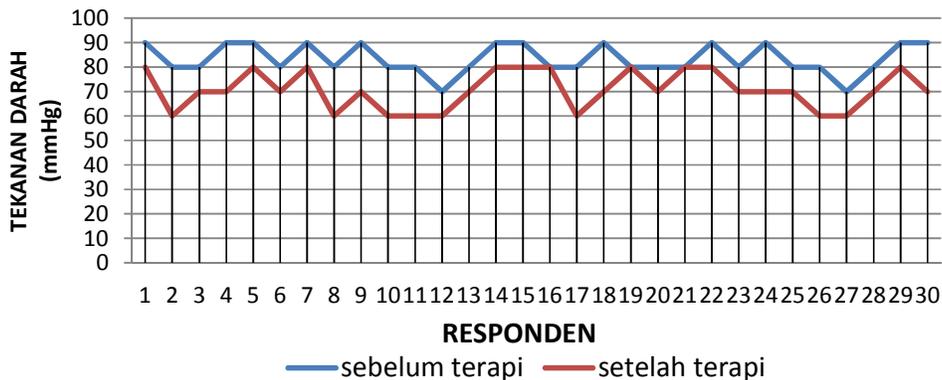


Gambar 3. Perubahan Tekanan Darah Sistolik Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Tertawa Pada Responden Hipertensi di Panti Werda Budi Agung Kupang Tahun 2012

Dari data gambar 3. di atas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan terapi tertawa, tekanan darah sistolik responden seluruhnya di atas 140 mmHg. Setelah dilakukan terapi tertawa tampak ada perubahan nilai tekanan darah pada masing-masing responden dengan rentang perubahan nilai tekanan darah sistolik antara 10 – 30 mmHg.

### Tekanan Darah Diastolik

Dari data grafik 4.2. di atas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan terapi tertawa, tekanan darah diastolik responden seluruhnya di atas 70 mmHg. Setelah dilakukan terapi tertawa tampak ada perubahan nilai tekanan darah pada masing-masing responden dengan rentang perubahan nilai tekanan darah diastolik antara 10 – 20 mmHg.



Gambar 4. Perubahan Tekanan Darah Diastolik Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Tertawa Pada Responden Hipertensi di Panti Werda Budi Agung Kupang Tahun 2012

Tabel 1. Distribusi Rata-Rata Tekanan Darah Responden Menurut Pengukuran Pertama dan Kedua Pada Lansia Hipertensi di Panti Werda Budi Agung Kupang 2012

Tekanan Darah	Mean	SD	SE	P value	N
Sistolik I	142,333	6,78	1,2	0,00	30
Sistolik II	123,000	7,94	1,4		
Diastolik I	83,333	6,06	1,1	0,00	30
Diastolik II	70,666	7,84	1,4		

Rata-rata tekanan darah sistolik pada pengukuran pertama sebelum diberi terapi tertawa adalah 142,333 mmHg dengan standar deviasi 6,78 mmHg, sedangkan rata-rata tekanan darah diastoliknya adalah 83,333 mmHg dengan standar deviasi 6,06 mmHg. Pada pengukuran kedua didapatkan rata-rata tekanan darah sistolik adalah 123,000 mmHg dengan standar deviasi 7,94 mmHg, sedangkan tekanan darah diastoliknya adalah 70,666 mmHg dengan standar deviasi 7,84. Terlihat nilai mean perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua untuk tekanan darah sistolik adalah 19,333 mmHg dan tekanan darah diastoliknya adalah 12.666. Hasil uji statistik baik tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik didapatkan nilai *P value*: 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara tekanan darah pengukuran pertama dan kedua.

## PEMBAHASAN

### Karakteristik Lansia Hipertensi Menurut Jenis Kelamin

Pada bagian pertama, data yang tampak pada gambar 1 tentang karakteristik responden menurut jenis kelamin menunjukkan perbandingan persentase antara responden laki-laki dan perempuan yaitu 30 : 70. Dengan data ini dapat dikatakan penelitian ini dilakukan pada semua jenis kelamin namun yang lebih dominan mengikuti terapi adalah perempuan. Jika ditinjau dari sisi psikologis antara laki-laki dan perempuan, pemberian terapi tertawa lebih efektif diberikan pada pasien perempuan dibandingkan dengan pasien laki-laki. Hal tersebut terkait dengan tingkat penerimaan secara emosional perempuan lebih dominan daripada laki-laki. Laki-laki cenderung lebih rasional sehingga kebanyakan meragukan jenis terapi tertawa. Hal tersebut dapat dilihat dari karakteristik responden menurut jenis kelamin yaitu laki-laki sebanyak 9 orang dan perempuan sebanyak 21 orang.

Tinjauan berdasarkan prevalensi hipertensi tampak bahwa setelah pubertas, laki-laki cenderung memiliki hasil pengukuran tekanan darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan pada usia yang sama. Namun setelah memasuki usia diatas 45 tahun, perempuan cenderung memiliki tekanan darah yang lebih tinggi daripada laki-laki pada usia 45 tahun keatas. Saat memasuki masa menopause, perempuan beresiko menderita hipertensi menjadi dua kali lipat dari masa sebelum menopause Pada perempuan menopause telah terjadi penurunan produksi hormon estrogen dan hormon progesteron sehingga kadar hormon tersebut dalam darah menurun secara nyata. Saat hormon estrogen dan hormon progesteron menurun terjadi peningkatan tekanan darah.

Penelitian membuktikan bahwa pascamenopause sensitifitas terhadap garam meningkat, menunjukkan bahwa hormon seks wanita berperan dalam pengaturan natrium ginjal dan tekanan darah. Pada perempuan pascamenopause terjadi hubungan terbalik antara hormon ovarium yang beredar dengan sensitifitas garam. Berkurangnya kadar hormon ovarium dalam darah, meningkatkan sensitifitas terhadap diet garam. Sangat mungkin menjadi awal terjadinya peningkatan tekanan darah pascamenopause.

### Karakteristik Lansia Hipertensi Menurut Umur

Pada gambar 2 peneliti mendapatkan data bahwa umur responden yang menderita hipertensi tampak merata. Seluruh responden hipertensi yang hadir saat pemberian terapi tertawa adalah responden dengan patokan usia menurut WHO yaitu usia lanjut (elderly) 60-74 tahun dan usia tua (old) 75-90 tahun. Hipertensi Sistolik Terisolasi adalah bentuk hipertensi paling umum yang diderita oleh orang tua diatas usia 50 tahun dan menjadi tipe hipertensi predominasi pada pasien usia lanjut yang diterapi maupun yang tidak mendapat terapi. Orang tua umumnya menderita hipertensi sistolik terisolasi yang berhubungan dengan hilangnya elastisitas arteri atau pengerasan dinding arteri (*arteriosclerosis*) akibat penuaan. Sejalan dengan bertambahnya usia hampir semua orang mengalami kenaikan tekanan darah, tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik meningkat sampai kira-kira usia 55-

60 tahun kemudian berkurang secara perlahan atau bahkan menurun drastis. Seperti jenis hipertensi lain, hipertensi sistolik terisolasi sering tidak menimbulkan gejala namun jika dibiarkan tidak terkontrol, maka tekanan sistolik yang tinggi dapat menyebabkan stroke, serangan jantung, gagal jantung kongestif, kerusakan ginjal, atau kondisi kebutaan. Studi-studi klinis menunjukkan bahwa kontrol terhadap hipertensi sistolik ini bisa menurunkan mortalitas global, mortalitas kardiovaskular, stroke, dan kejadian gagal jantung.

Banyak orang tua yang hidup di panti werda merasa sangat kesepian, stres dan tertekan. Mereka tidak banyak tertawa dan tersenyum, meskipun mereka hidup dalam kebersamaan tetapi mereka sangat merindukan anak-anak dan anggota keluarga yang lain, sehingga terkadang mereka sampai stres dan bahkan depresi. Faktor stres inilah yang memicu terjadinya hipertensi bagi lansia selain faktor umur. Oleh karena itu menilai normal atau tidaknya tekanan darah tidak semata-mata dilihat dari nilai tinggi atau rendahnya, tetapi juga perlu melihat dari faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan tekanan darah seperti usia pasien, jenis kelamin, status gizi, tempat tinggal dan faktor determinan.

### **Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Tertawa**

Dari hasil terapi tertawa terhadap semua lansia hipertensi yang hadir terlihat adanya penurunan tekanan darah. Penurunan tekanan darah yang terjadi cukup bervariasi. Dari data gambar 3 dan 4 dapat dilihat adanya penurunan tekanan darah sistolik pada 12 orang (40%) sebesar 10 mmHg, 13 orang (43%) sebesar 20 mmHg dan 5 orang (17%) sebesar 30 mmHg. Dilihat dari penurunan tekanan darah diastolik, 18 orang (60%) sebesar 10 mmHg, 9 orang (30%) sebesar 20 mmHg dan 3 orang (10%) tidak mengalami perubahan tekanan darah diastolik.

Secara individu perbedaan tersebut adalah normal karena setiap individu mempunyai karakteristik, masalah fisik dan psikologis yang berbeda-beda. Secara fisiologi tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung, tahanan pembuluh perifer, volume sirkulasi darah, dan elastisitas pembuluh darah. Keadaan hal-hal tersebut tentunya berbeda-beda antara lansia yang mengikuti terapi tertawa sehingga hasil terapi akan tampak bervariasi. Penyebab lain dari perbedaan hasil tersebut adalah tingkat penerimaan pasien terhadap terapi secara fisik maupun psikologis serta faktor berat ringannya penyakit lain yang menyertai pasien hipertensi.

Pada penelitian ini didapat hasil bahwa untuk pengaruh pemberian terapi tertawa dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi sebelum dan sesudah diberikan terapi tertawa pada kelompok lansia hipertensi mengalami penurunan tekanan darah. Setelah dilakukan terapi tertawa tampak ada perubahan nilai tekanan darah pada masing-masing responden dengan rentang perubahan nilai tekanan darah sistolik antara 10 – 30 mmHg dan perubahan tekanan darah diastolik antara 10 – 20 mmHg. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t berpasangan *Paired Sample T-Test* didapatkan nilai *P value* yaitu 0,000 yang nilainya lebih kecil dari taraf kesalahan ( $\alpha$ ) 0,05 atau dengan signifikansi 95% menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tekanan darah pengukuran pertama dan kedua. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terapi tertawa mempunyai pengaruh untuk menurunkan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi sistolik terisolasi di Panti Werda Budi Agung Kupang. Hal ini menunjukkan bahwa terapi tertawa dapat dijadikan sebagai salah satu usaha keperawatan holistik untuk membantu lansia hipertensi dalam menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik dan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut akibat hipertensi.

Salah satu efek tawa paling besar adalah membantu orang tua tetap bersemangat, tidak stres dan keluar dari depresi. Selain itu lansia juga menderita nyeri pada persendian dan otot kaku sehingga tawa merangsang produksi *endorphin* yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit. Senada dengan pendapat Kataria (1999) bahwa lansia tidak mampu melakukan banyak latihan fisik karena masalah otot lemah dan radang persendian, oleh karena itu tawa merupakan latihan ideal bagi mereka yang mempunyai keterbatasan fisik. Lebih lanjut, Darmansyah juga menambahkan bahwa lansia harus mampu mengendalikan hipertensi karena tekanan darah tinggi tidak dapat dirasakan, hanya sebagian orang yang dapat merasakan. Pemberian obat-obatan anti hipertensi bagi lansia yang mengalami hipertensi juga harus hati-hati dan cara yang paling aman, murah dan efektif adalah terapi tertawa.

Namun demikian dalam penelitian ini ditemukan 3 orang (10%) lansia tidak mengalami perubahan tekanan darah diastolik, sementara lansia yang lain juga mengalami perubahan tekanan darah yang sangat bervariasi. Mengingat faktor individual dalam hal penerimaan terapi tersebut sehingga disarankan agar pemberian terapi tertawa di dampingi dengan terapi obat-obatan dari dokter ahli. Diharapkan dengan terapi tertawa akan membantu mengurangi dosis obat anti hipertensi yang diberikan kepada lansia yang mengalami hipertensi. Mengurangi dosis obat berarti mengurangi pula efek dari obat-obatan tersebut

yang sangat mengganggu kualitas hidup lansia seperti; hipotensi ortostatik, depresi, insomnia, gangguan lambung, bradikardi atau takikardi, palpitasi, mulut kering, sinkop, batuk kering, gejala sedasi dan lain-lain. Menurut Ripoll (2010) bahwa bukti yang mendasar dari terapi tertawa dalam kedokteran adalah cenderung terkait dengan psikologis, dikatakan bahwa manfaatnya lebih kuat terhadap psikologis daripada fisiologis. Tertawa sebagai obat yaitu merupakan terapi untuk pikiran dalam perawatan kesehatan yang dapat digunakan sebagai pengobatan alternatif dalam pengobatan tradisional. Dengan demikian terapi tertawa ini akan lebih bermanfaat untuk lansia karena dapat menghilangkan stres, membuat lansia bahagia dan dapat menurunkan tekanan darah.

Terapi tertawa ini dapat dilakukan oleh semua orang tidak terbatas pada lansia yang mengalami hipertensi saja dan dapat dilaksanakan secara rutin pada kegiatan-kegiatan rekreasi para lansia di panti werda. Agar lebih efektif hasilnya maka lansia juga dapat melakukannya sendiri secara rutin pada pagi hari dan sore di wisma, kemudian dilanjutkan dengan mendengarkan lagu-lagu kesukaannya. Para pengelola juga dapat memutar film-film humor pada saat rekreasi, kegiatan yang dirancang secara baik dan bervariasi akan membuat para lansia lebih bersemangat dan membuat mereka merasa bahagia.

### KESIMPULAN

Terapi tertawa mempunyai pengaruh yang cukup signifikan dalam menurunkan tekanan darah baik tekanan sistolik maupun diastolik pada lansia dengan hipertensi sistolik terisolasi di Panti Werda Budi Agung Kupang. Disarankan kepada UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang agar menjadwalkan kegiatan terapi tertawa dalam kegiatan para lansia agar bisa dilaksanakan secara rutin sebagai bentuk rekreasi sekaligus pengobatan, selain itu perlu ditugaskan kepada salah seorang pengasuh untuk menjadi instruktur.

Efek terapi tertawa sama dengan meditasi atau yoga sehingga semua dosen dan karyawan Poltekkes Kemenkes Kupang dapat melakukan terapi tertawa secara rutin setiap pagi dengan waktu 15-20 menit sebelum beraktifitas untuk meningkatkan kesegaran jiwa dan raga sehingga kualitas kerja akan lebih baik. Disarankan pula kepada mahasiswa dapat juga menerapkan terapi tertawa ini di lapangan praktek baik di kelompok khusus maupun masyarakat umum.

