

ISBN : 978-602-51139-0-1

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL
HASIL PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT SERI KE 1 :
MEMBANGUN MASYARAKAT SEHAT
SEJAHTERA MENUJU PENCAPAIAN SDGS

Disusun Oleh : LPPM STIKes Majapahit



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MAJAPAHIT - MOJOKERTO

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL HASIL PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT SERI KE 1 :
MEMBANGUN MASYARAKAT SEHAT SEJAHTERA MENUJU PENCAPAIAN SDGS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MAJAPAHIT
Jl Raya Gayaman Km.02 Kecamatan Mojoanyar Kabupaten Mojokerto 61364

ISBN 978-602-51139-0-1



9 786025 113901 >



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MAJAPAHIT
Jl Raya Gayaman Km. 02 Kecamatan Mojoanyar Kabupaten Mojokerto 61364

PROSIDING

**SEMINAR NASIONAL
HASIL PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA
MASYARAKAT SERI KE 1:
MEMBANGUN MASYARAKAT SEHAT SEJAHTERA
MENUJU PENCAPAIAN SDGs**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit, Mojokerto
16 Desember 2017

STIKes MAJAPAHIT MOJOKERTO

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL HASIL PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA
MASYARAKAT SERI KE 1: MEMBANGUN MASYARAKAT SEHAT
SEJAHTERA MENUJU PENCAPAIAN SDGs
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit, Mojokerto, Propinsi Jawa Timur

Pelindung : Dr Nurwidji, MSi
Penanggung Jawab : Dr. Abdul Muhith, S.Kep.,Ns
Penasehat : 1. Dr. Henry Sudiyanto, M.Kes
2. Rifa'atul Laila Mahmudah, M.Farm-Klin., Apt
3. Arief Fardiansyah, ST.,M.Kes
Panitia Pelaksana : Eka Diah Kartiningrum, SKM., MKes
Dwi Harini Puspitaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Widya Puspitasari, A.Md
Kamelia, SE
Ernys Tyas Q, A.Md
Vonny Nurmalya Megawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Dwi Helynarti S, S.Si.,SKM., M.Kes
Widy Setyowati, M.Kep
Fitria Wahyu W, M.Kep
Yudha Laga HK, S.Psi.,S.Kep.,M.Kes
M.Nur Firdaus,S.Kep.Ns.,M.Kep
Reviewer : Prof. Dr. Sujono, M.Kes
Dr. Abdul Muhith, S.Kep.Ns
Editor dan Penyunting: Rifaatul Laila Mahmudah, M.Farm Klin, Apt
Eka Diah Kartiningrum, SKM., MKes
Dwi Helynarti Syurandari, S.Si., SKM., MKes
Widya Puspitasari, AMd

ISBN : 978-602-51139-0-1

Cetakan pertama, Desember 2017

Penerbit:

STIKes Majapahit Mojokerto

Jalan Raya Jabon Km 02 Kecamatan Mojoanyar Mojokerto 61364

Telp. 0321 329915

Fax. 0321 329915

Email: mojokertostikesmajapahit@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala karunia Nya kepada kita semua sehingga acara Seminar Nasional Hasil Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Seri Ke 1 dengan tema membangun masyarakat sehat sejahtera menuju pencapaian SDGs yang diselenggarakan oleh Stikes Majapahit pada tanggal 19 Agustus 2017 dapat terselenggara dengan baik dan lancar dan prosiding artikel ini dapat diterbitkan. Acara ini didukung oleh Stikes Pemkab Jombang, Poltekkes RS dr Soepraoen Malang, Stikes Hang Tuah Surabaya, Stikes Kendedes Malang, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Akademi Keperawatan Dian Husada, IIK Bhakti Wiyata, Stikes Banyuwangi, Akademi Kebidanan Ar Rahma, Universitas Kadiri, Akademi Gizi Karya Husada Kediri, dan Stikes ICME Jombang.

Pemilihan tema tersebut didasari oleh pemikiran bahwa pencapaian *Sustainable Development Goals (SDGs)* merupakan tanggung jawab semua pihak. Perguruan tinggi sebagai inovator yang mempercepat pencapaian SDGs. Namun berbagai hasil penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilaksanakan seringkali tidak dipublikasikan dengan baik sehingga hanya menjadi tumpukan laporan yang tidak berguna walaupun informasi yang dihasilkan sangat dibutuhkan oleh Bangsa Indonesia untuk menyusun kebijakan dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera

Seminar ini diikuti oleh seluruh peneliti dan pengabdi yang telah lolos seleksi untuk mempresentasikan, dan berdiskusi memperdalam keilmuan, saling bertukar informasi serta membangun kerjasama antara berbagai bidang, diantaranya bidang kesehatan ibu dan anak, gerontik, kesehatan reproduksi, gizi serta manajemen pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, LPPM Stikes Majapahit menyusun 62 artikel hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat tersebut dalam bentuk prosiding

Akhir kata, kami mengucapkanterimakasih yang sebesar-besarnya kepada Yayasan Kesejahteraan Warga Kesehatan, Pimpinan Stikes Majapahit, DPRM Universitas Muhammadiyah Malang, Pemakalah, Peserta, Panitia dan pihak sponsor yang telah mendukung pelaksanaan Seminar Nasional ini, smoga Alloh SWT meridhoi semua langkah upaya kita. Amin.

Mojokerto, 19 Desember 2017

Ketua Panitia

Eka Diah Kartiningrum, MKes

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i

Daftar Isi.....	ii - ix

Judul Artikel

Halaman

PENGARUH MEDIA VIDEO TERHADAP PENGETAHUAN DALAM PENCEGAHAN PERILAKU SEKS PRANIKAH SISWA SMP	1-6

Lia Kurniasari¹⁾, Ayu Ida Wardani²⁾

^{1,2} Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

ANALISIS SISTEM INFOMASI FAKTOR RESIKO HIPERTENSI BERBASIS POSBINDU DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN SIDOARJO.....	7-17

Mukhammad Himawan Saputra¹⁾, Abdul Muhith²⁾, Arief Fardiansyah³⁾

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

²Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

EFEK PEMBERIAN SEDUHAN SERBUK KELOPAK ROSELLA MERAH TERHADAP KOLESTEROL DAN TRIGLISERIDA SERUM TIKUS SPRAGUE DAWLEY YANG DIBERI MINYAK JELANTAH.....	18-23

Cucuk Suprihartini¹⁾, Arya Ulilalbab²⁾

^{1,2}Akademi Gizi Karya Husada Kediri

PENGARUH INISIASI MENYUSU DINI TERHADAP KECEPATAN PENURUNAN TINGGI FUNDUS UTERI	24-28

Rafhani Rosyidah¹⁾, Sulistyorimi²⁾

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

² Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

TINGKAT DEPRESI NARAPIDANA WANITA PENGHUNI RUTAN MEDAENG SURABAYA.....	29-33

Sukma Ayu Candra Kirana¹⁾, Lela Nurlela²⁾, Farida Septiani³⁾

^{1,2,3,4} STIKES Hang Tuah Surabaya

PENERAPAN ATS TERHADAP WAITING TIME KLIEN DI IGD RSUD NGUDI WALUYO WLINGI BLITAR	34-37

Mohammad Nur Firdaus

Prodi D3 Keperawatan STIKes Majapahit Mojokerto

COMPASSION FATIGUE BERKORELASI DENGAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DITINJAU DARI SEGI KEPUASAN PELANGGAN.....	38-45

Anndy Prastya¹⁾, Ike Prafitasari²⁾, Hani Riska³⁾, Suherman⁴⁾

^{1,2} Dosen Stikes Majapahit Mojokerto

^{3,4}Perawat RSUD Sidoarjo

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI REMAJA DALAM MENGKONSUMSI MIRAS DI WILAYAH WIYUNG - SURABAYA 46-50

Budi Dwi Prasetyo Utomo, Qori'Ila Saidah, Nur Chabibah

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

PENGARUH PENDIDIKAN DAN KECERDASAN EMOSIONAL ORANG TUA TERHADAP PERILAKU TEMPER TANTRUM PADA ANAK USIA 3-6 TAHUN DI TK ROMLY TAMIM DAERAH PESISIR KENJERAN SURABAYA 51-58

Diyan Mutyah¹⁾, Lilik Erviani²⁾, M. Baidlowi Mahbub³⁾

¹⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

²⁾ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

³⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

ANALISIS FAKTOR RISIKO KOMPLIKASI KEHAMILAN TRIMESTER III..... 59-68

Agustin Dwi Syalfina

Prodi D3 Kebidanan, STIKes Majapahit

PENGARUH PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF TERHADAP KEJADIAN DIARE PADA BAYI USIA 0-6 BULAN DI RSU AL-ISLAM H.M MAWARDI SIDOARJO..... 69-71

Henry Sudiyanto¹⁾, Fitria Wahyu Ariyanti²⁾, Mujiadi³⁾, Rikha Nalinda⁴⁾

^{1,2,3,4)}Stikes Majapahit Mojokerto

PERBEDAAN EFEKTIFITAS PENGGUNAAN KASSA KERING STERIL DIBANDINGKAN DENGAN KASSA ALKOHOL TERHADAP LAMA LEPAS TALI PUSAT DI DESA CERME KIDUL-GRESIK 72-76

Astrida Budiarti, Dya Sustrami, Julienavita Adinda

Stikes Hang Tuah Surabaya

HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN DENGAN KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI TAHUN 2017 77-83

Reny Nugraheni

Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

DEPRESI DAN KUALITAS TIDUR LANSIA 84-90

Bunga Anggraita¹⁾, Christina Yuliasuti²⁾, Imroatul Farida³⁾

^{1,2,3)} STIKes Hang Tuah Surabaya

ANALISIS KEGIATAN TAMAN PEMULIHAN GIZI TERHADAP PERKEMBANGAN BALITA DI WILAYAH KECAMATAN TEMBELANG DI KABUPATEN JOMBANG 91-94