### DAFTAR PUSTAKA

- Darmansyah, I (2008) *Efek samping obat pada lanjut usia*. Tersedia didalam: <http://abgnet.blogspot.com>. Diakses : (11 Agustus 2008).
- Domanski *et al.* (1999) *Isolated Systolic Hypertension (Prognostic Information Provided by Pulse Pressure)*. American Heart Association, Inc. (Hypertension. 1999;34:375-380.). Diakses: (12 Maret 2012)
- Madan, K (1999) *Laugh for no reason (terapi tertawa)*. Mumbai: Madhuri Internasional.
- Lelik, A (2006) *Efektifitas terapi Bioenergi untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskesmas Bukateja Purbalingga*. (Tesis) Universitas Diponegoro Semarang
- Sugiyono (2009) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta. Bandung

## HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA 3-36 BULAN

Ayesha Hendriana Ngestiningrum  
(Prodi Kebidanan Kampus Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya)

### ABSTRAK

Masalah utama penelitian ini yaitu berdasarkan survey pendahuluan di Posyandu I Desa Ngadirejo dari 3 balita yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk, ditemukan 3 balita mengalami keterlambatan perkembangan dengan hasil KPSP (*Kuesioner Pra Skrining Perkembangan*) meragukan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan tahun 2013. Jenis penelitian analitik, dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Populasi sejumlah 74 ibu beserta anak usia 3-36 bulan dari 3 posyandu. Sampel diambil dengan tehnik *Proportionate Simple Random Sampling* sejumlah 63 responden. Variabel *independent* adalah status gizi anak usia 3-36 bulan, sedangkan variabel *dependent* adalah perkembangan anak usia 3-36 bulan. Data status gizi diperoleh dari pengukuran BB/TB yang dikonversikan dengan tabel baku Direktorat Gizi Masyarakat Depkes RI tahun 2007. Perkembangan anak menggunakan lembar KPSP (*Kuesioner Pra Skrining Perkembangan*). Uji analisis menggunakan *Spearman Rank*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar status gizi baik 79,4% dan perkembangan yang sesuai umur 66,7%. Pada status gizi baik mengalami perkembangan sesuai dengan usia 78%, lebih tinggi daripada anak dengan status gizi kurang mengalami perkembangan sesuai dengan usia 14,28%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $\rho=0,000$  dengan koefisien korelasi 0,498. Kesimpulan ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan dengan tingkat hubungan sedang. Disarankan adanya peningkatan layanan deteksi tumbuh kembang dan peningkatan pelaksanaan pola asuh orang tua.

Kata kunci:

Status gizi, perkembangan anak

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Kualitas anak masa kini merupakan penentu kualitas sumber daya manusia dimasa yang akan datang. Pembangunan manusia masa depan dimulai dengan pembinaan masa sekarang, untuk mempersiapkan sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang, maka anak perlu dipersiapkan untuk tumbuh dan berkembang seoptimal mungkin sesuai dengan kemampuannya (Narendra dkk, 2002:13). Menurut Depkes RI (2000:1), setiap orangtua pasti menginginkan anaknya tumbuh dan berkembang secara optimal.

I Made Pariartha (2003), mengatakan bahwa masa perkembangan anak sampai usia 3 tahun merupakan masa emas atau yang disebut dengan *golden age* atau *golden moment*. Kurang lebih 80% perkembangan otak manusia berada dalam periode ini. Masa ini juga dapat dipandang sebagai periode "*all or nothing*", periode dimana anak dapat berkembang sesuai dengan potensinya atau tidak sama sekali. Pada periode ini terjadi perkembangan otak, psikologi, sosial dan fisik. Begitu pentingnya periode perkembangan pada masa ini, sehingga perlu mendapatkan perhatian lebih dari orangtua. Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak cukup kompleks yaitu faktor dalam (internal) dan faktor luar (eksternal). Salah satu faktor luar (eksternal) adalah nutrisi (status gizi). Menurut Narendra dkk (2002:13), kebutuhan akan "asuh" yang terpenting adalah nutrisi yang adekuat dan seimbang. Nutrisi sebagai pembangun tubuh mempunyai pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan, terutama pada tahun-tahun pertama kehidupan. Pada tahun pertama kehidupan, anak mengalami pertumbuhan yang sangat pesat terutama pertumbuhan otak. Apabila nutrisi terpenuhi pertumbuhan dan perkembangan otak menjadi optimal. Terpenuhinya nutrisi anak dapat dilihat dari status gizi, yang parameternya antara lain berat badan dibanding tinggi badan. Status gizi dapat terpantau melalui deteksi dini tumbuh kembang.

Berdasarkan data secara nasional prevalensi balita kurang gizi pada tahun 2010 adalah sebesar 17,9% dan gizi buruk sebesar 4,9%. Berdasarkan hasil survey Pemantauan Status Gizi (PSG) Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi), status gizi balita di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010, diketahui

bahwa prevalensi gizi buruk adalah sebesar 2,5 %, gizi kurang sebanyak 15,05%, gizi normal sebanyak 79,09%, dan gizi lebih sebanyak 3,36% (Dinkes Jatim, 2010). Hasil laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) tahun 2011 di Jawa Timur terdapat 6.925 anak yang menderita gizi buruk. Berdasarkan laporan kegiatan posyandu Kabupaten Magetan tahun 2012, target balita gizi buruk ditetapkan kurang dari 1% sedangkan target untuk KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk) ditetapkan 5%. Pencapaian pada tahun 2012 yaitu dari total 35.293 balita terdapat 660 (1,87%) balita dengan gizi lebih, 32.965 (93,40%) balita dengan gizi baik, KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk) sebanyak 1.668 (4,73%), terdiri dari 1.345 (3,81%) balita dengan gizi kurang, dan 323 (0,92%) balita dengan gizi buruk.

Berdasarkan data yang diperoleh di Puskesmas Kawedanan tahun 2012, dari total 1.324 balita terdapat 5 (0,38%) balita dengan gizi lebih, 1.246 (94,11%) balita dengan gizi baik, KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk) sebanyak 73 (5,51%) balita, terdiri dari 69 (5,21%) balita dengan gizi kurang, dan 4 (0,30%) balita dengan gizi buruk. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada kesenjangan pada balita dengan KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk) yaitu 0,51% yang diperoleh dari selisih target 5% dengan kenyataan 5,51%. Di posyandu I Desa Ngadirejo, pada hasil penimbangan bulan Februari 2013 menunjukkan angka sebagai berikut: jumlah balita usia 3-36 bulan yang ditimbang sebanyak 23 balita, diantaranya ada 20 (86,96%) balita dengan gizi baik, KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk) sebanyak 3 (13,04%) balita, terdiri dari 2 (8,69%) balita dengan gizi kurang, dan 1 (4,35%) balita dengan gizi buruk. Hal ini menunjukkan pencapaian balita dengan KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk) masih tinggi, yaitu 13,04% dari target 5%, dan pada balita dengan gizi buruk sebanyak 4,35% dari target 1%.

Cakupan pelaksanaan deteksi tumbuh kembang balita di provinsi Jawa Timur tahun 2010 sebesar 64,03% (2.327.210) dari 3.634.505 balita (Dinkes Jatim, 2010). Di Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan tahun 2012 sebesar 89,23% (36.395) dari 40.788 balita. Di Puskesmas Kawedanan tahun 2012 sebesar 89,86% (1.516) dari 1.687 balita. Di Desa Ngadirejo tahun 2012 sebesar 85,83% (109) dari 127 balita. Persentase cakupan tersebut masih di bawah target nasional sebesar 90% dari jumlah balita.

Hasil deteksi tumbuh kembang balita didapatkan keterlambatan perkembangan. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan tahun 2012 sebesar 0,55% (199) balita. Puskesmas Kawedanan tahun 2012 sebesar 0,98% (15) balita. Desa Ngadirejo tahun 2012 sebesar 4,58% (5) balita. Penelitian Hidayah (2011) sebesar 9,3% (5) dari 43 balita usia 1-3 tahun. Berdasarkan survey pendahuluan di Posyandu I Desa Ngadirejo dari 3 balita yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk, ditemukan 3 balita mengalami keterlambatan perkembangan dengan hasil KPSP (*Kuesioner Pra Skrining Perkembangan*) meragukan.

Soetjiningsih (1998:242) mengatakan anak dengan status gizi buruk cenderung mengalami gangguan maupun keterlambatan dalam perkembangannya. Gizi merupakan salah satu faktor penentu utama kualitas sumber daya manusia. Gizi sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang, bahkan sejak masih dalam kandungan.

Untuk mengatasi masalah kekurangan gizi pada balita gizi buruk, pemerintah telah mengupayakan memberi bantuan berupa PMT. Pembinaan tumbuh kembang secara komprehensif dan berkualitas diselenggarakan melalui stimulasi, sosialisasi buku KIA, BKB (Bina Keluarga Balita), penyuluhan di Posyandu, DDTK balita yang dilakukan pada usia 0 - 72 bulan, serta melakukan stimulasi yang memadai, artinya dapat merangsang otak balita sehingga perkembangan kemampuan gerak, bicara dan bahasa, sosialisasi, dan koordinasi pada balita berlangsung secara optimal sesuai dengan umur anak.

### **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut:  
"Apakah ada hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan?"

### **Tujuan Penelitian**

1. Mengidentifikasi status gizi balita usia 3-36 bulan berdasarkan Direktorat Gizi Masyarakat Depkes RI tahun 2007 BB/TB di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan.
2. Mengidentifikasi perkembangan anak usia 3-36 bulan berdasarkan KPSP usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan.
3. Mengidentifikasi status gizi balita terhadap perkembangan anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan.

4. Menganalisis hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian analitik adalah suatu metode yang dilakukan dengan tujuan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi (Notoatmodjo, 2010:26). Berdasarkan tujuan penelitian, jenis penelitian ini adalah penelitian analitik yang menganalisa hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan. Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. *Cross sectional* adalah tiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010:38). Populasi dalam penelitian ini adalah anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan sejumlah 74 yang berasal dari Posyandu I: 23, Posyandu II: 24, Posyandu III: 27. Sampel penelitian ini adalah sebagian anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan sebesar 63 orang. Pengambilan sampel menggunakan *probability sampling* dengan teknik *Proportionate Simple Random Sampling*.

Penelitian ini menggunakan data primer yaitu data status gizi dikumpulkan dengan cara mengukur langsung dengan penimbangan BB anak dan pengukuran TB anak. Hasil BB dan TB anak dikonversikan dengan tabel baku BB/TB menurut Direktorat Gizi Masyarakat Depkes RI tahun 2007. Sedangkan perkembangan anak menggunakan lembar KPSP dengan melibatkan ibu atau pengasuh sehari-hari. Instrumen untuk memantau status gizi menggunakan timbangan dacin, *midplang*, *microtoice* merk GEA, dan tabel baku BB/TB menurut Direktorat Gizi Masyarakat Depkes RI tahun 2007. Sedangkan instrumen yang digunakan untuk memantau perkembangan anak menggunakan lembar KPSP dan alat peraga sesuai dengan usia anak. Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dan dianalisis menggunakan uji *Spearman Rank* untuk  $\alpha$  0,05 dan  $\rho < 0,05$  serta disajikan dalam diagram batang dan tabel distribusi frekuensi.

#### HASIL PENELITIAN



Gambar 1. Status gizi balita usia 3-36 bulan



Gambar 2. Perkembangan anak usia 3-36 bulan

Tabel 1. Data Status gizi balita terhadap perkembangan anak usia 3-36 bulan

No.	Status gizi	Perkembangan						Total	
		Penyim-pangan		Meragukan		Sesuai		f	%
		f	%	f	%	f	%		
1	Gizi Buruk	3	100	0	0	0	0	3	100
2	Gizi Kurang	3	42,86	3	42,86	1	14,28	7	100
3	Gizi Baik	4	8	7	14	39	78	50	100
4	Gizi Lebih	0	0	0	0	2	100	2	100
5	Obesitas	0	0	1	100	0	0	1	100

Berdasarkan hasil uji statistik *Spearman Rank* didapatkan hasil  $p$  sebesar 0,000 dengan taraf signifikansi 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa nilai probabilitas  $<\alpha(0,05)$ , maka dinyatakan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan. Hasil koefisien korelasi 0,498 merupakan tingkat hubungan sedang.

## PEMBAHASAN

### Status gizi balita usia 3-36 bulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 63 anak usia 3-36 bulan terdapat 1 (1,6%) balita dengan obesitas, 2 (3,2%) balita dengan gizi lebih, 50 (79,4%) balita dengan gizi baik, 10 (15,9%) balita dengan KEP (jumlah gizi kurang dan gizi buruk), terdiri dari 7 (11,1%) balita dengan gizi kurang, dan 3 (4,8%) balita dengan gizi buruk. Berdasarkan hasil survey Pemantauan Status Gizi (PSG) Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi), status gizi balita di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010, diketahui bahwa prevalensi gizi buruk sebanyak 2,5 %, gizi kurang sebanyak 15,05%, gizi normal sebanyak 79,09%, dan gizi lebih sebanyak 3,36% (Dinkes Jatim, 2010). Hal ini memperlihatkan hasil penelitian ini sama dengan fenomena yang terjadi di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010, dapat diketahui bahwa sebagian besar anak mempunyai status gizi baik, namun masih juga ditemukan status gizi kurang dan status gizi buruk.

Moehji (2003) mengatakan bahwa gangguan gizi pada anak usia balita merupakan dampak kumulatif dari berbagai faktor baik yang berpengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap gizi anak. Konferensi internasional tentang "*At Risk Factors and the Health and Nutrition of Young Children*" di Kairo tahun 1975 mengelompokkan faktor-faktor tersebut menjadi 3, antara lain: 1) *At risk Factors* yang bersumber dari masyarakat meliputi kebijakan pemerintah, ketersediaan pangan, pelayanan kesehatan, tingkat sosial ekonomi, pendidikan; 2) *At Risk Factors* yang bersumber pada keluarga yang mencakup tingkat pendidikan, status pekerjaan, penghasilan, keadaan perumahan, besarnya keluarga; 3) *At Risk Factors* yang bersumber pada individu anak yang terdiri dari usia ibu, jarak kelahiran dengan kakaknya, laju pertumbuhan, imunisasi dan penyakit infeksi.

Makanan memegang peranan yang sangat penting dalam tumbuh kembang anak karena anak sedang tumbuh sehingga kebutuhannya berbeda dengan orang dewasa. Kekurangan makanan yang bergizi akan menyebabkan *retardasi* pertumbuhan anak. Makan yang berlebihan juga tidak baik karena dapat menyebabkan obesitas. Kedua keadaan ini dapat meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas*. Oleh karena itu bagi orang tua dianjurkan untuk selalu memperhatikan kebutuhan anaknya khususnya gizi untuk menghindari berbagai penyakit/keadaan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang dengan baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu yaitu Mariana Pasudi (2012), Nur Hidayah (2011), Heny Asmawati (2007) dan Samudi (2004), mendapatkan hasil penelitian yang sama bahwa sebagian besar anak mempunyai status gizi baik, namun masih juga ditemukan status gizi kurang dan status gizi buruk. Kenyataan diatas sesuai pendapat Aritonang (1996) yang menyatakan bahwa pertumbuhan anak banyak dipengaruhi oleh konsumsi makan sehari-hari dan lingkungan serta frekuensi sakit daripada pengaruh faktor keturunan. Anak yang dilahirkan ibu yang kurang gizi dan hidup di lingkungan miskin akan mengalami hambatan pertumbuhan otak, kurang gizi, dan mudah terkena infeksi, serta akan menghasilkan wanita dewasa yang berat dan tinggi badan yang kurang (Soetjiningsih, 1995:3).