Septi Fitrah Ningtyas¹⁾, Mamik Ratnawati²⁾, Rini Hayu L³⁾

^{1,2,3)} Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang

ANALISIS AKURASI *GLASGOW COMA SCALE (GCS)* DALAM MEMPREDIKSI *MORTALITY* PASIEN CEDERA KEPALA 95-99

Riki Ristanto¹⁾, Amin Zakaria²⁾

^{1,2)} Dosen Prodi Keperawatan Poltekkes RS. dr. Soepraoen Malang

GAMBARAN TINGKAT TURNOVER PERAWAT, MOTIVASI, DAN KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT ISLAM HASANAH MOJOKERTO..... 100-103

Arief Fardiansyah¹⁾, Abdul Muhith²⁾ Mukhammad Himawan Saputra³⁾ Fenty⁴⁾

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

²Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

PENGARUH PEMBERIAN MINYAK ZAITUN (*OLIVE OIL*) TERHADAP RUAM POPOK (*DIAPER RASH*) PADA BATITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GROGOL KABUPATEN KEDIRI TAHUN 2016 104-106

Rahma Kusuma Dewi¹), Pamogsa Ratri Adha Daniyar²)

^{1,2} Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri

DUKUNGAN KADER POSYANDU TERHADAP PARTISIPASI AYAH PEDULI BALITA DALAM UPAYA PELAYANAN KESEHATAN POSYANDU *CADERS SUPPORT FOR PARTICIPATION FATHER CARES CHILDREN UNDER FIVE IN HEALTH CARE SERVICE* 107-113

Heni Maryati¹), Monika Sawitri Prihatini²)

Program Studi Diploma III Keperawatan STIKES Pemkab Jombang

UPAYA PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN DALAM PENINGKATAN *SELF EFFICACY* PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS BERBASIS KONSERVASI LEVINE..... 114-119

Alik Septian Mubarrok¹), Ahmad NurKhoiri²)

Program Studi Sarjana Keperawatan, Stikes Pemkab Jombang

***NEONATAL INCIDENT OF HYPOGLIKEMIA IN PREGNANT WOMAN WITH GESTASIONAL RISK DIABETES MELLITUS* 120-125**

Sulistiyah¹, Ismiatun² Nunung Ernawati³ Shella⁴

^{1,2,3,4}Polytechnic dr. Soepraoen Jl. Sudanco Supriyadi no 22 Malang

HUBUNGAN UMUR DAN PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN RUPTURA PERINEUM PADA IBU BERSALIN DI RSUD SIDOARJO PERIODE JANUARI SAMPAI JULI TAHUN 2017..... 126-132

Nur Saidah¹), Eka Yusmanisari²)

^{1,2}Akademi Kebidanan Ar-Rahma Bangil Pasuruan

GENDING JAWA SEBAGAI TERAPI MUSIK – EFEKTIFKAH? : KAJIAN LITERATUR 133-137

Atikah Fatmawati

Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, STIKes Majapahit

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGGUNAAN JAMBAAN DI DAERAH BANTARAN SUNGAI DESA LALADAN KABUPATEN LAMONGAN 138-142

Abdul Muhith¹), Mukhammad Himawan Saputra²) Arief Fardiansyah³)

¹Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

^{2,3} Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

HUBUNGAN PERILAKU IBU HAMIL TRIMESTER III DALAM MENGKONSUMSI TABLET FE DENGAN KEJADIAN ANEMIA DI PUSKESMAS NGORO MOJOKERTO 143-148

Wiwit sulistyawati¹), Nurun Ayati Khasanah²

Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

**PEMAKAIAN KONTRASEPSI HORMONAL DENGAN KEJADIAN
FLOUR ALBUS FISILOGI di BPS WIJI UTAMI SIDOARJO 149-153**

Sri Wardini Puji Lestari

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

**PENGARUH PIJAT BUMIL TERHADAP KUALITAS TIDUR PADA IBU
HAMIL TRIMESTER III DI BPM BIDAN A DESA KARANG NONGKO
KEC.SOOKO KABUPATEN MOJOKERTO 154-156**

Sulisdiana

Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

**HUBUNGAN PERSEPSI SUAMI DENGAN MOTIVASI IBU DALAM
PENGUNAAN ALAT KONTRASEPSI KELUARGA BERENCANA 157-163**
(Studi di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Kecamatan Diwek Jombang)

Endang Yuswatiningih¹⁾, Hariyono²⁾

Stikes Insan Cendekia Medika Jombang

**PERAN VARIABEL *CONFOUNDING* DALAM MEMPENGARUHI
ASOSIASI ANTARA KONSUMSI PANGAN HEWANI, BUAH DAN
SAYUR IBU DENGAN STATUS GIZI BALITA
(ANALISIS MANTEL HAENSZEL DENGAN *CONFOUNDING* : JUMLAH
BALITA SERUMAH DAN PENDIDIKAN IBU DI DESA TAWANG
KECAMATAN WATES KABUPATEN KEDIRI) 164-168**

Tutut Pujiyanto

Akademi Gizi Karya Husada Kediri

**EFEKTIVITAS TEKNIK MENERAN TERHADAP PENCEGAHAN
RUPTUR PERINEUM SPONTAN PADA IBU BERSALIN
PRIMIGRAVIDA DI BPM SIDOARJO 169-172**

Nurul Azizah¹⁾, Sylvi Anissya Devi²⁾

^{1,2} Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Kebidana Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

**PENYAPIHAN DINI DENGAN STATUS GIZI ANAK BAWAH DUA
TAHUN [BADUTA] DI POSYANDU GRAHA 173-179**

Ika Yuni Susanti

Program Studi D3 Kebidanan STIKes Majapahit

**HUBUNGAN TINGKAT KECUKUPAN ENERGI DAN PROTEIN
DENGAN STATUS GIZI PADA ANAK KELAS V SEKOLAH DASAR
ISLAM TERPADU AL – AZHAR KEDIRI 180-184**

Enggar Anggraeni

Akademi Gizi Karya Husada Kediri

**KENAIKAN BERAT BADAN IBU HAMIL DENGAN BERAT LAHIR
BAYI 185-188**

Dhonna Anggreni

Prodi D3 Kebidanan, StiKes Majapahit

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN 189-196**

(di Unit Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya)

Dwi Ernawati¹, Diyah Arini², M. Hendrik Haryono³

^{1,2} Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

³ Perawat IGD RSU Haji Surabaya

PENGETAHUAN IBU TENTANG *MONOSODIUM GLUTAMATE* MAKANAN PADA ANAK PRASEKOLAH DI TK. NUANSA PERTIWI 2 SIDOREJO..... 197-204

Widy Setyowati, M.Kep

Program Studi D3 Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto

PENGARUH AIR ALKALI TERHADAP NEOVASKULARISASI TIKUS GALUR WISTAR (*RATTUS NORVEGICUS*) DENGAN LUKA HIPERGLIKEMIA 205-210

Yanuar Eka Pujiastutik¹, Yohanes Andy Rias², Vina Ifada Luthfi³

^{1,2,3} Fakultas Ilmu Kesehatan, IIK Bhakti Wiyata

PENGARUH PENGGUNAAN MEDIA PEMBELAJARAN INTERAKTIF TERHADAP HASIL BELAJAR MATA KULIAH ASUHAN KEHAMILAN..... 211-214

¹Mudhawaroh, SST, M.Kes., ²Nikeh Grah Prihartanti, SST, M.Kes., ³Kolifah, SST, M.Kes.

^{1,2,3} Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang

FAKTOR-FAKTOR PEMBERIAN ASI EKSklusif PADA IBU BEKERJA DI PONKESDES AWANG AWANG KECAMATAN MOJOSARI MOJOKERTO 215-220

Dyah Siwi Hety

Dosen STIKes Majapahit Mojokerto

HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN JUMLAH ANAK DENGAN PEMILIHAN PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PADA AKSEPTOR KB (Di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya) 221-226

Ayu Citra Mayasari¹, Astrida Budiarti², Adibah Enggar³

^{1,2,3} Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS PURI KABUPATEN MOJOKERTO 227-234

Dian Irawati

Prodi Kebidanan, STIKES Majapahit

FUNGSI KOGNITIF DENGAN *ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)* PADA LANSIA 235-248

(Kognitif Function With Activities Of Daily Living (ADL) In The Elderly)

Ninik Murtiyani¹, Aris Hartono², Hartin Suidah³, Nindya Putri Pangertika⁴

¹ Akademi Keperawatan Dian Husada

² Prodi Ilmu Keperawatan, Stikes Bahkti Husada Mulia

³ Akademi Keperawatan Dian Husada

⁴ Prodi Ilmu Keperawatan, Stikes Dian Husada

EFEKTIFITAS RUJUKAN BIDAN ERA JKN PADA PRE EKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA DI RS dr. SAIFUL ANWAR MALANG..... 249-256

Dian Hanifah¹, Annisa Fithri²

^{1,2} Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendedes Malang

**LINGKAR LENGAN ATAS DENGAN ANEMIA PADA IBU HAMIL
TRIMESTER III DI UPT PUSKESMAS KUTOREJO KABUPATEN
MOJOKERTO 257-263**

Zulfa Rufaida

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

**FAKTOR RISIKO WAKTU KEMATIAN PADA KEJADIAN
KECELAKAAN LALU LINTAS DI WILAYAH HUKUM KEPOLISIAN
RESORT MOJOKERTO 264-270**

Dwi Helynarti Syurandhari ¹⁾, Mukhammad Himawan Saputra²⁾, Asih Media Yuniarti ³⁾,

Ainur Pujianti ⁴⁾

^{1,2,3,4}Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, STIKes Majapahit Mojokerto

**PENGARUH PEMBERIAN *INFUSED WATER* STROBERI TERHADAP
INTENSITAS *DISMENORE* PRIMER PADA REMAJA PUTRI
DI ASRAMA ABIM KOTA KEDIRI 271-276**

Weni Tri Purnani

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri

**HUBUNGAN PERSEPSI MASYARAKAT NELAYAN TENTANG MUTU
PELAYANAN PUSKESMAS TERHADAP SIKAP UNTUK DETEKSI
DINI KATARAK DI KELURAHAN PEJAGAN KECAMATAN
BANGKALAN PULAU MADURA 277-281**

Hanifatur R., Dwi Ernawati, Merina Widyastuti, , Nur Chabibah, Erwinda Trisatya.

STIKES Hang Tuah Surabaya

**HUBUNGAN USIA DENGAN PEMILIHAN KONTRASEPSI SUNTIK
TAHUN 2016 DI BPS “ FARIDA YULIANI ,S.ST.M.Kes.” DESA GAYAMAN
MOYOANYAR – MOJOKERTO 282-287**

Ferilia Adiesti

Prodi Kebidanan , STIKES Majapahit Mojokerto

**KARAKTERISTIK PEKERJAAN TERHADAP KEBERHASILAN ASI
EKSKLUSIF 288-292**

Erfiani Mail Prodi ¹⁾, Dhonna Anggraeni ²⁾

^{1,2}Prodi D3 Kebidanan Stikes Majapahit Mojokerto

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MELATARBELAKANGI *DROP*
OUT PADA AKSEPTOR KB SUNTIK 293-297**

Dyah Permata Sari¹⁾, Sulis Diana²⁾

^{1,2}Prodi D3 Kebidanan, STIKES Majapahit Mojokerto

JARAK KELAHIRAN ANAK DENGAN STATUS GIZI BALITA..... 298-301

Farida Yuliani

Stikes Majapahit Mojokerto

**EFEKTIFITAS KOMBINASI PERASAN DAUN SIRIH (*Piper betle L.*)
DENGAN PERANGKAP NYAMUK TERHADAP KEMATIAN
LARVA *Aedes aegypti*, UPAYA PENURUNAN PENDERITA DBD DI
DESA JOGOROTO KABUPATEN JOMBANG..... 302-309**

Awaluddin Susanto¹⁾, Erni Setiyorini²⁾.

^{1,2} Prodi Analis Kesehatan, STIKES ICME Jombang

HUBUNGAN LAMA PENGGUNAAN KOMPUTER DENGAN KELUHAN ANGGOTA GERAK ATAS PADA PEGAWAI BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL KESEHATAN KANTOR CABANG MOJOKERTO 310-314

Asih Media Yuniarti¹⁾, Mukhammad Himawan Saputra²⁾ Dwi Helynarti Syurandhari³⁾ Fibrina⁴⁾

^{1,2,3,4} Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, STIKes Majapahit Mojokerto

PELATIHAN DETEKSI DINI PENYIMPANGAN PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL ANAK BAGI KADER POSYANDU DI DESA PETAK MOJOKERTO 314-317

Nurul Mawaddah¹⁾, Uswatun Kasanah²⁾

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan, Stikes Majapahit Mojokerto

PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF LANSIA MELALUI TERAPI MODALITAS *LIFE REVIEW* MENGGUNAKAN *SNAKES LADDERS GAME* 319-325

Christina Yuliasuti¹⁾, Sukma Ayu Candra K²⁾, Iis Fatimawati³⁾, Mas'ud Hakim⁴⁾

^{1,2,3,4} STIKes Hang Tuah Surabaya

UPAYA PENINGKATAN PENGUATAN *CHAIN OF SURVIVAL* KORBAN HENTI JANTUNG DI LUAR RUMAH SAKIT MELALUI PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR KEPADA KADER KESEHATAN 326-330

Ika Suhartanti¹⁾, Fitria Wahyu Ariyanti.²⁾, Anndy Prastya.³⁾

STIKes Majapahit Mojokerto

IMPLEMENTASI SENAM YOGA TERHADAP PENINGKATAN KADAR SPO₂ PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI DERAJAT I DI GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA 331-339

Hidayatus Sya'diyah¹⁾, Diyah Arini²⁾, Astrida Budiarti³⁾, Ninik Ambar Sari⁴⁾, Agung Pranoto⁵⁾, Ratna Wulan⁶⁾, Dedi Irawadi⁷⁾, Diyan Mutyah⁸⁾, Christina Hardiana Putri⁹⁾, Qori'la Saidah¹⁰⁾

Prodi d3 KeperawatanStikes Hang Tuah Surabaya

IMPLEMENTASI TERAPI *REMINISCENCE* TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA..... 340-343

Dya Sustrami¹⁾, Setiadi²⁾, Puji Hastuti³⁾, Lela Nurlela⁴⁾, MeianaHarfika⁵⁾, Baidhowi⁶⁾, Giska Wulan Kusuma⁷⁾, Nur Muji⁸⁾, DitaApriani⁸⁾, Lilik Erviani⁹⁾

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Prodi d3 KeperawatanStikes Hang Tuah Surabaya

PEMERIKSAAN KADAR Hb DAN PENILAIAN STATUS GIZI BALITA SEBAGAI SKRINING AWAL ADB 345-353

Atik Pramesti Wilujeng¹⁾, Muhammad Al Amin ²⁾, Titis Sriyanti ³⁾, Elita Indah⁴⁾

^{1,2,3,4} Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi

UPAYA PEMBINAAN POSBINDU PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM) DUSUN GLONGGONGAN DESA SUMBER TEBU BANGSAL KABUPATEN MOJOKERTO..... 354-358

Eka Diah Kartiningrum¹⁾, DwiHarini Puspitaningsih²⁾, Yudha Laga Hadi Kusuma³⁾, Vonny

Nurmalya Megawati⁴⁾

^{1, 2, 3, 4} Prodi D3 KeperawatanStikes Majapahit

**AKUPUNKTUR METODE JIN'S 3 NEEDLE MEREDAKAN NYERI
ISCHIALGIA..... 359-366**

Puspo Wardoyo¹, Lenny Tandya², Ismiatun³

¹Prodi Akupunktur, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang

²Prodi Akupunktur, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang

³Prodi Kebidanan, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang

**PENGABDIAN MASYARAKAT DENGAN *ART PAINTING THERAPY*
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA 367-369**

Siti Fatimatur R¹), Dhian Satya R²), Ayu Citra Mayasari³), Sapto Dwi A⁴), Nisha

Dharmayanti R⁵)

Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

**DUKUNGAN SUAMI TERHADAP KECEMASAN IBU *PRIMIGRAVIDA*
PRE OPERASI SECTIO CAESARIA 370-380**

Sari Priyanti

STIKes Majapahit Mojokerto

PENGARUH MEDIA VIDEO TERHADAP PENGETAHUAN DALAM PENCEGAHAN PERILAKU SEKS PRANIKAH SISWA SMP

Lia Kurniasari¹⁾, Ayu Ida Wardani²⁾

^{1,2} Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

email :liakesmas@umkt.ac.id

email :lk959@umkt.ac.id

Abstract

Teenage period is a developmental transition period between children period and adult period involving biological, cognitive and social as well as emotional changes. In Indonesia, the percentage of male teenagers who have had pre-marital sex is 4.5% and the percentage of female teenagers who have had pre-marital sex is 0,5%. Reproduction health education is one way to reduce or to prevent pre-marital sexual behaviors. Improving the knowledge of the students can be done through video media. Objective to find out the effect of video media on the knowledge level about the prevention of pre-marital sexual behaviors by the students of SMP. The type of this research was quasi experiment with a non equivalent control group design. The sample of this research was the eighth grade students of SMP with the total of 40 respondents. The sample is Total Sampling technique with validity test of product moment, using a questionnaire as the research instrument. There was an effect of video media on the knowledge (p -value 0.025; $R^2 = 0,249$). The data analyzed by using bivariate analysis with simple linear regresion. There was an effect of video media on the knowledge about the prevention of pre-marital sexual behaviors by the eighth grade students of SMP.

Keywords: Video, Knowledge, the Prevention of Pre-marital Sex

1. PENDAHULUAN

Besarnya jumlah penduduk kelompok remaja ini akan sangat mempengaruhi pertumbuhan penduduk dimasa yang akan datang, remaja perlu mendapatkan perhatian serius mengingat mereka masih termasuk dalam usia sekolah dan memasuki umur reproduksi, apabila tidak dipersiapkan dengan baik mereka akan sangat beresiko terhadap masalah kesehatan reproduksi seperti perilaku seksual pranikah dan HIV/AIDS.

Menurut survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS), remaja yang pernah melakukan hubungan seks pranikah pada tahun 2012 di Indonesia pada remaja laki-laki sebanyak 4,5% dan pada remaja perempuan sebanyak 0,5%, dari survei yang sama didapatkan alasan hubungan seksual pranikah tersebut sebagian besar karena penasaran/ingin tahu (57,5% pria), terjadi begitu saja (38% perempuan) dan dipaksa oleh pasangan (12,6% perempuan). Hal ini mencerminkan kurangnya pemahaman remaja tentang keterampilan hidup sehat, resiko hubungan seksual dan kemampuan untuk menolak hubungan yang tidak mereka inginkan (Kemenkes RI, 2012). Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) melakukan penelitian di Kalimantan

Timur pada awal Juni Tahun 2010, dan telah menyebarkan kuesioner di kalangan pelajar SMP, didapatkan sebanyak 25% pelajar SMP pernah melakukan hubungan seksual (HUS). Sementara usia remaja yang melakukan hubungan seksual pada usia 15-16 tahun sebesar 23%, dan 35% pada usia 17-18 tahun serta usia diatas 18 tahun sebesar 25%. Mereka melakukan hubungan seksual bersama pacar sebesar 77% dan hubungan seksual dilakukan dirumah sebesar 52%. Pada masa remaja terjadi pembentukan norma baru yang bisa menimbulkan rasa ingin tahu yang besar dan upaya mencari kebebasan. Perkembangan zaman, arus globalisasi serta pesatnya kemajuan teknologi memberikan pengaruh terhadap kehidupan remaja, sehingga ini berdampak pada terbentuknya sikap baru terhadap perilaku seksual pada remaja (Setyaningsih 2016). Menurut Sarwono (2007) perilaku seksual merupakan segala bentuk perilaku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun dengan sesama jenis. Jika perilaku seksual tersebut dilakukan sebelum waktunya, atau dilakukan bukan oleh sepasang suami istri, maka perilaku seksual tersebut merupakan perilaku seksual tidak sehat.