Faktor yang mempengaruhi keadaan gizi menurut Daly, Davis dan Robertson (1979), dalam buku Penilaian Status Gizi (Supriasa dkk, 2002:14) bahwa keadaan gizi dipengaruhi oleh kesehatan dan

konsumsi makanan. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pendapatan, lapangan kerja, pendidikan, kemampuan sosial, terjadinya bahan makanan, dapat diperolehnya bahan makanan, dan kemampuan keluarga menggunakan makanan. Kemampuan keluarga menggunakan makanan dipengaruhi oleh pengolahan bahan makanan. Pengolahan bahan makanan dipengaruhi oleh produksi pertanian, dan dapat mempengaruhi distribusi bahan makanan dan faktor harga.

### **Perkembangan anak usia 3-36 bulan**

Hasil penelitian perkembangan menunjukkan bahwa dari 63 anak usia 3-36 bulan sebagian besar mengalami perkembangan sesuai dengan usia anak yaitu 42 (66,7%) balita, sedangkan yang mengalami penyimpangan ada 10 (15,9%) balita. Di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010 diketahui bahwa dari 2.327.210 anak, sebagian besar mengalami perkembangan sesuai dengan usia anak yaitu 2.013.684 (86,5%) balita, sedangkan yang mengalami penyimpangan ada 313.526 (13,5%) balita (Dinkes Jatim, 2010). Hal ini memperlihatkan hasil penelitian sama dengan fenomena yang terjadi di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010, dapat diketahui bahwa sebagian besar mengalami perkembangan sesuai dengan usia anak, namun masih ada juga yang mengalami penyimpangan perkembangan yang tidak sesuai dengan usia anak.

Keadaan ini tentu saja sangat menggembirakan, karena dengan perkembangan yang baik dapat menentukan kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang, dan hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil pematangan. Hal ini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 1998:1).

Anak memerlukan lingkungan yang memungkinkan untuk tumbuh kembang dengan optimal antara lain perumahan yang layak, gizi yang baik, pemeliharaan kesehatan yang memadai, kasih sayang serta stimulasi yang terarah (Soetjiningsih, 1998:139). Pencapaian suatu kemampuan pada setiap anak bisa berbeda-beda, namun demikian ada patokan usia tentang kemampuan apa saja yang perlu dicapai seorang anak pada usia tertentu. Adanya patokan tersebut dimaksudkan agar anak yang belum mencapai tahap kemampuan tertentu perlu dilatih berbagai kemampuan untuk dapat mencapai perkembangan yang optimal. Sebagai pengasuh dan pembimbing dalam keluarga, orang tua sangat berperan dalam perkembangan anak.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu yaitu Mariana Pasudi (2012) bahwa sebagian besar mengalami perkembangan bahasa normal, namun masih ada juga yang mengalami keterlambatan perkembangan bahasa. Nur Hidayah (2011) bahwa sebagian besar mengalami perkembangan bicara normal, namun masih ada juga yang mengalami keterlambatan perkembangan bicara. Heny Asmawati (2007) bahwa sebagian besar mengalami perkembangan motorik kasar sesuai dengan usia anak, namun masih ada juga yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik kasar. Samudi (2004) bahwa sebagian besar mengalami perkembangan motorik halus sesuai dengan usia anak, namun masih ada juga yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Kenyataan diatas sesuai pendapat Husaini (2002) yang menyatakan bahwa perkembangan anak di kemudian hari seiring dengan bertambahnya umur. Apabila keadaan kurang gizi diperbaiki dengan pemberian suplemen makanan, maka perkembangan akan bertambah baik.

Menurut Narendra dkk (2002:8), perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor pascanatal yaitu status gizi. Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak, dimana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan bagi anak dibutuhkan juga untuk pertumbuhan, dimana dipengaruhi oleh ketahanan makanan (*food security*) keluarga. Menurut Soetjiningsih (1998:6), ketahanan makanan keluarga mencakup pada ketersediaan makanan dan pembagian yang adil makanan dalam keluarga. Kecukupan pangan yang seimbang, baik kualitas maupun kuantitas sangat penting untuk pertumbuhan normal, karena kekurangan gizi dalam makanan menyebabkan anak tumbuh kurang baik, sakit-sakitan yang kemudian akan mempengaruhi perkembangan seluruh dirinya.

### **Status gizi balita terhadap perkembangan anak usia 3-36 bulan**

Dari hasil penelitian status gizi balita terhadap perkembangan anak usia 3-36 bulan menunjukkan bahwa pada status gizi baik mengalami perkembangan sesuai dengan usia yaitu 39 (78%) anak, sedangkan pada status gizi buruk mengalami penyimpangan perkembangan yaitu 3 (100%) anak. Di

Provinsi Jawa Timur pada tahun 2010 diketahui bahwa pada anak dengan status gizi baik mengalami perkembangan sesuai dengan usia sebesar 82 %, sedangkan pada anak dengan status gizi buruk mengalami perkembangan penyimpangan sebesar 94 %.

Hal ini sesuai dengan pendapat Soetjningsih (1998:15) bahwa pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembanganpun demikian, terjadi peningkatan mental, ingatan, daya nalar, asosiasi dan lain-lain. Setiap anak adalah individu yang unik, karena faktor bawaan dan lingkungan yang berbeda, maka pertumbuhan dan pencapaian kemampuan perkembangannya juga berbeda, tetapi tetap akan menuruti patokan umum, dan hal ini juga sesuai dengan pernyataan bahwa keadaan/status gizi merupakan bagian pertumbuhan anak (Soetjningsih, 1998:46).

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang terjadi bersama-sama secara utuh karena seorang anak tidak mungkin tumbuh kembang sempurna bila hanya bertambah besarnya saja tanpa didampingi dengan bertambahnya kepandaian dan ketrampilan, sebaliknya kepandaian dan keterampilan seorang anak tidak mungkin tercapai tanpa disertai oleh bertambah besarnya organ atau alat sampai optimal (Narendra dkk, 2002:51). Pada anak yang malnutrisi (status gizi kurang/buruk) kemampuan untuk belajar akan berada di bawah anak normal, dan anak yang mempunyai masalah belajar, sering merasa kurang percaya diri sehingga menyebabkan perkembangannya kurang normal atau abnormal (Narendra dkk, 2002:86-87).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu yaitu Mariana Pasudi (2012) bahwa anak dengan status gizi baik mengalami perkembangan bahasa normal, sedangkan anak dengan status gizi buruk mengalami keterlambatan perkembangan bahasa. Nur Hidayah (2011) bahwa anak dengan status gizi baik mengalami perkembangan bicara normal, sedangkan anak dengan status gizi buruk mengalami keterlambatan perkembangan bicara. Heny Asmawati (2007) bahwa anak dengan status gizi baik mengalami perkembangan motorik kasar sesuai dengan usia, sedangkan anak dengan status gizi buruk mengalami keterlambatan perkembangan motorik kasar. Samudi (2004) bahwa anak dengan status gizi baik mengalami perkembangan motorik halus sesuai dengan usia, sedangkan anak dengan status gizi buruk mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus.

Dengan demikian, penyimpangan perkembangan terjadi pada balita gizi buruk, dan perkembangan sesuai dengan usia terjadi pada balita gizi baik. Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak, dimana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan bagi anak dibutuhkan juga untuk pertumbuhan, dimana dipengaruhi oleh ketahanan makanan (*food security*) keluarga. Ketahanan makanan keluarga mencakup pada ketersediaan makanan dan pembagian yang adil makanan dalam keluarga (Soetjningsih, 1998:6). Kecukupan pangan yang seimbang, baik kualitas maupun kuantitas sangat penting untuk pertumbuhan normal, karena kekurangan gizi dalam makanan menyebabkan anak tumbuh kurang baik, sakit-sakitan yang kemudian akan mempengaruhi perkembangan seluruh dirinya.

### **Hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan**

Hasil penelitian hubungan status gizi dengan perkembangan anak yaitu ada hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan dengan tingkat hubungan sedang.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Narendra dkk (2002:51-56) bahwa status gizi merupakan faktor yang mempengaruhi perkembangan balita. Disamping itu perkembangan balita berkorelasi dengan pertumbuhan, pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan juga demikian, sehingga terjadi peningkatan mental, ingatan, daya nalar, asosiasi dan lain-lain. Dengan terbangunnya gizi yang baik maka akan mempengaruhi kematangan organ tubuh dan juga mempengaruhi perkembangan anak. Pengaruh paling besar dalam perkembangan anak pada tiga tahun pertama adalah pengaruh orang tua dalam bentuk pola asuh yang sesuai usia anak yang memungkinkan anak dapat menyelesaikan tugas perkembangannya.

Apabila pada masa bulan-bulan pertama kelahiran anak kekurangan gizi yang tidak memadai, maka otak akan cacat, dan cacat ini berlanjut seumur hidupnya, sehingga menimbulkan kekacauan struktur dan metabolisme sedemikian rupa, maka pertumbuhan dan perkembangan untuk melaksanakan tugas menjadi sangat terbatas. Anak yang kekurangan gizi menjadi anak yang lemah dan kurang minat terhadap kegiatan di sekelilingnya (Hurlock, 1997:137). Demikian juga Fitriya Agustina, mahasiswa Prodi Kebidanan Magetan (2011:34) menyatakan dalam penelitiannya bahwa pada masa ini anak-anak juga masih sangat tergantung pada perawatan dan pengasuhan ibunya. Oleh karena itu, pengasuhan kesehatan dan makanan pada tahun-tahun pertama kehidupan sangat penting untuk perkembangan anak.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdahulu yaitu Mariana Pasudi (2012), Nur Hidayah (2011), Heny Asmawati (2007), dan Samudi (2004). Penelitian Mariana Pasudi (2012) mendapatkan hasil bahwa ada hubungan status gizi dengan perkembangan

bahasa anak usia 1-3 tahun, penelitian Nur Hidayah (2011) mendapatkan hasil bahwa ada hubungan status gizi dengan perkembangan bicara pada anak usia 1-3 tahun, penelitian Heny Asmawati (2007) mendapatkan hasil bahwa ada hubungan status gizi dengan perkembangan motorik kasar anak usia 1-3 tahun, dan penelitian Samudi (2004) mendapatkan hasil bahwa ada hubungan status gizi dengan perkembangan motorik halus anak usia 4-5 tahun.

Pada anak yang malnutrisi (status gizi kurang/buruk) kemampuan untuk belajar akan berada di bawah anak normal, dan anak yang mempunyai masalah belajar, sering merasa kurang percaya diri sehingga menyebabkan perkembangannya kurang normal atau abnormal (Narendra dkk, 2002:86-87). Hal ini sehubungan dengan terhambatnya pertumbuhan sel otak yang terjadi pada anak yang menderita gangguan gizi pada usia sangat muda bahkan sejak dalam kandungan (Moehji, 2002:4). Pada penderita gizi kurang atau gizi buruk, sejak masih dalam kandungan maupun setelah lahir, akan mengalami hambatan terhadap tumbuh kembang sel jaringan otak. Sel-sel syaraf (otak) merupakan sel-sel organ yang di perlukan untuk kehidupan anak sejak umur dini. Pertumbuhan otak dan jaringan syaraf berlangsung sangat cepat pada masa jaringannya masih dalam kandungan, dan pertumbuhan itu akan terus sampai setelah bayi lahir. Pada waktu bayi mencapai usia 10 bulan, jumlah sel otak yang terbentuk sudah akan mencapai jumlah maksimal (Moehji, 2003:9).

Hal ini bahwa status gizi merupakan bagian dari pertumbuhan anak (Soetjningsih, 1998:46). Sedangkan pertumbuhan dan perkembangan terjadi bersama-sama secara utuh karena seorang anak tidak mungkin tumbuh kembang sempurna bila hanya bertambah besarnya saja tanpa disertai bertambahnya kepandaian dan keterampilan dan sebaliknya kepandaian dan keterampilan seorang anak tidak mungkin tercapai tanpa disertai oleh bertambah besarnya organ atau alat sampai optimal (Narendra dkk, 2002:51). Faktor yang mempengaruhi perkembangan anak yaitu faktor dalam (internal) dan faktor luar (eksternal). Status gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan, tidak hanya status gizi saat ini saja, tetapi juga waktu dalam kandungan. Soetjningsih (1998:242) mengatakan anak dengan status gizi buruk cenderung mengalami gangguan maupun keterlambatan dalam perkembangannya. Gizi merupakan salah satu faktor penentu utama kualitas sumber daya manusia. Gizi sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang, bahkan sejak masih dalam kandungan.