2. KAJIAN LITERATUR

Menurut (Sarwono 2012) pendidikan kesehatan reproduksi merupakan salah satu cara untuk mengurangi atau mencegah perilaku seks sebelum menikah, khususnya untuk mencegah dampak-dampak negatif yang tidak diharapkan misalnya seperti kehamilan yang tidak direncanakan, penyakit menular seksual, depresi dan perasaan berdosa. Remaja yang telah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi cenderung jarang melakukan hubungan seks, tetapi remaja yang belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi cenderung lebih banyak mengalami kehamilan yang tidak dikehendaki.

Peningkatan pengetahuan diperoleh melalui suatu proses yang mempengaruhi dan perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo 2010). Upaya untuk meningkatkan pengetahuan dapat dilakukan melalui media video. Pendidikan kesehatan melalui media video merupakan salah satu teknik pengajaran yang mempunyai banyak keunggulan, sebab media tersebut merupakan sumber informasi yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2011).

Media video merupakan gambar-gambar dalam *frame*, di mana *frame* demi *frame* diproyeksikan melalui lensa proyektor secara mekanis sehingga pada layar terlihat gambar hidup (Azhar, 2011). Penggunaan media video merupakan salah satu teknik pengajaran yang mempunyai banyak keunggulan dilihat dari sasaran program maupun situasi dan kondisi siswa, dilihat dari sasaran penelitian yaitu merupakan Siswa SMP (Sekolah Menengah Pertama) yang belum mampu memahami informasi secara baik karena pola pikir yang belum matang, sehingga pendidikan kesehatan dengan media video dapat memudahkan siswa memahami pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah yang diberikan, karena kemudahan penerimaan informasi dapat mempermudah peningkatan pengetahuan siswa (Pratiwi, 2015).

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu (*quasi-experiment study*) dengan rancangan *non equivalent control group desain* (Notoatmodjo, 2010). Penelitian

ini menggunakan dua kelompok yaitu kelompok yang diberikan media video terkait kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah sebagai kelompok eksperimen dan kelompok yang tidak diberikan perlakuan media video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah yaitu sebagai kelompok pembandingan (kontrol). Dalam penelitian ini variabel independennya yaitu Pengaruh Media Video dan variabel dependennya adalah pengetahuan siswa kelas VIII SMP Nuri Samarinda.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Nilai Pengetahuan Mengenai Kesehatan Reproduksi dan Bahaya Seks Pranikah Pretest dan Posttest Pada Kelompok Eksperimen Siswa Kelas VIII Di SMP Nuri Samarinda.

	pretest	Posttest	D
Mean	15.7	19.75	4.05
Median	15.5	21	
Standar Deviation	2.993	2.425	
Minimum	10	13	
Maximum	21	21	

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel didapatkan data bahwa nilai rata-rata dari 20 siswa sebelum diberikan perlakuan berupa penayangan media video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah adalah 15.7. Nilai minimum yang dicapai siswa adalah 10 dan nilai maksimum yang dapat dicapai siswa adalah 21 dengan median 15.5.

Tabel 2. Nilai Pengetahuan Mengenai Kesehatan Reproduksi dan Bahaya Seks Pranikah Pretest dan Posttest Pada Kelompok Kontrol Siswa Kelas VIII B di SMP Nuri Samarinda.

	pretest	Posttest	D
Mean	12.9	14.2	1.3
Median	14	15	
Standar Deviation	3.824	2.419	
Minimum	6	9	
Maximum	17	18	

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 2 didapatkan data bahwa nilai rata-rata dari 20 pada saat pretest

adalah 12.6. Nilai minimum yang dicapai siswa adalah 6 dan nilai maksimum yang dapat dicapai siswa adalah 17 dengan median 14.

Tabel 3. Pengaruh Media Video Terhadap Pengetahuan Mengenai Kesehatan Reproduksi Dan Bahaya Seks Pranikah Pretest Dan Posttest Pada Siswa Kelas VIII Di SMP Nuri Samarinda.

Pengetahuan	Mean	D	R Square	B	P Value
Pretest	15.7	4.05	0.249	9.674	0.25
Posttest	19.75			0.551	

Sumber : Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 3 didapatkan data bahwa nilai rata-rata dari 20 siswa sebelum diberikan perlakuan berupa penayangan media video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah adalah 15.7. Setelah diberi perlakuan berupa penayangan video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah nilai rata-rata dari 20 siswa adalah 19.75, dengan selisih mean pretest dan posttest siswa mencapai 4.05 sehingga terlihat bahwa ada perbedaan pengetahuan siswa mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah sebelum dan sesudah diberikan video. sedangkan R Square sebesar 0.249 yang berarti bahwa media video memberikan kontribusi sebesar 0.249 atau 24.9% terhadap peningkatan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah yang menandakan hubungan lemah, artinya 75.1% hasil peningkatan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah dipengaruhi oleh faktor lain, dan didapatkan nilai konstan sebesar 9.674 yang mempunyai arti bahwa jika tidak ada pemberian media video maka nilai pengetahuan sebesar 9.674, dan nilai koefisien regresi sebesar 0.551 karena nilai koefisien regresi bernilai (+) maka dengan demikian dapat dikatakan bahwa media video berpengaruh terhadap pengetahuan, sehingga persamaan regresi yaitu $Y = 9.674 + 0.551x$, dengan $P \text{ Value } 0.025 < 0.05$ yang artinya terdapat pengaruh media video terhadap peningkatan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah. Setelah diberi perlakuan berupa penayangan video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah nilai rata-rata dari 20 siswa adalah 19.75. Nilai minimum yang dicapai siswa adalah 13 dan nilai maksimum yang dapat dicapai siswa adalah 21 dengan median 21. Selisih mean pretest dan posttest siswa

mencapai 4.05 sehingga terlihat bahwa ada perbedaan pengetahuan siswa mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah sebelum dan sesudah diberikan video.

Nilai rata-rata dari 20 siswa pada saat posttest adalah 14.2. Nilai minimum yang dicapai siswa adalah 9 dan nilai maksimum yang mencapai 1.3 sehingga terlihat bahwa ada perbedaan pengetahuan siswa mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah sebelum dan sesudah diberikan video namun tidak signifikan dapat dicapai siswa adalah 18 dengan median 15. Selisih mean pretest dan posttest siswa.

Analisis univariate dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diteliti, dalam penelitian ini yaitu variabel pengetahuan kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada siswa kelas VIII di SMP Samarinda didapatkan hasil dari 20 responden pada kelompok eksperimen sebelum dilakukan perlakuan maka responden diberi pretest terlebih dahulu dengan menjawab angket yang telah diberikan oleh peneliti setelah responden mengisi angket tersebut barulah responden diberi perlakuan yaitu penayangan video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah setelah itu maka kembali dilakukan posttest untuk melihat apakah pengetahuan responden bertambah atau tidak, sedangkan hasil dari 20 responden pada kelompok kontrol tidak diberi perlakuan apapun, hanya diberi pretest yaitu berupa angket dan posttest. Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok eksperimen diperoleh 20 responden sebelum perlakuan hasil *pretest* pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah didapatkan nilai rata-rata pada saat pretest

yaitu 15.7 meningkat pada saat *posttest* menjadi 19.75, sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh 20 responden pada saat *pretest* didapatkan nilai rata-rata yaitu 12.9 meningkat pada saat *posttest* menjadi 14.2. terjadi peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol namun tidak signifikan.

Berdasarkan hasil sebelum dan sesudah pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menunjukkan hasil yaitu pada kelompok eksperimen mengalami kenaikan yang signifikan pada saat *posttest* dan pada kelompok kontrol saat *posttest* mengalami kenaikan namun tidak signifikan. Hal itu disebabkan pada kelompok kontrol tidak diberi perlakuan yang sama dimana pada kelompok eksperimen diberikan penayangan video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah, sedangkan kelompok kontrol hanya diberi *pretest* dan *posttest* tanpa perlakuan apapun, selain karena perbedaan perlakuan, kelompok kontrol dibiarkan mengikuti pelajaran seperti biasanya, sehingga responden pada kelompok kontrol lebih fokus pada kegiatan pembelajaran sehingga pada saat dilakukan *posttest* siswa tidak fokus dalam mengisi pertanyaan yang diberikan oleh peneliti. Penelitian dilakukan pada hari yang sama dan jam yang sama, dimana kelompok kontrol tetap melakukan kegiatan belajar seperti biasa, pertama peneliti sama-sama memberikan *pretest* terlebih dahulu kepada kelompok eksperimen dan kontrol dengan dibantu oleh enumerator, setelah kelompok kontrol dan eksperimen selesai mengisi angket *pretest*, kelas pada kelompok kontrol belajar seperti biasanya sedangkan peneliti melakukan penelitian di kelompok eksperimen dengan memberikan perlakuan berupa penayangan video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah, setelah itu peneliti melakukan *posttest* pada kelompok eksperimen dan juga kelompok kontrol, yang dimana kelompok kontrol sudah selesai mengikuti kegiatan belajar. Peningkatan pengetahuan responden pada kelompok eksperimen mencerminkan adanya pengaruh oleh media yang memudahkan dalam mengingat materi yang diberikan. Informasi yang ada di dalam video. Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada kelompok eksperimen dikarenakan perlakuan yang telah diberikan yaitu berupa penayangan video

mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah dengan 2 kali pemutaran video. Berdasarkan penelitian Arif (2013) yang menunjukkan bahwa pengetahuan dapat dipengaruhi oleh pemberian media video karena video dapat mencerminkan adanya penyerapan informasi yang lebih efektif dengan menggunakan indera penglihatan dan pendengaran serta dapat meningkatkan pengetahuan dibandingkan hanya menggunakan indera penglihatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Pertiwi (2015) bahwa hasil penelitian yang dilakukan juga menerangkan pengaruh penyuluhan menggunakan Audio Visual terhadap pengetahuan seks pranikah, dari penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa adanya pengaruh audio visual terhadap peningkatan pengetahuan siswa mengenai seks pranikah.