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Ada hubungan status gizi dengan perkembangan anak usia 3-36 bulan di Desa Ngadirejo Kecamatan Kawedanan Kabupaten Magetan dengan tingkat hubungan sedang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Fitria. 2011. *Pengaruh Sosial Ekonomi terhadap Status Gizi Balita 1-3 Tahun di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi*. Proposal Karya Tulis Ilmiah, Program Studi Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, Magetan.
- Almatsier. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmawati, Heny. 2007. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia 1-3 Tahun di Desa Glagahwaru Kecamatan Undaan Kabupaten Kudus*. Karya Tulis Ilmiah, Stikes Muhammadiyah Kudus.
- Budiarto, Eko. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 1997. *Pedoman Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
- . 2000. *Buku Pedoman Pengelolaan Program Perbaikan Gizi Kabupaten/Kota*. Jakarta: Depkes RI.
- . 2010. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinkes Jatim. 2010. *Pusat Pemulihan Gizi*. [http://dinkes.jatimprov.go.id/contentdetail/13/2/223/therapeutic\\_feeding\\_centre\\_pusat\\_pemulihan\\_gizi.html](http://dinkes.jatimprov.go.id/contentdetail/13/2/223/therapeutic_feeding_centre_pusat_pemulihan_gizi.html) (diakses 12 Maret 2013).
- . 2010. *Profil Kesehatan*. [http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/1311839738\\_Profil\\_Kesehatan\\_Provinsi\\_Jawa\\_Timur\\_2010.pdf](http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/1311839738_Profil_Kesehatan_Provinsi_Jawa_Timur_2010.pdf) (diakses 31 Maret 2013).
- Hidayat, Aziz Alimul. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

- Hidayah, Nur. 2011. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Bicara Anak Usia 1-3 Tahun di Desa Sundul Kecamatan Parang Kabupaten Magetan*. Karya Tulis Ilmiah, Program Studi Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, Magetan.
- Hurlock, EB. 1997. *Perkembangan Anak*. Jakarta: EGC.
- Markum, A.H. 1996. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: FKUI.
- Moehji, Sjahmin. 2002. *Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Papas Sinar Sinanti.
- . 2003. *Ilmu Gizi Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Papas Sinar Sinanti.
- Narendra, Moersintowati dkk. 2002. *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam dan S. Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pariartha, Made I. 2003. *Masa Golden Age*. <http://agromedia.net/essay/optimalisasi-kecerdasan-pada-masa-golden-age-dengan-nutrisi-tepat-sesuai-umur-dan-stimulasi-otak-kanan.html> (diakses 7 Maret 2013).
- Pasudi, Mariana. 2012. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Bahasa Anak Usia 1-3 Tahun di Desa Klurahan Kecamatan Kartoharjo Kabupaten Magetan*. Karya Tulis Ilmiah, Akademi Kebidanan Harapan Mulia Ponorogo.
- Pudjiani, Solihin. 1997. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak Edisi ketiga*. Jakarta: FKUI.
- Samudi. 2004. *Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 4-5 Tahun di Kecamatan Gemawang Kabupaten Temanggung Jawa Tengah*. Karya Tulis Ilmiah, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
- Santoso, Singgih. 2003. *Buku Latihan SPSS Statistik Non Parametrik*. Jakarta: PT Gramedia.
- Sediaoetama, Achmad Djaeni. 2000. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Soetjningsih. 1998. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2011. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suharjo. 2006. *Pangan, Gizi, dan Pertanian*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Supariasa dkk. 2002. *Penelitian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Suryanah. 1996. *Keperawatan Anak Untuk Siswa SPK*. Jakarta: EGC.
- Suyanto. 2009. *Riset Kebidanan Metodologi dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

## PENGARUH TERAPI PELUK TERHADAP PENINGKATAN *ATTACHMENT* PADA ANAK

Maria Sambriang  
(Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang)

### ABSTRACT

**Background:** Orphan usually face the complicated situation due to lost the beloved people and one who will take care of them. The government and some private organization (orphan care) take a responsibility to take care of the children. Living here, it does not mean that they do not have any problem. The big problem facing by the children is the attachment level with caregivers. The research aims to identify the effectiveness of the hug therapy to the attachment level of children to the caregiver in Sonaf Manekat Orphan Care –Kupang. **Methods:** The Design used to the research is Pra –experiment design with one group pretest –post test method. The sample is 30 children who live in Sonaf Manekat Orphan Care-Kupang. Paired t-test is used to analyze the effectiveness of hug therapy. **Results:** The result showed that the mean of attachment level before therapy is 1,700 with deviation standard is 0,46. After therapy the mean increase steadily to 1,933 with deviation standard is 0,25. P value of paired t-test is 0,0006 (<0,05). It means that there is a significant effect of hug therapy to the attachment level. **Conclusions:** almost all children have a significant level of attachment after hug therapy. Therefore, this therapy should be implemented by caregiver to show the feeling of love, caring and sharing.

### Keywords:

Hug therapy, level of attachment

### PENDAHULUAN

Dinamika kehidupan seorang anak tidak selamanya berjalan dengan lancar. Beberapa anak dihadapkan pada pilihan yang sulit bahwa dirinya harus berpisah dari keluarga karena suatu alasan, menjadi yatim, piatu atau yatim piatu bahkan mungkin menjadi anak terlantar. Anak-anak inilah yang dipelihara oleh pemerintah maupun swasta dalam suatu lembaga yang disebut panti asuhan. Panti asuhan berperan sebagai pengganti keluarga dalam memenuhi kebutuhan anak dalam proses perkembangannya. Namun bentuk pelebagaan dari pengasuhan anak ini tidak terlepas dari risiko terhadap perkembangan anak. Pada kenyataannya peran pengasuh tidak dapat menggantikan peran orangtua seutuhnya, dikarenakan para pengasuh harus berbagi perhatian dengan begitu banyak anak asuh lainnya yang menyebabkan kurangnya kasih sayang, kehangatan dan perhatian dari para pengasuh yang sebenarnya diharapkan dapat menggantikan peran dari orang tua (Febiana, 2005).

Salah satu masalah yang banyak dipersoalkan adalah dari segi kelekatan anak (*attachment*) dengan pengasuh panti asuhan yang menjadi dasar bagi perkembangan psikologis anak selanjutnya (Dallimunthe, 2009). Pengasuh yang tidak menyenangkan akan membuat anak tidak percaya dan mengembangkan kelekatan yang tidak aman (*insecure attachment*). Kelekatan yang tidak aman dapat membuat anak mengalami berbagai permasalahan yang disebut dengan gangguan kelekatan. Gangguan kelekatan terjadi karena anak gagal membentuk kelekatan yang aman dengan figur lekatnya, hal ini akan membuat anak mengalami masalah dalam hubungan social. Penelitian Borualogo (2004), menunjukkan bahwa hanya sedikit anak panti asuhan yg memilih pengasuhnya sebagai figur kelekatan.

Terapi pelukan (*hug therapy*) merupakan salah satu bentuk dan model terapi yang bisa menyembuhkan berbagai penyakit fisik dan psikis. Meskipun ada banyak bentuk sentuhan, namun memeluk adalah bentuk sentuhan fisik yang bisa diberikan oleh semua orang tanpa memerlukan pelatihan atau peralatan khusus. Pelukan membawa manfaat psikologis karena anak tahu bahwa ia berada dalam dekapan perlindungan dari seseorang yang mengasihinya. Panti Asuhan Katolik Sonaf Manekat merupakan salah satu panti penyantunan anak milik swasta dengan jumlah penghuni yang cukup banyak. Berdasarkan pernyataan diatas maka yang menjadi masalah penelitian ini adalah Apakah ada pengaruh terapi peluk terhadap peningkatan *attachment* pada anak di Panti Asuhan Katolik Sonaf Manekat Kupang? Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi tingkat *attachment* pada anak sebelum dan sesudah intervensi serta menganalisis pengaruh terapi peluk terhadap peningkatan *attachment* pada anak di Panti Asuhan Katolik Sonaf Manekat Kupang.

### METODE PENELITIAN

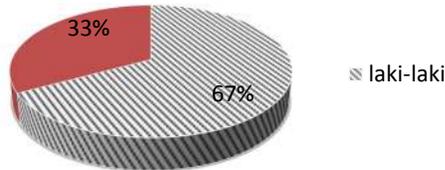
Desain *pre-experimen tal(nondesigns)* dengan rancangan *one-group pretest-posttest* digunakan dalam penelitian ini pada 30 sampel di Panti Asuhan Katolik Sonaf Manekat Kota Kupang selama 2 bulan pada minggu kedua bulan Juli sampai minggu kedua bulan September 2013. Populasi penelitian

adalah seluruh penghuni panti berjumlah 126 orang dan diantaranya terdapat 30 orang anak Sekolah Dasar/SD. Sampel penelitian adalah anak yang masih duduk di bangku SD diambil secara keseluruhan dan memenuhi kriteria inklusi yaitu anak usia 6 – 12 tahun tinggal menetap di panti minimal 6 bulan, bisa membaca dan menulis serta sudah mendapat ijin dari penanggung jawab panti, sedangkan kriteria eksklusi meliputi; anak usia 6-12 tahun tinggal dan menetap di panti kurang dari 6 bulan, tidak bersedia menjadi responden.

Variabel bebas penelitian adalah terapi peluk dan variable terikatnya adalah peningkatan *attachmen*. *Attachment* yang dimaksudkan adalah ikatan emosional yang kuat yang dikembangkan anak melalui interaksinya dengan orang yang mempunyai arti khusus dalam kehidupannya yaitu pengasuh panti asuhan. Hubungan yang dibina bersifat timbal balik, bertahan cukup lama dan memberikan rasa aman walaupun pengasuhnya tidak tampak dalam pandangan anak. Data dikumpulkan melalui kuesioner dalam bentuk *checklist* dengan menggunakan skala Guttman yaitu apabila jawaban Pernah = 1 dan Tidak pernah= 0. Skala pengukuran adalah interval. Terapi peluk (*hug therapy*) adalah mempraktikkan aktivitas pelukan yang menyenangkan antara pengasuh dan anak dengan menggunakan salah satu dasar pelukan sesuai prosedur terapi peluk yang di adopsi dari Kathleen Keating, 1994 yang dilakukan dengan frekuensi 1 kali per minggu. Terapi peluk dilakukan selama 8 kali (8 minggu). Untuk menentukan pengaruh terapi dilakukan pengukuran terhadap perubahan tingkat *attachment*/kelekatan sebelum dan sesudah terapi. Dari hasil jawaban, dikategorikan menjadi kelekatan aman dan tidak aman dengan persentase : aman  $\geq 75\%$  , tidak aman  $<75\%$ . Skalanya adalah rasio. Analisis univariat dilakukan dengan program SPSS version 16. Uji *paired t-test* untuk menilai rerata perubahan tingkat *attachment* pre-post intervensi pada anak.

## HASIL PENELITIAN

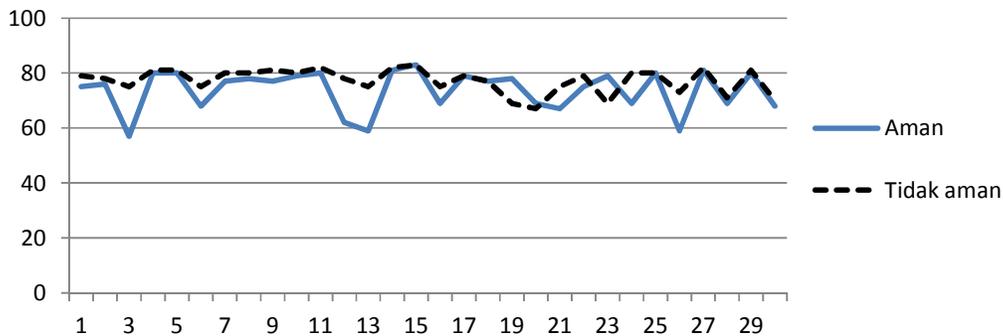
Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Distribusi Jenis Kelamin Anak di Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat Kupang Tahun 2013

Data pada Gambar 1 menunjukkan bahwa persentase responden berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak adalah laki-laki 20 orang (67%) dan sisanya 10 orang (33%) perempuan.

Anak yang mempunyai tingkat *attachment* tidak aman sebelum dilakukan terapi peluk jumlahnya lebih besar yaitu 19 orang (63%) disbanding anak yang mempunyai tingkat *attachment* aman berjumlah 11 orang (37%). Sedangkan setelah terapi peluk anak yang mempunyai tingkat *attachment* tidak aman mempunyai jumlah yang lebih kecil yaitu 2 orang (7%) dan tingkat *attachment* aman berjumlah 28 orang (93%), seperti terlihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Tingkat *Attachment* Sebelum dan Sesudah Pada Responden di Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat Kupang Tahun 2013

Rata-rata tingkat *attachment* anak pada pengukuran pertama dan kedua di Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat disajikan pada Tabel 1. Umumnya tingkat *attachment* anak pada pengukuran pertama dan kedua terdapat perbedaan. Hasil pengukuran pertama adalah 1,700 dengan standar deviasi 0,46 sedangkan pada pengukuran kedua didapat rata-rata tingkat *attachment* anak 1,933 dengan standar deviasi 0,25. Hasil analisis statistik didapatkan nilai  $p < 0,05$ , artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat *attachment* pengukuran pertama dan kedua.

Tabel 1. Distribusi Rata-Rata Tingkat Attachment Responden Menurut Pengukuran Pertama dan Kedua Pada Anak di Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat Tahun 2913

Tingkat <i>attachment</i>	Mean	SD	SE	P value	N
Pengukuran I	1,700	0,46	0,08	0,006	30
Pengukuran II	1,933	0,25	0,04		

## PEMBAHASAN

Pada bagian pertama, data yang tampak pada Gambar 1 tentang karakteristik responden menurut jenis kelamin menunjukkan perbandingan persentase antara responden laki-laki dan perempuan yaitu 20 : 10. Dengan data ini dapat dikatakan penelitian ini dilakukan pada semua jenis kelamin namun yang lebih dominan mengikuti terapi adalah laki-laki. Ditinjau dari makna panti asuhan bahwa panti sosial asuhan anak adalah suatu lembaga usaha kesejahteraan sosial yang mempunyai tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesejahteraan sosial kepada anak terlantar, memberikan pelayanan pengganti orang tua/wali anak dalam memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial kepada anak asuh sehingga memperoleh kesempatan yang luas, tepat dan memadai bagi pengembangan kepribadiannya sesuai yang diharapkan sebagai bagian dari generasi penerus cita-cita bangsa dan sebagai insan yang akan turut serta aktif di dalam bidang pembangunan nasional.

Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat merupakan panti asuhan dengan system asrama dimana anak dikelompokkan dalam jumlah besar dan ditempatkan dalam suatu bangunan seperti asrama dengan penempatan anak asuh dalam kelompok 10-15 orang di dalam suatu ruangan. Seluruh anak asuh mempunyai kedudukan yang sama di bawah pimpinan atau pengasuh panti asuhan, tidak dibedakan satu dengan yang lain, baik tugas-tugas, kegiatan-kegiatan dan pelayanan-pelayanan lain. Pelayanan yang diberikan oleh panti asuhan kepada anak di antaranya pelayanan sosial, pelayanan fisik, pelayanan mental, spiritual dan pelayanan penunjang lainnya. Pelayanan sosial antara lain berupa penyediaan sarana rekreasi seperti menonton televisi, bimbingan belajar. Pelayanan fisik berupa sarana olah raga seperti bola kaki, pemberian makan sesuai standar gizi, sarana prasarana belajar, kunjungan keluarga dan lain-lain. Pelayanan mental dan spiritual antara lain sarana untuk berdoa seperti doa bersama setiap malam sebelum tidur.

Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat Kupang memiliki penghuni yang sangat variatif mulai dari anak bayi, balita, usia pra sekolah, usia sekolah, remaja bahkan sampai lansia. Jumlah personil pengelola dan pengasuh sebanyak 12 orang namun yang bertempat tinggal langsung di panti selama 24 jam bersama penghuni panti adalah 7 orang pengasuh. Menurut Standar Pengasuhan untuk Panti Asuhan dan Lembaga Asuhan maka Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat sudah menjalankan peran sesuai standar ke 42 yaitu panti/lembaga asuhan harus berperan sebagai pengganti orang tua untuk sementara bagi anak-anak yang di tempatkan di panti/lembaga asuhan, dan bertanggung jawab untuk memenuhi pemenuhan hak-hak mereka. Namun dengan melihat jumlah penghuni panti yang terlalu banyak yaitu 126 orang maka akan mengurangi perhatian kepada anak-anak.