Memberikan video dapat membantu siswa agar terbentuk pengetahuannya dan memberikan reaksi positif dan pada akhirnya terjadi pula perubahan perilaku terutama tentang pencegahan perilaku seks pranikah pada siswa, hal ini sejalan dengan teori *Health Belief Model* yang dimana teori tersebut didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan kesehatan yang dimana dalam merubah perilaku selain dari keyakinan individu itu sendiri terdapat faktor lain yang mempengaruhi yaitu pengetahuan dan untuk mencapai semua itu diperlukan isyarat tindakan yaitu salah satunya berupa pemberian media video dengan menekankan pada peningkatan pengetahuan dalam upaya pencegahan perilaku seks pranikah pada siswa.

Pengetahuan adalah hasil "tahu" seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan manusia melalui panca indera penglihatan, penciuman, pendengaran, raba dan rasa. Mata dan telinga merupakan bagian terpenting dari manusia dalam memperoleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam terciptanya suatu tindakan individu (Notoatmodjo, 2011). Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan menayangkan video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah sebagai alat untuk meningkatkan pengetahuan. Oleh sebab itu, diperlukan adanya pemikiran dan penglihatan maupun pendengaran untuk

memahami isi video ini, media video menuntut responden untuk tidak bekerjasama melainkan individualisme. Belajar secara individual berarti dapat menyelesaikan tanggung jawab atau permasalahan sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan uji regresi yang dilakukan pada siswa kelas VIII di SMP Nuri Samarinda, didapatkan P value sebesar 0.025 nilai ini lebih kecil dari taraf signifikansi yaitu 0.05, jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara sebelum perlakuan penayangan video mengenai kesehatan reproduksi dengan sesudah perlakuan penayangan video kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah. Adanya pengaruh antara *pretest* dan *posttest* dapat diartikan bahwa media video berpengaruh pada peningkatan pengetahuan pada kelompok eksperimen. Media promosi kesehatan merupakan sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (televisi, radio).

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh media video terhadap pengetahuan dalam upaya pencegahan perilaku seks pranikah pada siswa kelas VIII SMP Nuri Samarinda diperoleh kesimpulan sebagai berikut Terdapat pengaruh yang signifikan secara statistik setelah diberi perlakuan berupa penayangan media video mengenai kesehatan reproduksi dan bahaya seks pranikah terhadap pengetahuan ($P\text{-Value} < 0.05$).

REFERENSI

1. Agustiani, Hendriati. (2009), psikologi Perkembangan Pendekatan Ekologi Kaitannya dengan Konsep Diri dan Penyesuaian Diri pada Remaja. Bandung: PT Refika Aditama
2. Azhar, Arsyad. (2011). Media Pembelajaran. Jakarta : Trimedia Pustaka.
3. Arif. 2013. Efektivitas penggunaan Media Video dan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Tentang Bahaya NAPZA di SMP 3 Mojosojo Boyolali. Skripsi, Naskah Publikasi, Boyolali, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia.
4. Fitriana, N. Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Seks Pranikah dengan Perilaku Seksual pada siswa SMA XX Semarang: 2012.
5. Grant (2013). The Effect of School Status And Academic Skills on the Reporting of Premarital Sexual Behavior. Evidence from a Longitudinal Study in Rural Malawi. Journal Adolesc Health May 17.
6. Kholid, Ahmad (2012), Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya. Kota Depok : PT RAJAGRAFINDO PERSADA
7. Marmi, (2014). Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta : Pustaka Belajar.
8. Maryatun, 2013. Peran Teman Sebaya terhadap Perilaku Seksua Pra Nikah pada Remaja di SMA Muhammadiyah 3 Surakarta. Gaster 10(1)
9. Mursudarinah dkk (2016). Pendidikan Kesehatan dan Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Seks Pra Nikah Yang Beresiko Kehamilan Tak Diinginkan Di SMK Di Surakarta. Jurnal Gaster Vol. 14 No. 2 Agustus 2016.
10. Notoatmodjo (2010), metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
11. Notoatmodjo (2011), Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta.
12. Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). Kode Etika dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
13. Nurhidayati (2013). Pengaruh media video terhadap pengetahuan dan sikap remaja mengenai upaya pencegahan penyakit menular seksual. JOM Vol. 1 No. 2, Oktober 2013
14. Pratiwi (2015), Pengaruh Penyuluhan Audio Visual Sex-Education Terhadap Pengetahuan Seks Pranikah Siswa Kelas VII SMPN I Kretek Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2015
15. Rediekan, Gianreca dkk (2013). Sikap Orang Tua Terhadap Perilaku Seksual Pranikah Di Komplek XXX Tangerang. Jurnal Psikologi Volume 11 Nomor 1, Juni 2013
16. Santrock, J.(2001). Remaja, Jilid 1. Ed. 11. Jakarta:Erlangga

17. Rohan, dkk. (2013), Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta: Nuha Medika
18. Risnawati (2016). Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja. Jurnal ISSN 2407-9189 2016
19. Sanjaya, W. 2012. Media Komunikasi Pembelajaran. Jakarta: Kharisma putra
20. Sarwono, S. W. (2010). Psikologi Remaja. Edisi Revisi, Jakarta: PT Raja Grafindo
21. Setyaningsih, Dewi (2012). Determinan Faktor Inisiasi Seks Pranikah Pada Remaja (Analisis Data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia). Jurnal Medika Respati Vol. 11 Nomor 1 Januari 2016
22. Septiani (2014). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Di SMP Islam Ruhana Ciputat
23. Sugiyono (2014), Metode Penelitian Kuantitatif kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta, cv.
24. Yanti (2015). Pengaruh pendidikan kesehatan dengan menggunakan media video terhadap pengetahuan dan sikap remaja mengenai upaya pencegahan penyakit menular seksual. JOM Vol. 2 No. 2, Oktober 2015.

ANALISIS SISTEM INFORMASI FAKTOR RESIKO HIPERTENSI BERBASIS POSBINDU DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN SIDOARJO

Mukhammad Himawan Saputra¹⁾, Abdul Muhith²⁾, Arief Fardiansyah³⁾

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: mhimawansaputra@gmail.com

²Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: abdulmuhith@gmail.com

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: arieffardiansyah123@gmail.com

Abstract

Indonesia's health development is directed towards achieving healthy health problem solving for the population in order to realize optimal health status, from the data, concluded that health problems will be affected by lifestyle, diet, work environment, exercise, and stress. Lifestyle changes, especially in big cities, lead to increased prevalence of degenerative diseases, one of them hypertension. The purpose of this research is to know the description of the implementation of Risk Based Hypertension Risk Factors Information System in Sidoarjo District Health Office. The design of this activity using descriptive design. The location of this research took place at the Health Office of Sidoarjo Regency. The data was collected by direct interviews by distributing questionnaires to several employees of Sidoarjo District Health Office. Direct interviews were conducted to find out the problems of what happened in the implementation of Information Systems of Posbindu-Based Hypertension Risk Factors. Non-Communicable Disease Surveillance and its risk factors are one of the strategies for prevention and control of the disease that is done precisely and integrated by a government, private and public. Constraints currently faced is the absence of accurate data related to the epidemiology of Non Communicable Diseases, data that has been collected from surveillance activities manually still have to be processed first to be presented, where in the process of management is not standardized so that there is disparity reporting format that impact to the difficulty to do aggregate data. Non-communicable diseases occur due to various risk factors, such as smoking, unhealthy diet, lack of physical activity, and consumption of alcoholic beverages. Risk factors will cause physiological changes in the human body, thus becoming risk factors such as increased blood pressure, blood sugar increased, blood cholesterol increased, and obesity..

Keywords: *Surveillance, system, hypertension, risk factors, obese*

1. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan Indonesia diarahkan guna mencapai pemecahan masalah kesehatan untuk sehat bagi penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, dari data yang disimpulkan bahwa masalah kesehatan akan dipengaruhi pola hidup, pola makan, faktor lingkungan kerja, olahraga dan stress. Perubahan gaya hidup terutama di kota-kota besar menyebabkan meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif, salah satunya hipertensi. (Sihombing, 2017)

Hipertensi dikenal sebagai silent killer, terbukti sering muncul tanpa gejala, berarti gejala bukan merupakan tanda untuk diagnostik dini. Hipertensi ringan justru sebagian besar jumlahnya dibandingkan stadium berat, dan harus diwaspadai karena ternyata sebagian besar menyebabkan

kematian dibandingkan kanker. Meski terapi ringan akan banyak mengurangi risiko komplikasi kardiovaskuler, termasuk kematian dini. (WHO, 2013)

Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu kota besar yang ada di Jawa timur, berada di dekat Kota Surabaya menjadikan Sidoarjo merupakan tujuan untuk hunian / perumahan pekerja yang ada di Surabaya. Selain ini Sidoarjo berada dalam jalur yang menghubungkan Surabaya dengan kota – kota lainnya yang ada di wilayah timur dan selatan Jawa timur, sehingga perekonomian Kabupaten Sidoarjo juga turut meningkat. Perkembangan dalam hal ekonomi turut juga berdampak pada masalah – masalah yang mengikutinya, masalah kesehatan misalnya. Proporsi kematian akibat PTM meningkat dari 41,7% tahun 1995 (Survei Kesehatan Rumah

Tangga/SKRT 1995) menjadi 49,9% tahun 2001 (SKRT 2001), dan 59,5% tahun 2007 (Riset Kesehatan Dasar/Riskesdas 2007). Proporsi kematian karenakibat cedera juga meningkat dari 5,9% tahun 1995 menjadi 7,3% tahun 2001 dan 6,5% tahun 2007. Proporsi kematian berdasarkan penyebab kematian tertinggi PTM pada semua umur, Riskesdas 2007 antara yaitu Stroke 15,4%, hipertensi 6,8%, Cedera 6,5%, Diabetes Melitus 5,7%, Tumor Ganas 5,5% dan Penyakit Jantung 4,6%. Prevalensi PTM di Indonesia, Riskesdas 2007: hipertensi usia > 18 tahun (31,7 %), penyakit jantung (7,2%), stroke (8,3%), diabetes melitus (1,1%), asma (3,5%), kanker/tumor (4,3%), dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas darat (25,9%), dan data faktor risiko penyakit tidak menular karena obesitas umum 10,3%, obesitas sentral 18,8%, Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) 10,2%, kurang makan buah dan sayur 93,6%, minum beralkohol 4,6%, kurang aktifitas fisik 48,2%, dan merokok 23,7%.

Berdasarkan Riskesdas 2013 : hipertensi usia > 18 tahun (25,8%), PJK umur $\geq$ 15 tahun (1,5%), gagal jantung (0,3%), gagal ginjal kronik (0,2%), batu ginjal (0,6%), rematik (24,7%), stroke (12,1%), cedera semua umur (8,2%), asma (4,5%), PPOK umur $\geq$ 30 tahun (3,8%), Kanker (1,4%), diabetes melitus (2,1%), hyperthyroid umur $\geq$ 15 tahun berdasarkan diagnosis (0,4%), proporsi cedera akibat transportasi darat (47,7%), laki-laki obese umur > 18 tahun (19,7%), perempuan obese (32,9%), obesitas sentral (26,6%), konsumsi tembakau usia $\geq$ 15 tahun (36,3%), kurang konsumsi sayur-buah (93,5%).

Tingginya permasalahan PTM, termasuk didalamnya hipertensi memerlukan upaya pengendalian yang memadai dan komprehensif melalui promosi, deteksi dini, pengobatan, dan rehabilitasi. Upaya tersebut perlu didukung oleh penyediaan data dan informasi yang tepat dan akurat secara sistematis dan terus-menerus melalui sistem surveilans yang baik. Oleh karena itu, dengan program surveilans PTM yang baik maka program pencegahan dan pengendalian PTM berlangsung lebih efektif baik dalam hal perencanaan, pengendalian, monitoring dan evaluasi program serta sebagai ide awal penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Mengetahui gambaran pelaksanaan Sistem

Informasi Faktor Resiko Hipertensi Berbasis Posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

2. KAJIAN LITERATUR

Hipertensi menurut WHO (2013) adalah peningkatan tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar 90 mmHg. Hipertensi adalah tekanan darah yang kuat dan konstan memompa darah melalui pembuluh darah. Hipertensi sering kali dijumpai tanpa gejala, relatif mudah diobati dan sering menimbulkan komplikasi seperti stroke, kelemahan jantung, penyakit jantung koroner, dan gangguan ginjal.

Menurut WHO (2013) batas normal tekanan darah adalah kurang dari atau 120 mmHg tekanan sistolik dan kurang dari atau 80 mmHg tekanan diastolik. Seseorang dinyatakan mengidap hipertensi bila tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg.

Menurut petunjuk *World Health Organization-International Society of Hypertension* (WHO-ISH) klasifikasi hipertensi menyerupai *The Eight Report of the Joint National Commite on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VIII), yaitu:

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi untuk usia > 18 Tahun

Kategori	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolic (mmHg)
Normal	< 120	Dan < 80
Prehipertensi	120 – 139	Atau 80 – 89
Sedang	140 – 159	Atau 90 – 99
Berat	> 160	Atau > 100

Hipertensi primer atau hipertensi esensial adalah suatu peningkatan persisten tekanan arteri yang dihasilkan oleh ketidakaturan mekanisme kontrol homeostatik normal tanpa penyebab sekunder yang jelas. Hipertensi esensial meliputi lebih kurang 95% dari seluruh penderita hipertensi dan 5% sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Hipertensi esensial dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin, ras, faktor genetik atau keturunan serta faktor lingkungan yang meliputi obesitas, stres, konsumsi garam berlebih dan sebagainya.

Hipertensi sekunder atau hipertensi non esensial adalah hipertensi yang dapat di ketahui

penyebabnya. Hipertensi sekunder meliputi kurang lebih 5% dari total penderita hipertensi. Timbulnya penyakit hipertensi sekunder sebagai akibat dari suatu penyakit, kondisi atau kebiasaan seseorang. Contoh kelainan yang menyebabkan hipertensi sekunder adalah sebagai hasil dari salah satu atau kombinasi dari hal-hal berikut :

- a. Akibat stres yang parah,
- b. Penyakit atau gangguan ginjal,
- c. Kehamilan atau pemakaian hormon pencegah kehamilan,
- d. Pemakaian obat-obatan seperti heroin, kokain, dan sebagainya,
- e. Cidera di kepala atau pendarahan di otak yang berat,
- f. Tumor atau sebagai reaksi dari pembedahan (Astawan, 2009)

Terdapat beberapa faktor Risiko Hipertensi

- a. Faktor yang tidak dapat diubah/dikontrol

- 1). Umur

Hipertensi erat kaitannya dengan umur, semakin tua seseorang semakin besar risiko terserang hipertensi. Umur lebih dari 40 tahun mempunyai risiko terkena hipertensi (Muhith, 2013). Dengan bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi dikalangan usia lanjut cukup tinggi yaitu sekitar 40% dengan kematian sekitar 50% diatas umur 60 tahun. Dengan bertambahnya umur, risiko terjadinya hipertensi meningkat. Meskipun hipertensi bisa terjadi pada segala usia, namun paling sering dijumpai pada orang berusia 35 tahun atau lebih (Purnyami et al, 2017).

- 2). Jenis Kelamin

Bila ditinjau perbandingan antara wanita dan pria, ternyata terdapat angka yang cukup bervariasi. Dari penelitian yang dilakukan Sugiri di Jawa Tengah didapatkan angka prevalensi 6,0% untuk pria dan 11,6% untuk wanita. Prevalensi di Sumatera Barat 18,6% pria dan 17,4% perempuan, sedangkan daerah perkotaan di Jakarta (Petukangan) didapatkan 14,6% pria dan 13,7% wanita. Pria lebih banyak yang

menderita hipertensi dibanding wanita, hal ini disebabkan karena terdapatnya hormon estrogen pada wanita (Asmarani et al, 2017).

- 3). Riwayat Keluarga

Orang-orang dengan sejarah keluarga yang mempunyai hipertensi lebih sering menderita hipertensi. Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi terutama pada hipertensi primer. Keluarga yang memiliki hipertensi dan penyakit jantung meningkatkan risiko hipertensi 2-5 kali lipat.

Jika seorang dari orang tua kita mempunyai hipertensi maka sepanjang hidup kita mempunyai 25% kemungkinan mendapatkannya pula. Jika kedua orang tua kita mempunyai hipertensi, kemungkinan kita mendapatkan penyakit tersebut 60% (Suprihatin, 2016).

- b. Faktor yang dapat diubah/dikontrol

- 1). Konsumsi Garam

Garam merupakan hal yang sangat penting pada mekanisme timbulnya hipertensi. Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Keadaan ini akan diikuti oleh peningkatan ekskresi kelebihan garam sehingga kembali pada keadaan hemodinamik (sistem peredaran) yang normal (Sheps, 2005). Garam merupakan faktor yang sangat penting dalam pathogenesis hipertensi. Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam yang minimal. Asupan garam kurang dari 3 gram tiap hari menyebabkan prevalensi hipertensi yang rendah, sedangkan jika asupan garam antara 5-15 gram perhari prevalensi hipertensi meningkat menjadi 15-20%. Konsumsi garam yang dianjurkan tidak lebih dari 6 gram/hari setara dengan 110 mmol