Pikunas dalam Ervika (2000) mengatakan bahwa pengasuh anak adalah termasuk pada siapa dan bagaimana pengasuhan dilakukan. Orang yang paling banyak mengasuh anak adalah orang yang paling sering berhubungan dengan anak dengan maksud mendidik dan membesarkan anak. Hal ini menyangkut kualitas hubungan antara pengasuh dan anak, disamping itu pengasuh anak harus tetap dan berhubungan dengan anak secara berkesinambungan. Dalam penelitian ini terdapat 7 orang pengasuh yang berada terus-menerus di panti sehingga memungkinkan untuk terus berhubungan dengan anak secara berkesinambungan. Perbandingan antara jumlah pengasuh dan anak asuh yang tidak seimbang menyebabkan anak kurang merasakan perhatian, kasih sayang dan bimbingan. Hal ini ditegaskan oleh pendapat Febiana (2005) bahwa pada kenyataannya peran pengasuh tidak dapat menggantikan peran orangtua seutuhnya, dikarenakan para pengasuh harus berbagi perhatian dengan begitu banyak anak asuh

lainnya yang menyebabkan kurangnya kasih sayang, kehangatan dan perhatian dari para pengasuh yang sebenarnya diharapkan dapat menggantikan peran dari orang tua.

### **Tingkat *Attachment* Sebelum dan Sesudah Terapi Peluk Pada Anak**

Menurut Dallimunthe, (2009) bahwa salah satu masalah yang banyak dipersoalkan adalah dari segi kelekatan anak (*attachment*) dengan pengasuh panti asuhan yang menjadi dasar bagi perkembangan psikologis anak selanjutnya. Pengasuh yang tidak menyenangkan akan membuat anak tidak percaya dan mengembangkan kelekatan yang tidak aman. Kelekatan yang tidak aman dapat membuat anak mengalami berbagai permasalahan yang disebut dengan gangguan kelekatan. Gangguan kelekatan terjadi karena anak gagal membentuk kelekatan yang aman dengan figur lekatnya, hal ini akan membuat anak mengalami masalah dalam hubungan social. Penelitian Borualogo (2004), menunjukkan bahwa hanya sedikit anak panti asuhan yg memilih pengasuhnya sebagai figur kelekatan.

Dari hasil terapi peluk terhadap semua anak yang hadir terlihat adanya peningkatan *attachment* pada anak dari tingkatan tidak aman menjadi tingkat aman. Peningkatan *attachment* yang terjadi cukup bervariasi. Secara individu perbedaan tersebut adalah normal karena setiap individu mempunyai karakteristik, masalah fisik dan psikologis yang berbeda-beda. Kelekatan/*attachment* adalah suatu hubungan emosional atau hubungan yang bersifat afektif antara satu individu dengan individu lainnya yang mempunyai arti khusus. Hubungan yang dibina akan bertahan cukup lama dan memberikan rasa aman walaupun figure lekat tidak tampak dalam pandangan anak. Sebagian besar anak telah membentuk kelekatan dengan pengasuh utama (*primary care giver*) pada usia sekitar delapan bulan dengan proporsi 50% pada ibu, 33% pada ayah dan sisanya pada orang lain (Sutcliffe,2002).

Kelekatan bukanlah ikatan yang terjadi secara alamiah. Ada serangkaian proses yang harus dilalui untuk membentuk kelekatan tersebut. Berdasarkan kualitas hubungan anak dengan pengasuh, maka anak akan mengembangkan konstruksi mental mengenai diri dan orang lain yang akan menjadi mekanisme penilaian terhadap penerimaan lingkungan (Bowlby dalam Pramana 1996). Anak yang merasa yakin terhadap penerimaan lingkungan akan mengembangkan kelekatan yang aman dengan figur lekatnya dan mengembangkan rasa percaya tidak saja pada ibu juga pada lingkungan. Hal ini akan membawa pengaruh positif dalam proses perkembangannya. Beberapa penelitian membuktikan bahwa anak yang memiliki kelekatan aman akan menunjukkan kompetensi sosial yang baik pada masa kanak-kanak (Both dkk dalam Parker, Rubin, Price dan DeRosier, 1995) serta lebih populer dikalangan teman sebayanya di sekolah (La Freniere dan Sroufe dalam Parker dkk, 1995). Anak-anak ini juga lebih mampu membina hubungan persahabatan yang intens, interaksi yang harmonis, lebih responsif dan tidak mendominasi (Parke dan Waters dalam Parker dkk,1995). Sementara itu Grosman dan Grosman (dalam Sutcliffe, 2002) menemukan bahwa anak dengan kualitas kelekatan aman lebih mampu menangani tugas yang sulit dan tidak cepat berputus asa.

Sebaliknya pengasuh yang tidak menyenangkan akan membuat anak tidak percaya dan mengembangkan kelekatan yang tidak aman. Kelekatan yang tidak aman dapat membuat anak mengalami berbagai permasalahan yang disebut dengan gangguan kelekatan. Gangguan kelekatan terjadi karena anak gagal membentuk kelekatan yang aman dengan figur lekatnya. Hal ini akan membuat anak mengalami masalah dalam hubungan social. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak yang mengalami gangguan kelekatan memiliki orang tua yang juga mengalami masalah yang sama dimasa kecilnya (Sroufe dalam Cicchetti dan Linch, 1995). Hal ini menjadi sebuah lingkaran yang tidak akan terputus bila tidak dilakukan perubahan.

### **Pengaruh Terapi Peluk Terhadap Tingkat *Attachment* pada Anak**

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t berpasangan *Paired Sample T-Test* didapatkan nilai P *value* yaitu 0,006 yang nilainya lebih kecil dari taraf kesalahan ( $\alpha$ ) 0,05 atau dengan signifikansi 95% menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tingkat *attachment* pengukuran pertama dan kedua. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terapi peluk mempunyai pengaruh untuk meningkatkan *attachment* pada anak di Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat. Hal ini menunjukkan bahwa terapi peluk dapat dijadikan sebagai salah satu usaha keperawatan holistik untuk membantu psikologis anak untuk merasa nyaman dan di sayang sehingga anak akan tumbuh dewasa dengan penuh percaya diri. Terapi peluk dapat dilakukan sebagai bentuk perhatian dan kasih sayang antara penghuni panti dan para pengasuh. Pelukan ibu atau seorang pengasuh sebagai pengganti ibu dapat meningkatkan daya tahan tubuh anak. Kadang dikarenakan kesibukan dan banyak anak yang harus dilayani, maka pengasuh jarang untuk bercekrama atau bermain dengan anak. Jika kondisi memang demikian, salah satu

cara yang bisa dilakukan pengasuh untuk dapat mendekatkan hubungan dengan anak meski memiliki waktu sedikit adalah dengan cara memeluk anak. Hal ini bisa dilakukan saat anak pulang sekolah atau ketika waktu doa bersama. Ketika anak sedang mengalami kesulitan atau suatu persoalan dapat menenangkan hatinya dengan memberikan sebuah pelukan.

Pelukan pengasuh kepada anak dapat menimbulkan ikatan batin dan kasih sayang yang kuat antara anak dan pengasuh. Mendapat pelukan berarti mendapat dukungan, dan bagi yang memeluknya berarti akan menimbulkan rasa percaya diri. Kehadiran hormon endomorfina yang muncul saat berpelukan dapat mengurangi ketegangan saraf dan serta tekanan darah. Anak yang sering mendapat pelukan dari orang tuanya atau pengasuhnya akan lebih efektif sembuh dari depresi, dan akan timbul rasa percaya dirinya untuk menyelesaikan berbagai permasalahan. Dan ketika pelukan dengan rasa sayang ini di teruskan dapat menjadikan pribadi anak yang tidak gampang stress (Penelitian Journal of Epidemiology and Community Health). Secara psikologi, anak yang sering mendapat belaian, sentuhan dan pelukan kasih sayang dari orang tua atau pengasuhnya akan tumbuh menjadi anak yang penyayang, pertumbuhannya sehat, akan merasa nyaman dan memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi.

### KESIMPULAN

Sebagian besar anak mengalami tingkat *attachment* yang aman setelah dilakukan terapi peluk. Terapi peluk juga mempunyai pengaruh yang cukup signifikan dalam meningkatkan *attachment* pada anak di Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat Kota Kupang. Pengelola Panti Asuhan Katholik Sonaf Manekat disarankan untuk membiasakan kegiatan terapi peluk di lingkungan panti guna meningkatkan kelekatan/*attachment* pada anak, terutama kepada para pengasuh diharapkan untuk selalu memberikan pelukan hangat setiap kali kontak dengan anak.

### DAFTAR PUSTAKA

- Borualogo, I.S. (2004). Hubungan Antara Persepsi Tentang Figur Attachment dengan Self- Esteem Remaja Panti Asuhan Muhammadiyah. Jurnal Psikologi. Vol. 13. No.1. Maret 2004. Bandung
- Dalimunthe, K.L. (2009). Kajian Mengenai Kondisi Psikososial Anak Yang Dibesarkan Di Panti Asuhan. Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran Bandung.
- Ervika, E. (2005). Kelekatan (*attachment*) pada anak. Program Studi Psikologi-Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Febiana, F. (2005). *Konsep diri remaja panti asuhan. Skripsi* (Tidak Diterbitkan) Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya.
- Keating, K. (1994). *The Hug Therapy Book*. Hazelden PES
- Keating, K. (1994). *Hugs for Healing and Health*. University of Arkansas. Division of Agriculture. Cooperative Extension Service.
- Sutcliffe, J., (2002). *Baby Bonding, Membentuk Ikatan Batin dengan Bayi*. Jakarta: Tarmedia & Restu Agung
- Parker, J.G., Rubin, K.H., Price, J.M., DeRosier, E.M., (1995). Child Development and Adjustment : A developmental Psychology Perspective dalam Cicchetti, D & Cohen, D.J., *Developmental Psychopathology Volume 2. Risk Disorder and Adaptation*. Halaman 96-161. John Willey and Sons Inc.

## PERBEDAAN PUSTAKA HIV/AIDS TENTANG PERAWATAN PASIEN HIV/AIDS PADA REFERENSI HIV/AIDS

Muhammad Taufan Umasugi  
(Sekolah Tinggi Kesehatan Maluku Husada)  
Lukman Labasy  
(Sekolah Tinggi Kesehatan Maluku Husada)  
M. Arman Tubaka  
(Sekolah Tinggi Kesehatan Maluku Husada)  
Fathmy F. Souliissa  
(Sekolah Tinggi Kesehatan Maluku Husada)

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** HIV/AIDS. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan penyakit menular yang disebabkan virus HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*). **Tujuan Penelitian :** jenis penelitian yang digunakan adalah diskriptif, yaitu Untuk mengetahui perbedaan pustaka hiv/aids tentang perawatan pasien HIV/AIDS pustaka tahun 2011 dan 2013. **Metode:** Penelitian ini dilaksanakan pada buku HIV/AIDS dari tahun 2011 dan 2013. **Hasil:** Hasil penelitian yang di miliki oeh penelitian bahwa Dalam pembahasan Study pustaka pada isi referensi buku garis panduan penyakit HIV/AIDS Edisi revisi 2013 membahas tentang asuhan keperawatan dan pada buku tatalaksana perawatan HIV/AIDS membahas bagaimana cara pengobatan dan peran perawat. **Kesimpulan:** Prinsip Asuhan keperawatan pasien HIV untuk mengubah perilaku ketika berada dalam masa perawatan dan dalam rangka meningkatkan respon imunitas pasien HIV melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologi, sosial, dan spritual. Saya sebagai peneliti sangat berterima kasih atas penerbit buku dan pengarang buku yang selalau memberikan penjelasan tentang HIV/AIDS dan tindakan-tindakan perawatan untuk kita sebagai peneliti bisa mengetahui apa yang kita tidak ketahui.

Kata Kunci:

Buku HIV/AIDS, referensi

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Mengakhiri abad ke- 20, dunia kesehatan dikejutkan dengan munculnya penyakit baru yang sangat berbahaya dan ganas menyerang kehidupan manusia, yakni penyakit HIV/AIDS. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan penyakit menular yang disebabkan virus HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*). Penyebarannya sangat cepat keseluruh dunia. Pada tahun 1999 dilaporkan 191.000 kasus AIDS ke WHO oleh 145 negara. Penyakit AIDS pertama kali di temukan pada tahun 1981 di Amerika Serikat yang kemudian dengan pesatnya menyebar ke seluruh dunia (Kesehatan Masyarakat tentang HIV/AIDS edisi revisi 2011).

AIDS didefinisikan sebagai suatu sindrom atau kumpulan gejala penyakit dengan karakteristik defisiensi kekebalan tubuh yang berat dan merupakan manifestasi stadium akhir infeksi virus "HIV " atau didefinisikan sebagai suatu penyakit yang menandakan adanya defisiensi imun selular, misalnya sarkoma kaposi atau, satu atau lebih infeksi oportunistik yang didiagnostik dengan cara yang dapat dipercaya (Tuti Parwaty 2013).

Virus HIV adalah retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus. Retrovirus mempunyai kemampuan menggunakan RNA-nya dan DNA pejamu untuk membentuk virus DNA dan dikenal selama periode inkubasi yang panjang, seperti retrovirus yang lain, HIV menginfeksi tubuh denag periode inkubasi yang panjang (Klinik-Latin 2009).

Secara struktural morfologinya, bentuk HIV terdiri atas sebuah silinder yang dikelilingi pembungkus lemak yang melingkar- melebar. Pada pusat lingkaran terdapat untai RNA. HIV mempunyai 3 gen yang merupakan komponen fungsional dan struktural. Tiga gen tersebut yaitu *gag*, *pol*, dan *env*. *Gag* berarti group antigen, *pol* mewakili polimerase dan *env* adalah kepanjangan dari *envelope* (Rockstroh, Kamp, 2010 ).

WHO mengungkapkan bahwa infeksi gabungan antara *mycobacteri tuberculosis* dengan HIV yang akan memicu tuberculosis menjadi aktif (pada pengidap TBC laten) riset terbaru menunjukkan bahwa " bakteri " TBC dapat mengaktifkan HIV tahap laten yang ada dalam sel-sel yang telah terinfeksi (World AIDS, 24 November 2011).

### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Dimana peneliti ingin mengetahui perbedaan buku HIV/AIDS dari tahun 2011 dan 2013. Populasi adalah keseluruhan subyektif penelitian yang meliputi semua elemen yang ada didalam wilayah penelitian, (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah pustaka perawatan pasien HIV/AIDS Tahun 2011 dan 2013, berjumlah 2 buah buku. Penelitian ini akan dilakukan pada bulan November 2013, melalui studi pustaka atau pada buku HIV/AIDS dari tahun 2011 dan 2013.

## HASIL PENELITIAN

### Karakteristik Geografis Lokasi Penelitian

Studi pustaka pada buku perawatan pasien HIV/AIDS dengan judul buku GARIS PANDUAN PERAWATAN PENYAKIT HIV/AIDS oleh Dr. Balkis Bt. Ab Karim ( jabatn kesehatan negeri terengganu). Dr. Salmiah Bt. Md. Sharif ( Klinik Kesehatan Batu 9, Cheras, Selanggor) edisi revisi 2013 dan buku TATALAKSANA KLINIS INFEKSI HIV oleh panel ahli yang terdiri dari para klinis dan ahli ( akademis maupun non-akademis ) yang cukup mempunyai wawasan luas dan pengalaman memberikan layanan HIV dan AIDS dan pengobatan antiretroviral (KESEHATAN MASYARAKAT edisi 2011) oleh Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, S. K. M., M. Com. H. Hasil penelitian yang di miliki oeh penelitian bahwa Dalam pembahasan studi pustaka pada isi referensi buku garis panduan perawatan penyakit HIV/AIDS Edisi revisi 2013 adalah : HIV merupakan penyakit menular di mana ia mengambil masa yang lama (2 hingga 10 tahun) untuk seorang pasien itu sampai ke peringkat AIDS. Pasien HIV boleh mengalami berbagai masalah jangkitan oportunistik terutama sekali apabila sistem pertahanan tubuh semakin menurun.Maka amatlah perawatan pasien HIV/AIDS di rumah diberikan perhatian agar perawatan dapat diberikan secara holistik dan komprehensif. Perawatan pasien HIV/AIDS di rumah melibatkan berbagai pihak seperti keluarga, petugas kesehatan dan lain-lain.

Objektif

1. Perawatan pasien HIV/AIDS di rumah
2. Tindakan keperawatan pada pasien HIV/AIDS
3. Asuhan keperawatan respon Biologis
4. Asuhan keperawatan Respon dukungan
5. Asuhan keperawatan Respon Spritual

Sementara pembahasan studi pustaka pada isi referensi buku Tatalaksana klinis HIV edisi 2011 (Kesehatan Masyarakat 2011). Buku pedoman Tatalaksana ini disusun oleh panel ahli yang terdiri dari para klinis dan ahli (akademis maupun non-akademis) yang cukup mempunyai wawasan luas dan pengalaman memberikan layanan perawatan HIV dan AIDS dan pengobatan antiretroviral dan berasal dari berbagai institusi pendidikan, rumah sakit dan lembaga swadaya masyarakat di Indonesia. Pedoman Nasional terapi Antiretroviral edisi tahun 2011 ini memuat rekomendasi tentang terapi dan pemantauan terapi ARV yang dimaksudkan sebagai satu komponen perawatan paripurna berkesinambungan di indonesia, antara lain pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik yang meliputi informasi tentang saat untuk memulai terapi ARV (*when to start* ), cara memilih obat ( *what to start* ).

Objektif:

1. Situasi Epidemik dan program penanggulangan HIV/AIDS
2. Tujuan pedoman terapi ARV
3. Komponen layanan kesehatan HIV
4. Kegiatan layanan di fasilitasi layanan kesehatan
5. Konseling dan tes HIV
6. Pengobatan pencegahan kontrimoksazol ( PPK )
7. Infeksi menular seksual
8. Aspek pencegahan dan pengobatan

## PEMBAHASAN

### Studi Pustaka Perawatan HIV/AIDS pada Buku “ GARIS PANDUAN PERAWATAN PASIEN HIV/AIDS “ Edisi 2013.”

#### PERAWATAN PASIEN HIV/AIDS

Perawatan pasien HIV/AIDS di rumah secara holistik merangkumi beberapa aspek utama:

1. Perawatan pasien HIV/AIDS
2. Makanan/ Nutrisi

### 3. Senam

Perawatan yang baik dan berkesan kepada pasien HIV/AIDS, perawat hendaklah mempunyai ciri-ciri positif seperti :

- a. Berfikiran positif, empati dan tidak bersikap emosional
- b. Memberikan perhatian yang sepenuhnya
- c. Tidak merasa takut untuk merawat dan menjaga pasien HIV/AIDS
- d. Mempunyai pengetahuan tentang HIV/AIDS

### TINDAKAN KEPERAWATAN DALAM PERAWATAN PASIEN HIV/AIDS

Prinsip Asuhan keperawatan pasien HIV untuk mengubah perilaku ketika berada dalam masa perawatan dan dalam rangka meningkatkan respon imunitas pasien HIV melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologi, sosial, dan spritual dilakukan oleh perawat agar dapat menurunkan stresor. Pada bagian ini di tentang (1) konsep pendekatan asuhan keperawatan di rumah dan (2) asuhan keperawatan pada respon biologis, psikologi, sosial dan spritual.

Perawat memiliki peran penting dalam asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS. Ada dua hal penting yang harus dilakukan perawat yakni:

- a. Memfasilitasi strategi koping
  1. Memfasilitasi sumber penggunaan **potensi diri** agar terjadi respon penerimaan sesuai tahapan.
  2. **Teknik kognetif**, dapat berupa upaya untuk membantu penyelesaian masalah, memberikan harapan yang realistis, dan mengingatkan pasien agar pandai mengambil hikmah.
  3. **Teknik perilaku**, dilakukan dengan cara mengajarkan perilaku yang mendukung kesembuhan, seperti : kontrol dan minum obat teratur, konsumsi nutrisi seimbang, istirahat dan aktivitas teratur, dan menghindari tindakan yang dapat menambah parah sakitnya.
- b. Dukungan sosial
  1. **Dukungan emosional**, agar pasien merasa nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan.
  2. **Dukungan informasi**, untuk meningkatkan pengetahuan dan penerimaan pasien terhadap sakitnya
  3. **Dukungan material**, untuk bantuan/ kemudahan akses dalam pelayanan kesehatan pasien.

### ASUHAN KEPERAWATAN RESPON BIOLOGIS (ASPEK FISIK)

Aspek fisik pada pasien HIV adalah pemenuhan kebutuhan fisik sebagai akibat dari tanda dan gejala yang terjadi. Aspek perawatan fisik meliputi :

- a. Universal precautions

Selam sakit, penerapan universal precautions oleh perawat, keluarga, dan pasien sendiri sangat penting. Hal ini ditujukan untuk mencegah terjadinya penularan HIV. Prinsip-prinsip universal precautions meliputi :

  1. Menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh. Bila menangani cairan tubuh pasien menggunakan alat pelindung, seperti sarung tangan, masker, kacamata pelindung, penutup kepala, apron, dan sepatu boot. Penggunaan alat pelindung disesuaikan dengan jenis tindakan yang dilakukan.
  2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, termasuk melepas sarung tangan.
  3. Memelihara kebersihan tempat pelayanan kesehatan
  4. Membuang limbah yang tercemar berbagai cairan tubuh secara benar dan aman (Depkes RI, 2010)
- b. Pengobatan infeksi sekunder dan pemberian ARV ( antiretroviral )
- c. Pemberian nutrisi
- d. Aktivitas dan tidur

### ASUHAN KEPERAWATAN RESPON SPRITUAL

Asuhan keperawatan pada aspek spritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya, sehingga pasien HIV akan dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah. ( Ronaldson, 2010 ). Asuhan keperawatan yang dapat diberikan :

- a. Memperkuat harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Orang bijak mengatakan “ *hidup tanpa harapan akan membuat orang putus asa dan bunuh diri.* ” Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apa pun kesembuhan, akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.

- b. Pandai mengambil hikmah. Peran perawat dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada pasien untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami pasien, pasti ada maksud dari sang pencipta. Pasien harus difasilitasi untuk lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus- menerus. Sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.
- c. Ketabahan hati. Karakteristik seseorang didasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Ketabahan hati sangat di anjurkan kepada pasien HIV. Perawat dapat menguatkan diri dengan memberikan contoh nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak " Bahwa tuhan tidak akan memberikan cobaan kepada umatnya, melebihi kemampuannya ( Al baqarah, 2:286 )

### **Study Pustaka Perawatan HIV/AIDS pada Buku " TATALAKSANA KLINIS INFEKSI HIV DAN TERAPI ANTIRETROVIRAL"**

#### KOMPONEN LAYANAN KESEHATAN

Layanan terkait HIV meliputi upaya dalam menemukan pasien HIV secara dini dengan melakukan tes dan konseling HIV pada pasien yang datang ke fasyankes, perawatan kronis bagi odha dan dukungan lain dengan sistem rujukan ke berbagai fasilitas layanan lain yang di butuhkan Odha. Layanan perlu dilakukan secara terintegrasi, paripurna, dan berkesinambungan. Infeksi HIV merupakan infeksi kronis dengan berbagai macam infeksi oportunistik yang memiliki dampak sosial terkait stigma dan diskriminasi serta melibatkan berbagai unsur dengan pendekatan tim.

Setiap daerah diharapkan menyediakan semua komponen layanan HIV yang terdiri dari :

- a. Informed consent untuk tes HIV seperti tindakan medis lainnya.
- b. Mencatat semua kegiatan layanan dalam formulir yang sudah di tentukan.
- c. Anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap oleh dokter.
- d. Pemberian ARV untuk Odha yang telah memenuhi syarat
- e. Pemberian obat kontrimoksasol sebagai pengobatan pencegahan infeksi oportunistik
- f. Pemberian imunisasi dan pengobatan pencegahan kontrimaksasol pada bayi yang lahir dari ibu hamil dengan HIV.
- g. Menganjurkan tes HIV pada pasien TB, infeksi menular seksual ( IMS ).

Sesuai dengan unsur tersebut maka perlu terus diupayakan untuk meningkatkan akses pada perangkat pemantau terapi, seperti pemeriksaan CD4 dan tes *viral load*. Komponen layanan tersebut harus disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya setempat. Semakin dini Odha terjangkau di layanan kesehatan untuk akses ARV, maka semakin kurang risiko untuk mendapatkan penyakit infeksi oportunistik maupun menularkan infeksi HIV.

#### KONSELING DAN TES HIV

Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV

1. Konseling dan tes HIV sukarela.
2. Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (KTIP ).

KTIP merupakan kebijakan pemerintah untuk dilaksanakan di layanan kesehatan yang berarti semua petugas kesehatan harus menganjurkan tes HIV setidaknya pada ibu hamil, pasien TB, pasien dari kelompok berisiko ( panasun, PSK- pekerja seks komersial, LSL- lelaki seks dengan lelaki ), pasien IMS dan seluruh pasnagan seksualnya. Kegiatan ini memberikan anjuran dan pemeriksaan tes HIV perlu disesuaikan dengan prinsip bahwa pasien sudah mendapatkan informasi yang cukup dan menyetujui untuk HIV dan semua pihak menjaga kerahasiaan ( onseling, consent, confidentiality).

Gejala dan tanda klinis yang patut diduga infeksi HIV

- a. Keadaan umum
  1. Kehilangan berat badan > 10% dari berat badan dasar
  2. Demam ( terus menerus atau intermiten,temperatur oral > 37,5 ) yang lebih dari satu bulan
  3. Diare ( terus menerus intermiten ) yang lebih dari satu bulan
  4. Limfadenopati meluas
  5. Kulit
  6. Infeksi jamur
  7. Inveksi viral
  8. Gangguan pernafasan

9. Batuk lebih dari satu bulan
10. Sesak nafas
11. Tuberkolosis
12. Peneumonia berulang
13. Sinusitis kronis atau berulang

#### ASPEK PENCEGAHAN DALAM PENGOBATAN

Pengobatan ARV terbukti mempunyai peran yang bermakna dalam pencegahan penularan HIV, karena obat ARV memiliki mekanisme kerja mencegah replikasi virus yang secara bertahap menurunkan jumlah virus dalam darah.

- a. Pemeriksaan laboratorium sebekum melalui terapi  
Pada dasarnya pemantauan laboratorium bukan merupakan persyaratan mutlak untuk menginisiasi terapi ARV.
- b. Beberapa infeksi oportunistik (IO) pada ODHA dapat dicegah dengan pemberian pengobatan profilaksi. Terdapat dua macam pengobatan pencegahan, yaitu profilaksi primer dan profilaksi sekunder. Profilaksi primer adalah pemberian pengobatan pencegahan untuk mencegah suatu infeksi yang belum pernah diderita. Profilaksi sekunder adalah pemberian pengobatan pencegahan yang ditujukan untuk mencegah berulangnya suatu infeksi yang pernah diderita sebelumnya. PPK dianjurkan bagi: 1) ODHA yang bergejala ( stadium klinis 2, 3, atau 4 ) termasuk perempuan hamil dan menyusui. Walaupun secara teori kotrimoksazol dapat menimbulkan kelainan kongenital, terapi karena risiko yang mengancam jiwa pada ibu hamil. 2) ODHA dengan jumlah CD4 di bawah 200 sel/mm ( apabila tersedia pemeriksaan dan hasil CD4 ).

#### **STUDI PERBANDINGAN PERBEDAAN PUSTAKA PERAWATAN HIV/AIDS PADA REFERENSI HIV/AIDS DARI TAHUN 2011 DAN 2013.**

Berdasarkan penjelasan "**Perbedaan Pustaka HIV/AIDS tentang Perawatan Pasien HIV/AIDS pada Referensi HIV/AIDS dari Tahun 2011 dan 2013**" di atas, dapat dikatakan bahwa dalam buku Garis Panduan Perawatan HIV/AIDS edisi 2013 yaitu bagaimana cara perawatan pasien HIV/AIDS dengan baik dan benar. Meliputi Perawatan Pasien HIV/AIDS, Tindakan Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS, Asuhan Keperawatan Respon Biologis, Asuhan Keperawatan Respon Spritual.

Sedangkan pada buku **Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan terapi Antiretroviral edisi 2011** yaitu bagaimana cara perawatan pasien HIV/AIDS dengan cara minum obat yang baik dan benar meliputi Situasi Epidemik dan program penanggulangan HIV/AIDS, Tujuan pedoman terapi ARV, Komponen layanan kesehatan HIV, Kegiatan layanan di fasilitas layanan kesehatan, Konseling dan tes HIV, Pengobatan pencegahan kotrimoksazol ( PPK ), Infeksi menular seksual, Aspek pencegahan dan pengobatan.