- natrium atau 2400 mg/hari (Aryatiningrum, 2016)
- 2). **Konsumsi Lemak Jenuh**
Kebiasaan konsumsi lemak jenuh erat kaitannya dengan peningkatan berat badan yang berisiko terjadinya hipertensi. Konsumsi lemak jenuh juga meningkatkan risiko aterosklerosis yang berkaitan dengan kenaikan tekanan darah. Penurunan konsumsi lemak jenuh, terutama lemak dalam makanan yang bersumber dari hewan dan peningkatan konsumsi lemak tidak jenuh secukupnya yang berasal dari minyak sayuran, biji-bijian dan makanan lain yang bersumber dari tanaman dapat menurunkan tekanan darah (Salman et al, 2016).
 - 3). **Penggunaan Jelantah**
Jelantah adalah minyak goreng yang sudah lebih dari satu kali dipakai untuk menggoreng, dan minyak goreng ini merupakan minyak yang telah rusak. Bahan dasar minyak goreng bisa bermacam-macam seperti kelapa, sawit, kedelai, jagung dan lain-lain. Meskipun beragam, secara kimia isi kandungannya sebetulnya tidak jauh berbeda, yakni terdiri dari beraneka asam lemak jenuh (ALJ) dan asam lemak tidak jenuh (ALTJ). Kandungan lemak jenuh pada minyak yang belum dipakai sebesar (45,96%), satu kali pakai (46,09%), dua kali pakai (46,18%), tiga kali pemakaian sebesar (46,32%). Selain itu semakin sering minyak goreng tersebut digunakan maka kandungan asam lemak tidak jenuhnya semakin berkurang. Kandungan asam lemak tidak jenuh pada minyak yang belum dipakai (53,95%), satu kali pakai (53,78%), dua kali pakai (53,69%), tiga kali pemakaian sebesar (53,58%), dan seterusnya Kerusakan yang terjadi pada minyak goreng yang digunakan berulang kali dalam proses penggorengan disebabkan adanya reaksi kompleks yang terjadi pada saat bahan pangan digoreng (Agustina, 2015). Terbentuknya asam lemak bebas karena proses oksidasi, hidrolisis enzim selama pengolahan dan penyimpanan. Kemudian asam lemak bebas ini membentuk lagi asam lemak trans dan radikal bebas. Jika kita mengkonsumsi makanan yang mengandung kadar asam lemak bebas yang cukup tinggi maka akan berakibat kepada naiknya kadar LDL (Low Density Lipoproteins), dan menurunkan kadar HDL (High Density Lipoproteins) darah, mengurangi kemampuan tubuh mengendalikan gula darah karena dapat mengurangi respons terhadap hormon insulin (Hildayani, 2013). Minyak goreng sangat mudah untuk mengalami oksidasi (Agustina, 20156). Maka, minyak goreng berulang kali atau yang disebut minyak jelantah telah mengalami penguraian molekul-molekul, sehingga titik asapnya turun drastis, dan bila disimpan dapat menyebabkan minyak menjadi berbau tengik. Bau tengik dapat terjadi karena penyimpanan yang salah dalam jangka waktu tertentu menyebabkan pecahnya ikatan trigliserida menjadi gliserol dan FFA (free fatty acid) atau asam lemak jenuh
 - 4). **Obesitas**
Obesitas merupakan ciri dari populasi penderita hipertensi. Curah jantung dan sirkulasi volume darah penderita hipertensi yang obesitas lebih tinggi dari penderita hipertensi yang tidak obesitas. Pada obesitas tahanan perifer berkurang atau normal, sedangkan aktivitas saraf simpatis meninggi dengan aktivitas renin plasma yang rendah. Melalui olah raga yang isotonik dan teratur (aktivitas fisik aerobik selama 30-60 menit/hari) dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Obesitas erat kaitannya dengan kegemaran mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi lemak (Asmarani, 2017)

- 5). Olahraga
Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi, karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Olahraga juga dikaitkan dengan peran obesitas pada hipertensi. Kurang melakukan olahraga akan meningkatkan kemungkinan timbulnya obesitas dan jika asupan garam juga bertambah akan memudahkan timbulnya hipertensi. Kurangnya aktifitas fisik meningkatkan risiko menderita hipertensi karena meningkatkan risiko kelebihan berat badan. Orang yang tidak aktif juga cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri (Wijaya, 2017).
- 6). Stres
Hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis, yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap. Apabila stres menjadi berkepanjangan dapat berakibat tekanan darah menjadi tetap tinggi. Stres adalah yang kita rasakan saat tuntutan emosi, fisik atau lingkungan tidak mudah diatasi atau melebihi daya dan kemampuan kita untuk mengatasinya dengan efektif. Namun harus dipahami bahwa stres bukanlah pengaruh-pengaruh yang datang dari luar. Apabila stres berlangsung lama dapat mengakibatkan peninggian tekanan darah yang menetap. Stres dapat meningkatkan tekanan darah untuk sementara waktu dan bila stres sudah hilang tekanan darah bisa normal kembali. Peristiwa mendadak menyebabkan stres dapat meningkatkan tekanan darah. (Hidayah, 2015)
- 7). Penggunaan Estrogen
Penggunaan kontrasepsi oral pil dapat meningkatkan tekanan darah sehingga dapat meningkatkan pula risiko stroke. Kontrasepsi oral yang mengandung hormon estrogen dan progesteron akan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah yang dihubungkan dengan hipertropi jantung dan peningkatan respon presor angiotensin II dengan melibatkan jalur Renin Angiotensin System. Peran hormon estrogen adalah meningkatkan kadar HDL yang merupakan faktor pelindung dalam pencegahan terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan hormone estrogen dianggap sebagai adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Pada premenopause, wanita mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormone estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Umumnya, proses ini mulai terjadi pada wanita umur 45-55 tahun (Pangaribuan & Lolong, 2015).
- 8). Kebiasaan Merokok
Rokok juga dihubungkan dengan hipertensi. Hubungan antara rokok dengan peningkatan risiko kardiovaskuler telah banyak dibuktikan. Selain dari lamanya, risiko merokok terbesar tergantung pada jumlah rokok yang dihisap perhari. Seseorang lebih dari satu pak rokok sehari menjadi 2 kali lebih rentan hipertensi dari pada mereka yang tidak merokok. Zat-zat kimia beracun, seperti nikotindan karbon monoksida yang diisap melalui rokok, yang masuk kedalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses aterosklerosis dan hipertensi (Suprihatin, 2015). Rokok sangat berisiko karena dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Dua batang rokok terbukti dapat meningkatkan tekanan darah sebesar 10 mmHg. Berbagai penelitian membuktikan, sesudah merokok selama kurang lebih 30

menit, tekanan darah akan meningkat secara signifikan. Rokok meningkatkan tekanan darah lewat zat nikotin yang terdapat dalam tembakau. Zat nikotin yang terisap beredar dalam pembuluh darah sampai ke otak. Otak kemudian bereaksi dengan memberikan sinyal pada kelenjar adrenalin untuk melepaskan hormon epinefrin/adrenalin. Hormon adrenalin ini akan membuat pembuluh darah menyempit dan memaksa jantung untuk bekerja lebih kuat untuk memompa darah. Hal inilah yang menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Disamping itu zat-zat yang terdapat dalam rokok dapat mempengaruhi dinding arteri sehingga lebih peka terhadap penumpukan lemak (plak) dan dapat memicu dilepaskannya natrium yang bersifat menahan air. Volume plasma pun meningkat sehingga tekanan darah naik. Untuk itulah berhenti merokok sangat penting untuk menurunkan dan mengendalikan tekanan darah. Menghindari rokok dapat menjauhkan dari risiko penyakit jantung dan pembuluh darah lain (Marliani, 2007).

3. METODE PENELITIAN

Rancangan kegiatan ini menggunakan rancangan deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan kegiatan sistem informasi faktor resiko Hipertensi Berbasis Posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, bagaimana pelaksanaan surveilans epidemiologi Penyakit Hipertensi Berbasis Posbindu berdasarkan pendekatan sistem, apa saja permasalahan yang ada khususnya menyangkut sistem informasi faktor resiko Hipertensi Berbasis Posbindu melalui identifikasi masalah, dan menggambarkan prioritas masalah yang ditentukan berdasarkan metode yang digunakan serta alternatif pemecahan masalah.

Lokasi penelitian ini bertempat di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan membagikan kuesioner ke beberapa pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Wawancara langsung dilakukan untuk mengetahui permasalahan-permasalahan apa saja yang terjadi dalam pelaksanaan Sistem Informasi faktor resiko Hipertensi Berbasis Posbindu.

Informan adalah pegawai di Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo yang mana bertugas dalam pelaksanaan sistem informasi faktor resiko Hipertensi Berbasis Posbindu

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Sistem Informasi Faktor Resiko Hipertensi berbasis Posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Surveilans PTM dan faktor risikonya merupakan salah satu strategi upaya pencegahan pengendalian penyakit yang dilakukan tepat dan terpadu oleh pemerintah, swasta dan masyarakat. Kendala yang saat ini dihadapi adalah tidak adanya data akurat terkait epidemiologi PTM, data yang telah dihimpun dari kegiatan surveilans secara manual masih harus diolah terlebih dahulu untuk dapat disajikan, dimana dalam proses pengelolaan tidak ada standarisasi sehingga terjadi disparitas format pelaporan yang berdampak kepadasulitnya untuk melakukan agregat data. Penyakit tidak menular (PTM) terjadi akibat berbagai faktor risiko, seperti merokok, diet tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan konsumsi minuman beralkohol. Faktor risiko tersebut akan menyebabkan terjadinya perubahan fisiologis di dalam tubuh manusia, sehingga menjadi faktor risiko antara lain tekanan darah meningkat, gula darah meningkat, kolesterol darah meningkat, dan obesitas. Selanjutnya dalam waktu yang relatif lama terjadi PTM.

Untuk memecahkan permasalahan faktor risiko PTM secara lebih valid dan lebih luas, dan kondisi terkini, diperlukan suatu sistem informasi yang baik. Harapannya adalah data

dan informasi yang dihasilkan dapat menjadi dasar perencanaan, pengendalian, monitoring dan evaluasi program pengendalian PTM dilaksanakan berbasis bukti di masyarakat.