Secara kumulatif Peneliti membandingkan dalam pembahasan pustaka pada buku Garis Panduan Perawatan HIV/AIDS edisi 2013 bahwa studi pustaka perawatan HIV/AIDS edisi 2013 Lebih ideal dan bermanfaat untuk melakukan perawatan terhadap pasien HIV/AIDS pada dasarnya dalam pembahasannya yaitu Perawat memiliki peran penting dalam asuhan keperawatan pasien HIV/AIDS. Ada dua hal penting yang harus dilakukan perawat yakni:

- a. Memfasilitasi strategi koping
  1. Memfasilitasi sumber penggunaan potensi diri agar terjadi respon penerimaan sesuai tahapan.
  2. Teknik kognitif, dapat berupa upaya untuk membantu penyelesaian masalah, memberikan harapan yang realistis, dan mengingatkan pasien agar pandai mengambil hikmah.
  3. Teknik perilaku, dilakukan dengan cara mengajarkan perilaku yang mendukung kesembuhan, seperti : kontrol dan minum obat teratur, konsumsi nutrisi seimbang, istirahat dan aktivitas teratur, dan menghindari tindakan yang dapat menambah parah sakitnya.
- b. Dukungan sosial
  1. Dukungan emosional, agar pasien merasa nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan.
  2. Dukungan informasi, untuk meningkatkan pengetahuan dan penerimaan pasien terhadap sakitnya
  3. Dukungan material, untuk bantuan/ kemudahan akses dalam pelayanan kesehatan pasien. Akan tetapi ditinjau dari dampak buruknya yaitu penularan HIV Bisa saja terjadi jika perawat melakukan kesalahan dalam tindakan. Menurut Azrul (2007) salah satu faktor yang menentukan terjadinya masalah kesehatan di masyarakat adalah ciri manusia atau karakteristik. Yang termasuk dalam unsur karakteristik manusia antara lain umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, status

sosial ekonomi, ras/etnik, dan agama. Sedangkan dari segi tempat disebutkan penyebaran masalah kesehatan dipengaruhi oleh keadaan geografis, keadaan penduduk dan keadaan pelayanan kesehatan. Orang bijak mengatakan " *hidup tanpa harapan akan membuat orang putus asa dan bunuh diri.*"

### KESIMPULAN

1. Prinsip Asuhan keperawatan pasien HIV untuk mengubah perilaku ketika berada dalam masa perawatan dan dalam rangka meningkatkan respon imunitas pasien HIV melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologi, sosial, dan spritual dilakukan oleh perawat agar dapat menurunkan stresor. Pada bagian ini di tentang (1) konsep pendekatan asuhan keperawatan di rumah dan (2) asuhan keperawatan pada respon biologis, psikologi, sosial dan spritual.
2. Dukungan sosial sangat diperlukan terutama pada pasien HIV yang kondisinya sudah sangat parah. Individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial meliputi pasangan ( suami/istri ), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, Jenis dukunagn sosial House dalam Depkes ( 2011 )
3. Layanan terkait HIV meliputi upaya dalam menemukan pasien HIV secara dini dengan melakukan tes dan konseling HIV pada pasien yang datang ke fasyankes, perawatan kronis bagi odha dan dukungan lain dengan sistem rujukan ke barbagai fasilitas layanan lain yang di butuhkan Odha. Layanan perlu dilakukan secara terintegrasi, paripurna, dan berkesinambungan
4. Pengobatan ARV terbukti mempunyai peran yang bermakna dalam pencegahan penularan HIV, karena obat ARV memiliki mekanisme kerja mencegah replikasi virus yang secara bertahap menurunkan jumlah virus dalam darah.

### DAFTAR PUSTAKA

- Calles. 2012. *Pathophysiology of the Human Immunodeficiency Virus*.
- Depkes R.I. 2010. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas lainnya*. Jakarta: Ditjen PPM dan PL Depkes.
- Lily. 2010. *Transmisi HIV dari ibu ke anak*. Majalah kedokteran indonesia.
- Tuty parwati. 2013. *AIDS, Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Rockstroh, kamps. 2010. *HIV Medicine 2010*. Paris. Flying Publisher.
- Sudoyo. 2010, *Managing HIV* . Sydney : MJA Published
- Syaiful. 2010. *Pers Meliputi AIDS*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Pelkesi ( 2010 ). *Pendekatan Perencanaan Program Pencegahan PMS dan AIDS di Masyarakat*. Jakarta : Pelkesi
- Depkes RI. 2010. *Pedoman Nasional Perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA: Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas Lainnya*. Jakarta, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyebaran Lingkungan, Depkes RI.
- Djoerba et. Al. 2013. *Gambaran Klinis AIDS di Jakarta*.
- Djoerban 2013. " Diagnosis dan Pengobatan Infeksi HIV/AIDS. *Majalah Kesmas Indonesia 2010 no 5*.
- UNAIDS. (2009). WHO. *AIDS Epidemic Update*.[www.media.unaids.org/contentassets/dataimport.pdf](http://www.media.unaids.org/contentassets/dataimport.pdf) (Diakses 26 Juni 2011)
- New Mexica AIDS Infant. 2012. *Diet, Nutrition and HIV*.<http://www.thebody.com>
- Yayasan Praja, Yayasan Burnet Indonesia, ANCP-AUSAID. 2011. *Buku Penanganan HIV/AIDS*. Jakarta
- Anya. 2010. *Diet Wise, Pound Foolish: Promoted DIETS For HIV*.
- Ader. 2013. *Psychoneuroimmunology*. San Dieg: Academic Press.
- Getli. 2009 . *Manajemen keperawatan*, WB Sounder Company.
- Stewart. 2008, *managing HIV*. Sydney: MJA Published
- Yani. 2011. *Peran profesi keperawatan dalam meningkatkan tanggung jawab perawat untuk memberikan asuhan keperawatan*. Company
- Kubler. 2010. Dalam carpenito, L. J. *Nursing Diagnosis*. Philadelphia

## GAMBARAN PENGALAMAN PERAWAT DALAM UPAYA PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUANG PERAWATAN BEDAH DAN PENYAKIT DALAM

Abuzar Wakano  
(Prodi Keperawatan Masohi, Poltekkes Kemenkes Maluku)

### ABSTRAK

Infeksi nosokomial masih menjadi masalah di rumah sakit yang dapat berdampak pada angka morbiditas dan mortalitas, memperpanjang masa rawat, menyebabkan hilangnya waktu kerja, dan meningkatkan biaya perawatan. Untuk itu, diperlukan upaya dari perawat sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan yang 24 jam berada di rumah sakit dan bersentuhan langsung dengan pasien untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit. Namun, tidak semua perawat dapat melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial dengan baik dengan tidak menerapkan kewaspadaan universal yang disebabkan oleh berbagai faktor. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial, upaya perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial, kendala perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial, dan peran kepala ruangan dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial. Populasi penelitian deskriptif ini adalah semua perawat yang bekerja sebagai perawat pelaksana di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi. Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling* sebesar 30 orang. Data dikumpulkan melalui pengisian kuesioner, lalu dianalisis secara deskriptif menggunakan frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial sudah baik (63,3%), sebagian besar perawat (53,3%) tidak melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial, kendala terbanyak yang dialami oleh perawat dalam melaksanakan upaya pencegahan infeksi nosokomial adalah kurangnya peralatan dan tempat mencuci tangan, serta kondisi ruangan yang kurang baik sebanyak (100,0%), sebagian besar perawat menilai kepala ruangan berperan secara aktif dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial (80,0%).

Kata kunci:

Infeksi nosokomial, perawat

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Jenis infeksi nosokomial yang sering dijumpai pada pasien bedah berturut-turut adalah infeksi saluran kemih, infeksi arena bedah, infeksi saluran napas bawah, bakteremia dan sepsis yang berkaitan dengan penggunaan alat intravaskuler. Upaya identifikasi dan pengamatan pasien yang berisiko tinggi harus dilakukan. Infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemik. Infeksi yang muncul selama seseorang tersebut dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang itu dirawat atau setelah selesai dirawat disebut infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial ini dapat berasal dari dalam tubuh penderita maupun luar tubuh. Infeksi endogen disebabkan oleh mikroorganisme yang semula memang sudah ada didalam tubuh dan berpindah ke tempat baru yang kita sebut dengan *self infection*, sementara infeksi eksogen (*cross infection*) disebabkan oleh mikroorganisme yang berasal dari rumah sakit dan dari satu pasien ke pasien lainnya (Wenzel, 2002), sehingga kemudian dapat dilakukan upaya pencegahan, diagnosis dan penanggulangannya. Infeksi nosokomial akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas, memperpanjang masa rawat, menyebabkan hilangnya waktu kerja, dan meningkatkan biaya perawatan (Sjamsuhidayat & De jong, 2004).

Suatu penelitian yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit dari 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik tetap menunjukkan adanya infeksi nosokomial dengan Asia Tenggara sebanyak 10,0% (Ducel, 2002). Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit di DKI Jakarta pada 2004 menunjukkan bahwa 9,8 persen pasien rawat inap mendapat infeksi yang baru selama dirawat (Spiritia, 2009). Walaupun ilmu pengetahuan dan penelitian tentang mikrobiologi meningkat pesat pada 3 dekade terakhir dan sedikit demi sedikit resiko infeksi dapat dicegah, tetapi semakin meningkatnya pasien-pasien dengan penyakit *immunocompromised*, bakteri yang resisten antibiotik, super infeksi virus dan jamur, dan prosedur invasif, masih menyebabkan infeksi nosokomial menimbulkan kematian sebanyak 88.000 kasus setiap tahunnya (Light, 2001).

Cara penularan melalui tenaga perawat ditempatkan sebagai penyebab yang paling utama infeksi nosokomial. Penularan melalui tangan perawat dapat secara langsung karena tangan yang kurang bersih atau secara tidak langsung melalui peralatan yang invasif. Dengan tindakan mencuci tangan secara benar saja kejadian infeksi nosokomial dapat mencapai 50% apalagi jika tidak mencuci tangan. Peralatan yang kurang steril, air yang terkontaminasi kuman, cairan desinfektan yang mengandung kuman, sering meningkatkan risiko infeksi nosokomial (Utje, 1993 dikutip dalam Lindawati 2010).

Peran perawat dan petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial dapat dilakukan dengan membatasi transmisi organisme dari atau antar pasien dengan cara mencuci tangan dan penggunaan sarung tangan, tindakan septik dan aseptik, sterilisasi dan desinfektan, mengontrol resiko penularan dari lingkungan, melindungi pasien dengan penggunaan antibiotika yang adekuat, nutrisi yang cukup, dan vaksinasi, membatasi resiko infeksi endogen dengan meminimalkan prosedur invasif, dan pengawasan infeksi dengan mengidentifikasi penyakit dan mengontrol penyebarannya (Utama, 2006).

Keberhasilan rumah sakit dalam hal menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial tergantung dari peran perawat dalam upaya mencegah infeksi nosokomial, serta didukung oleh berbagai faktor diantaranya: pengetahuan perawat itu sendiri tentang cara pencegahan infeksi nosokomial dan pendidikan perawat dimana saat ini tenaga keperawatan terus meningkatkan kualitas sumber daya manusianya dengan melanjutkan pendidikan. Selain itu, seorang perawat yang telah bekerja lama di rumah sakit tentunya sudah mengetahui tentang upaya-upaya yang dilakukan oleh rumah sakit terkait pencegahan infeksi nosokomial dan yang tidak kalah pentingnya adalah penyediaan alat oleh pihak rumah sakit untuk mendukung upaya pencegahan infeksi nosokomial.

Penelitian yang dilakukan oleh Muslih (2006) yang meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial pada pasien pasca operasi di Bangsal Bedah RSUD Kabupaten Brebes menemukan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian infeksi nosokomial adalah lama perawatan, perawatan luka, alat dan bahan untuk merawat luka dan kebersihan ruangan.

Berdasarkan data yang di dapat dari ruang perawatan bedah RSUD Masohi bahwa pada Tahun 2009, jumlah pasien yang menjalani perawatan sebanyak 816 orang, tahun 2010 jumlah pasien yang menjalani perawatan sebanyak 910 orang. Dan tahun 2011 (Januari - September) jumlah pasien yang menjalani perawatan sebanyak 789 orang. Dan pasien yang menjalani perawatan di Ruang Penyakit Dalam tahun 2009 sebanyak 770 orang, tahun 2010 sebanyak 876 orang dan pada tahun 2011 (Januari - Agustus ) sebanyak 778 orang (Data RSUD Masohi, 2011).

Dari data jumlah kunjungan pasien di atas angka kejadian infeksi Nosokomial selalu mengalami peningkatan. Dan infeksi nosokomial yang paling banyak ditemukan pada tahun 2011 adalah infeksi plebitis (56%), infeksi pada luka (32%), dan penyebab lain (12%). Hal tersebut disebabkan karena perawat belum sepenuhnya memahami tentang perannya dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial. sementara perawat berada di garis terdepan dalam memberikan pelayanan pada pasien, dimana perawat merupakan sentral dalam pencegahan infeksi nosokomial. Sementara data tentang jumlah perawat yang bekerja di ruang perawatan bedah RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah adalah sebanyak 18 orang dengan status pegawai PNS sebanyak 8 orang dan tenaga kontrak sebanyak 10 orang dengan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan 1 orang, DIII Keperawatan 14 orang dan SPK sebanyak 3 orang yang terdiri dari 6 orang Laki-Laki dan 12 orang perempuan. Dan jumlah perawat yang bekerja di ruang Penyakit Dalam adalah sebanyak 24 orang dengan status pegawai PNS sebanyak 11 orang, pegawai kontrak 13 orang dengan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan 1 orang, DIII Keperawatan 11 orang dan SPK sebanyak 1 orang yang terdiri dari laki laki 7 Orang dan perempuan 17 orang.

Data tersebut menunjukkan adanya keragaman dari sumber daya tenaga keperawatan yang bertugas di ruang perawatan bedah dan penyakit dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah yang dapat berpengaruh terhadap upaya mereka dalam melakukan suatu tindakan keperawatan termasuk upaya dalam melakukan pencegahan infeksi nosokomial. Untuk itu, peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana gambaran pengalaman perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah.

### **Rumusan Masalah**

Infeksi nosokomial masih menjadi masalah di rumah sakit yang dapat berdampak pada angka morbiditas dan mortalitas, memperpanjang masa rawat, menyebabkan hilangnya waktu kerja, dan meningkatkan biaya perawatan. Untuk itu, diperlukan upaya dari perawat sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan yang 24 jam berada di rumah sakit dan bersentuhan langsung dengan pasien untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit. Namun, tidak semua perawat dapat melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial dengan baik dengan tidak menerapkan kewaspadaan universal yang

disebabkan oleh berbagai faktor. Berdasarkan hal tersebut, maka masalah penelitiannya adalah "Bagaimanakah pengalaman perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi?"

### Tujuan Penelitian

1. Diketuainya gambaran pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah
2. Diketuainya gambaran upaya perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah
3. Diketuainya gambaran kendala perawat dalam upaya upencegahan infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah
4. Diketuainya gambaran peran kepala ruangan dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dn Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah

### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan pengalaman perawat dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 24 Oktober 2011 sampai dengan tanggal 27 Januari 2012, di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi. Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja sebagai perawat pelaksana di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi. Pada penelitian ini pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yang berjumlah 30 orang.

Data dikumpulkan melalui pengisian kuisioner yang dibuat dalam bentuk pertanyaan terbuka dengan mengacu pada konsep dan teori terkait, yang berhubungan dengan pengalaman perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang perawatan bedah dan penyakit dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah. Setelah data terkumpul, selanjutnya dianalisis secara deskriptif berupa frekuensi yang disajikan dalam bentuk tabel.

### HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Demografi Perawat di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012

Karakteristik Demografi	Jumlah		
	f	%	
Umur: 21 – 30 tahun	17	56,7	
	31 – 40 tahun	10	33,3
	41-50 tahun	2	6,7
	> 50 tahun	1	3,3
Jenis Kelamin: Laki-laki	9	30,0	
	Perempuan	21	70,0
Pendidikan: SPK	4	13,3	
	DIII Keperawatan	25	83,4
	S1 Keperawatan	1	3,3
Lama Kerja: 1-5 tahun	22	73,3	
	6-10 tahun	2	6,7
	> 10 tahun	6	20,0
Total	30	100,0	

Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan umur sebagian besar berusia di antara 21-30 tahun (56,7%), responden berjenis kelamin perempuan (70,0%), sebagian besar responden berpendidikan DIII Keperawatan (83,4%), dan sebagian besar responden masa kerjanya 1-5 tahun (73,3%).

Tabel 2. Distribusi Pemahaman Perawat di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012

Pemahaman Perawat tentang infeksi nosokomial	Jumlah	
	f	%
Memahami	19	63,3
Tidak Memahami	11	36,7
Total	30	100,0

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah memahami tentang infeksi nosokomial berjumlah 19 orang (63,3%), dan yang tidak memahami sebanyak 11 orang (36,7 %)

Tabel 3. Distribusi Upaya Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012

Upaya Perawat Dalam Pencegahan Infeksi	Jumlah	
	f	%
Melakukan	14	46,7
Tidak Melakukan	16	53,3
Total	30	100,0

Dari Tabel 3 keseluruhan responden yang berjumlah 30 orang didapatkan responden yang melakukan upaya pencegahan Infeksi Nosokomial berjumlah 14 orang (46,7 %), dan responden yang tidak melakukan upaya pencegahan Infeksi Nosokomial berjumlah 16 orang (53,3 %).

Tabel 4. Distribusi Kendala Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012

Kendala Perawat Dalam Pencegahan Infeksi	Jumlah			
	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Peralatan yang kurang	30	100,0	0	0,0
Wastafel tidak tersedia	30	100,0	0	0,0
Tidak ada jadwal jam besuk	23	76,7	7	23,3
Tidak ada SOP	16	53,3	14	46,7
Kondisi ruangan yang kurang baik	30	100,0	0	0,0
Tidak ada ruang isolasi	20	66,7	10	33,3

Tabel 4 menunjukkan bahwa terdapat 30 responden (100%) menyatakan peralatan kurang, 30 responden (100 %) menyatakan wastafel tidak tersedia, 23 responden (76,7%) menyatakan tidak ada jadwal besuk, 16 responden (53,3%) menyatakan tidak ada SOP, 30 Responden (100%) menyatakan kondisi Ruangan kurang baik dan 20 responden (66,7%) menyatakan tidak ada ruang isolasi sebagai kendala bagi perawat dalam upaya pencegahan Infeksi Nosokomial.

Tabel 5. Distribusi Peran Kepala Ruangan Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012

Peran Kepala Ruangan Dalam Pencegahan Infeksi	Jumlah	
	f	%
Aktif	24	80,0
Tidak Aktif	6	20,0
Total	30	100,0

Dari Tabel 5.5 di atas darai 30 responden terdapat 24 responden (80 %) menilai kepala ruangan aktif dan 6 responden (20 %) menilai Pasif.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pada ruang perawatan bedah dan penyakit dalam di Rumah Sakit Umum Daerah Masohi telah memahami tentang Infeksi Nosokomial sebanyak (63,3%). Notoatmodjo (1993), menyatakan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku dan tindakan seseorang, karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Oleh sebab itu mengetahui sesuatu kita dapat melaksanakan dan menjadikan pedoman untuk tindakan selanjutnya.

Hasil penelitian terlihat bahwa tingkat pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial cukup baik tetapi dalam implementasinya masih banyak mengalami kendala pada sarana dan prasarana yang kurang memadai serta tidak ada jadwal jam besuk bagi keluarga pasien. Karena infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi pada pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit akibat infeksi silang baik oleh petugas maupun lingkungan sekitarnya dengan demikian maka kelengkapan sarana dan prasarana di rumah sakit sangat di perlukan oleh perawat dalam upaya melaksanakan asuhan keperawatan yang professional termasuk upaya dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Penelitian ini menunjukkan bahwa perawat di ruang perawatan bedah dan penyakit dalam di Rumah Sakit Umum Daerah belum maksimal dalam melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial dimana (46,7%) perawat yang melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial, sementara (53,3%) perawat tidak pernah melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial. Hal ini disebabkan karena kurangnya sarana dan prasarana yang ada, sehingga dalam melakukan tindakan perawat mengalami hambatan. Utama (2006) mengungkapkan hal yang sama, bahwa peran perawat dan petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nosokomial dapat dilakukan dengan membatasi transmisi organisme dari atau antar pasien dengan cara mencuci tangan dan penggunaan sarung tangan, tindakan septic dan aseptik, sterilisasi dan desinfektan, mengontrol resiko penularan dari lingkungan, melindungi pasien dengan penggunaan antibiotika yang adekuat, nutrisi yang cukup, dan vaksinasi, membatasi resiko infeksi endogen dengan meminimalkan prosedur invasif, dan pengawasan infeksi dengan mengidentifikasi penyakit dan mengontrol penyebarannya.

Utje (1993 dikutip dalam Lindawati 2010) menyatakan bahwa cara penularan melalui tenaga perawat ditempatkan sebagai penyebab yang paling utama terhadap infeksi nosokomial. Penularan melalui tangan perawat dapat secara langsung karena tangan yang kurang bersih atau secara tidak langsung melalui peralatan yang invasif. Dengan tindakan mencuci tangan secara benar saja kejadian infeksi nosokomial dapat mencapai 50% apalagi jika tidak mencuci tangan. Peralatan yang kurang steril, air yang terkontaminasi kuman, cairan desinfektan yang mengandung kuman, sering meningkatkan risiko infeksi nosokomial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 46,7% responden tidak melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial ini lebih disebabkan karena minimnya ketersediaan alat seperti masker, hancon serta wastapel. Di ketahui bahwa untuk mencegah penyebaran penyakit maka diperlukan penggunaan hanscon dan masker; sebagai pelindung terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara dan melalui tangan yang kurang steril. Hal yang sama dengan pasien yang menderita infeksi saluran nafas, diharuskan menggunakan masker saat keluar dari kamar penderita. Selain itu, sarung tangan yang digunakan saat menyentuh darah, cairan tubuh, feses maupun urine harus selalu diganti dan setelah membalut luka maupun terkena benda yang kotor. Penyebaran penyakit dapat dicegah dengan cara mengurangi penyuntikan yang kurang diperlukan, pergunaan jarum steril, penggunaan alat suntik yang sekali pakai, masker untuk pelindungan terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara.

Penelitian ini menunjukkan bahwa perawat di ruang perawatan bedah dan penyakit dalam di Rumah Sakit Umum Daerah Masohi masih mengalami kendala dalam pencegahan infeksi nosokomial, yang mana (100%) perawat menyatakan peralatan di ruangan yang masih kurang dan tidak tersedianya tempat untuk mencuci tangan (wastapel) serta kondisi ruangan yang kurang baik, sementara (76,7%) perawat menyatakan tidak ada jam besuk dan (66,7%) perawat menyatakan bahwa tidak ada SOP serta (66,7%) perawat menyatakan tidak ada ruangan isolasi, dalam melakukan tindakan keperawatan di ruangan. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Hasnah (2008) yang menemukan bahwa ada hubungan beban kerja dengan upaya perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidrap ( $p=0,011$ ). Rata-rata waktu yang diperlukan untuk pelaksanaan masing-masing tindakan perawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. .Beban kerja merupakan volume dari hasil kerja atau catatan-catatan tentang hasil pekerjaan yang dapat menunjukkan volume yang dihasilkan oleh sejumlah pegawai dalam suatu bagian tertentu. Di dalam menentukan beban kerja perawat didasarkan pada banyaknya pasien yang dimasukkan pada suatu unit

setiap hari, bulan, atau tahun, kondisi pasien di dalam unit tersebut, rata-rata hari perawatan pasien, tindakan perawatan langsung dan tidak langsung yang akan dibutuhkan oleh masing-masing pasien, dan frekuensi masing-masing tindakan perawatan yang harus dilakukan.

Simonsen et al (1999, dikutip dari Soeroso, 2007) menyimpulkan bahwa lebih dari 50% suntikan yang dilakukan di negara berkembang tidaklah aman (contohnya jarum, tabung atau keduanya yang dipakai berulang-ulang) dan banyaknya suntikan yang tidak penting (misalnya penyuntikan antibiotika). Kadang kala di suatu rumah sakit, alat yang tersedia untuk dilakukannya kewaspadaan universal dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial tidak tersedia atau jumlahnya terbatas seperti masker, sarung tangan dan juga baju khusus kadang kala tidak tersedia dalam jumlah yang cukup. Demikian pula dengan penggunaan jarum suntik dimana seharusnya jarum suntik yang digunakan sifatnya sekali pakai, namun karena alasan ekonomi dan efisiensi maka spoit yang ada dipakai beberapa kali.

Dari hasil penelitian penelitian menunjukkan bahwa tingkat pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial cukup baik, tetapi dalam implementasinya masih banyak mengalami kendala karena ketersediaan alat untuk melakukan tindakan kewaspadaan universal jumlahnya terbatas seperti masker, sarung tangan dan juga wastapel. Demikian pula dengan tidak adanya jadwal jam besuk bagi keluarga pasien. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa infeksi nosokomial berpeluang terjadi peningkatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Masohi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden menganggap bahwa kepala ruangan berperan secara aktif dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial (80,0%). Dan 6 responden (20,0%) menilai pasif. Kepala ruangan perawatan merupakan manager tingkat pertama yang mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam mengelola pelayanan keperawatan kepada klien. Kepala ruangan memiliki tanggung jawab dan tugas dalam mempengaruhi, menggerakkan, mengarahkan dan memotivasi melalui pemberian nasehat yang efektif sehingga perawat dapat bekerja dengan baik dan penuh kesadaran hal ini merupakan tujuan dari peran mentoring pimpinan ruang rawat inap.

Menurut (Bell,1995) bahwa seorang pimpinan dalam menjalankan tugas atau sebagai manager harus dapat memberikan nasehat yang efektif terhadap bawahannya. Adapun nasehat yang efektif dapat dilakukan bila pimpinan ruang rawat inap memiliki sikap keramah-tamahan, keterbukaan, dan sikap pendominasian yang seimbang dalam arti memiliki kontrol tetapi juga memberikan pertumbuhan dan perkembangan dari ide yang dimiliki perawat dalam menjalankan tugasnya.

Kepala ruang harus memiliki sikap keterbukaan, yaitu terbuka dalam menjalankan tugas, menerima kritikan, yang memudahkan untuk membina hubungan dan mencegah emosi yang berkepanjangan dalam menyelesaikan masalah. Hal ini merupakan cara pemberian nasehat yang efektif terhadap bawahannya sehingga mampu menjalankan tugas tanpa beban.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Perawatan Bedah dan Penyakit Dalam RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah maka dapat disimpulkan:

1. Pemahaman perawat tentang infeksi nosokomial secara keseluruhan di ruangan sudah baik
2. Sebagian besar perawat tidak melakukan upaya pencegahan infeksi nosokomial, karena minimnya peralatan dalam melakukan suatu tindakan.
3. Kendala terbanyak yang dialami oleh perawat dalam melaksanakan upaya pencegahan infeksi nosokomial adalah kurangnya peralatan dan tempat mencuci tangan, serta kondisi ruangan yang kurang baik.
4. Sebagian besar responden menilai kepala ruangan berperan secara aktif dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial.

Berdasarkan hasil penelitian, maka saran-saran yang diajukan adalah:

1. Diharapkan kepada penentu kebijakan dalam hal ini pihak rumah sakit agar memfasilitasi alat yang dibutuhkan dalam mencegah infeksi nosokomial di rumah sakit dan memberikan tugas sesuai dengan profesinya.
2. Diharapkan kepada perawat pelaksana agar meningkatkan kesadarannya dan berupaya dengan baik dalam mencegah infeksi nosokomial di rumah sakit.
3. Diharapkan kepada peneliti agar dapat mengaplikasikannya dalam memberikan pelayanan keperawatan yang lebih optimal.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. H. (2002). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Darmadi (2008) *Infeksi Nosokomial, Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta, Salemba Medika.
- Hasnah (2008) *Faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidrap*, Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin: Makasaar
- Hidayat, A.A. (2007). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kurniadi, Hartati (2003) *Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Mitra Keluarga Jakarta*, Cermin Dunia Kedokteran No. 135 tahun 2003.
- Lindawati (2010) *Faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi perawat pelaksana tentang upaya pencegahan infeksi nosokomial di ruang rawat inap Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta*, Thesis, <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=93767>, diakses 15 September 2011
- Light RW.(2001) *Infectious disease, noscomial infection*. Harrison's Principle of Internal Medicine 15 Edition
- Muslih (2006) *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Infeksi Nosokomial Pada Pasien Pasca Operasi Bersih Di Bangsal Bedah RSUD Brebes*. Undergraduate thesis, Diponegoro University.
- Utama, Harry Wahyudhy (2006) *Infeksi Nosokomial*, klikharry.wordpress.com/2006/12/21/infeksi-nosokomial, diakses 15 September 2011
- Utji, Robert (1993) *Pengendalian Infeksi Nosokomial di RS Dr Cipto Mangunkusumo dengan Sumber Daya Minimal*, Cermin Dunia Kedokteran No. 82 tahun 1993.
- Perry & Potter (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, proses, dan Praktik*, Volume 2, Edisi IV, Jakarta: EGC
- Pohan, HT. (2004) *Current Diagnosis and Treatment in Internal Medicine*. Jakarta: Pusat Informasi dan Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI
- Rohani & Setio H (2010) *Panduan Praktek Keperawatan Nosokomial*, yogyakarta, PT Citra Aji Parama.
- Sjamsuhidayat & De Jong (2004) *Buku ajar Ilmu Bedah*, EGC: Jakarta.
- Soeroso, Santoso (2007) *Kewaspadaan Universal pengendalian Infeksi Nosokomial*, [www.infeksi.com/articles.php?lng=in&pg=16](http://www.infeksi.com/articles.php?lng=in&pg=16), Diakses 15 September 2011.
- Schaffer, et al (2000) *Pencegahan Infeksi & Praktik yang Aman*, Jakarta: EGC.
- Spiritia (2009) *Infeksi Nosokomial dan Kewaspadaan Universal*, <http://spiritia.or.id/cst/dok/ku1.pdf>, Diakses 15 September 2011
- Saryono & Anggraeni (2010) *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam bidang Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Triatmodjo, Pudjarwoto (2003) *Tinjauan Mikrobiologi Makanan, Minuman, dan Air Pada Beberapa Rumah Sakit di Jakarta*, Cermin Dunia Kedokteran No. 135 tahun 2003.
- Wenzel (2002) *Infection control in the hospital, in International society for infectious diseases*, second ed, Bostonn
- Yurisa, W. (2008) *Etika penelitian kesehatan*, Fakultas Kedokteran Universitas: Riau, Pekanbaru