4.2. Deskripsi Sistem Informasi Faktor Resiko Hipertensi berbasis Posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Komponen Input

Input merupakan elemen dari sistem yang bertugas untuk menerima seluruh masukan data, dimana masukan tersebut berupa jenis data, frekuensi pemasukan data dll. Pada sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Tidak Menular di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, komponen masukannya berupa :

- 1). Data Kesehatan yang diperoleh dari Posbindu PTM, sebagai berikut:
 - a). Riwayat PTM keluarga dan diri sendiri
 - (1). Hipertensi
 - (2). Kolesterol tinggi
 - b). Faktor risiko PTM dari wawancara:
 - (1). merokok,
 - (2). kurang aktivitas fisik,
 - (3). konsumsi minuman beralkohol
 - (4). Konsumsi makanan Asin / tinggi natrium
 - (5). Konsumsi makanan berlemak
 - c). Faktor risiko PTM dari Pengukuran
 - a. Obesitas
 - b. Tekanan darah
- 2). Data Non Kesehatan yang diperoleh :
 - a). Data jumlah penduduk
 - b). Nama lengkap
 - c). No KTP
 - d). Tanggal lahir
 - e). Jenis Kelamin
 - f). Nomer telepon
 - g). Alamat
 - h). Tanggal Pemeriksaan

Dari jenis data yang didapatkan dari pengukuran dan wawancara, secara garis besar didapatkan dua macam jenis data. Data kesehatan dan data non kesehatan, data kesehatan tentang faktor – faktor risiko terkait dengan hipertensi sedangkan data non kesehatan berkaitan dengan data demografi peserta posbindu.

Data faktor risiko yang didapatkan masih belum memasukkan status penggunaan estrogen pada wanita, padahal status estrogen juga perlu dimasukkan dalam faktor risiko.

Seiring penambahan usia pada wanita sehingga mengalami masa menopause keberadaan hormone estrogen yang semula melindungi wanita dari hipertensi kini mulai menghilang. Penggunaan minyak jelantah juga tidak disebutkan dalam pengukuran faktor risiko, padahal fenomena penggunaan minyak jelantah ini masih sangat sering ditemukan di masyarakat.

Kesulitan yang ditemui dalam pelaksanaan posbindu selanjutnya adalah masalah data kependudukan, kebutuhan sistem akan data diri masyarakat secara lengkap membuat setiap peserta yang ikut posbindu harus menyertakan data diri mereka dengan lengkap.

Sumber data

Sumber data yang digunakan dalam pengamatan faktor risiko Hipertensi yang berbasis posbindu adalah sumber data rutin yang berasal dari laporan puskesmas yang telah melaksanakan posbindu PTM. Dari 26 puskesmas yang ada di wilayah Dinas Kesehatan Sidoarjo, hingga Juni 2015 telah terdapat 26 puskesmas yang melaksanakan program posbindu. Jumlah total posbindu yang ada di seluruh puskesmas di wilayah Dinas Kesehatan Sidoarjo hingga Juni 2015 telah terbentuk sebanyak 40 posbindu Umum dan 19 Posbindu Khusus yang ada di instansi pemerintahan dan juga sekolah.

Data dalam surveilans ini berasal dari hasil wawancara dan pengukuran yang dilakukan oleh peserta Posbindu. Dilaporkan oleh kader secara langsung atau dibantu oleh petugas puskesmas setempat

Tenaga

Berdasarkan kuantitasnya, jumlah SDM yang dibutuhkan untuk melaksanakan pengamatan faktor risiko PTM pada kegiatan posbindu belum ada standar yang ditetapkan. Harapannya setiap puskesmas memiliki petugas kesehatan seperti dokter, perawat atau petugas gizi yang dapat menjadi pengelola posbindu sekaligus berperan sebagai petugas pemeriksa faktor risiko, petugas konseling atau penyuluhan dan petugas entry data. Selain itu di setiap posbindu diharapkan terdapat 4-6 kader posbindu yang berperan sebagai petugas pelaksana posbindu dan sebagai petugas pencatat. Para kader tersebut berasal dari anggota perkumpulan masyarakat itu sendiri, karena program ini merupakan program yang

berbasis masyarakat, maka harus ada keterlibatan dari pihak masyarakat. Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo memiliki 2 orang pengelola program posbindu PTM yang membawahi seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Sidoarjo dan berperan dalam memfasilitasi program posbindu PTM dan seorang yang bertugas sebagai administrator pangkalan data di tingkat kabupaten Sidoarjo.

Berdasarkan kualitasnya, petugas kesehatan yang terlibat dalam kegiatan posbindu PTM harus terlatih sesuai dengan perannya masing-masing. Selain itu, diharapkan mampu memahami dan menggunakan teknologi komputerisasi, karena proses pelaporan sudah mulai menggunakan sistem online. Para kader yang dilibatkan memiliki kualifikasi minimal tamat SMA/ sederajat, mampu berkomunikasi dengan baik dan memiliki kepedulian terhadap masalah PTM. Bagi koordinator/pengelola program posbindu PTM di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib mengikuti pelatihan dari pusat, yakni Direktorat Jendral PP&PL, Direktorat PPTM.

Tenaga dalam sistem surveilans ini, dititik beratkan pada kader yang ada di masing – masing Posbindu, yang kemudian diberikan kepada mereka masing – masing ID dan Password yang dibuatkan oleh petugas Puskesmas di wilayah masing – masing Posbindu.

Kondisi saat ini, kegiatan surveilans berbasis posbindu di masyarakat dilakukan oleh kader yang sudah dilakukan pelatihan oleh petugas baik itu puskesmas atau dari dinas kesehatan. Sementara itu petugas kesehatan dalam hal ini petugas dari puskesmas setempat bertugas untuk mengawasi dan mengontrol kegiatan posbindu. Untuk pencatatan dan pelaporan, pencatatan dilakukan oleh kader pada buku peserta posbindu, dan kemudian direkap ulang oleh petugas puskesmas yang datang. Pelaporan dalam bentuk form dilakukan oleh petugas puskesmas yang dilaporkan kepada petugas surveilans yang ada di dinas kesehatan.

Sarana

Form pencatatan dan pelaporan telah tersedia dalam bentuk buku monitoring faktor risiko PTM untuk masing-masing peserta, buku pencatatan yang digunakan petugas kesehatan untuk pencatatan ulang hasil

pemeriksaan pada buku monitoring dan form rujukan jika ada peserta yang butuh untuk dirujuk ke pelayanan kesehatan. Form tersebut juga telah tersedia pada aplikasi surveilans posbindu PTM dengan sistem online untuk diisi oleh petugas puskesmas dan langsung terhubung ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Pelaksanaan kegiatan pengamatan faktor risiko PTM berbasis posbindu perlu didukung oleh ketersediaan alat dan bahan yang mencukupi. Adapun jenis bahan dan alat yang diperlukan dalam kegiatan posbindu adalah :

- a. Peralatan deteksi dini faktor risiko: alat ukur lingkar perut, alat ukur tinggi badan, timbangan berat badan, tensimeter digital, alat ukur gula darah, kolesterol total dan trigliserida, peakflowmeter, tes amfetamin urin, alat ukur kadar alkohol, meja gynoekologi dan IVA kit.
- b. Peralatan penunjang : komputer dan akses internet yang memadai di setiap puskesmas, software aplikasi sistem informasi manajemen PTM.

Setiap lokasi yang melaksanakan program posbindu di wilayah kerja Dinas Kesehatan Sidoarjo telah diberikan 1 set peralatan deteksi dini faktor risiko atau yang disebut dengan posbindu kit. Selain itu, belum semua Posbindu memiliki akses internet yang baik.

Sistem surveilans ini sedang dalam proses untuk melakukan pergantian dari sistem pelaporan secara manual ke sistem pelaporan berbasis web. Kader yang telah diberikan ID dan Password dapat langsung memasukkan hasil wawancara dan juga pengukuran yang sudah dilakukan ke dalam format pelaporan yang ada di portal PPTM di <http://pptm.depkes.go.id> baik melalui komputer ataupun melalui Smartphone Android. Akan tetapi, karena sekali lagi bahwa sistem ini masih dalam upaya pengembangan ke arah web based system, masih digunakan format pelaporan ‘secara tertulis’ yang dilaporkan secara berkala oleh petugas puskesmas kepada petugas surveilans yang ada di bidang PP&PL di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Masalah yang muncul pada sarana, lebih pada hardware yang harus disediakan oleh masing – masing kader sebagai penyedia data awal dalam sistem surveilans ini. Selain ketersediaan Hardware juga membutuhkan

koneksi internet yang stabil, padahal kader secara khusus tidak mendapatkan bantuan dalam bentuk Smartphone atau pun komputer untuk masing – masing posbindu. Oleh karenanya sistem pelaporan ini masih juga dilakukan secara manual dengan mengirimkan form surveilans faktor resiko oleh petugas Puskesmas yang merekap data dari kader dan dikirimkan ke petugas surveilans yang ada di dinas kesehatan.

Pedoman

Pelaksanaan sistem surveilans ini berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular Dan Penyakit Tidak Menular Terpadu dan juga Peraturan Bupati Sidoarjo No 24 tahun 2015 tentang Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Kabupaten Sidoarjo.

Dalam pelaksanaan teknisnya, sistem ini berpedoman pada petunjuk teknis surveilans faktor resiko PTM berbasis posbindu yang dikeluarkan oleh kementerian kesehatan nasional.

Biaya

Pembiayaan sistem surveilans faktor resiko Hipertensi tidak dialokasikan secara khusus, namun menjadi satu dengan anggaran yang di Bidang PP & PL dinas Kesehatan Sidoarjo. Sedangkan untuk pengadaan alat pengukuran faktor resiko yang diberikan kepada masing – masing posbindu yang ada di Dinas Kesehatan Sidoarjo, bersumber dari dana APBD dan APBN.

Selain itu puskesmas dapat memanfaatkan sumber pembiayaan yang potensial untuk mendukung dan memfasilitasi terselenggaranya posbindu melalui pemanfaatan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Dana tersebut digunakan untuk biaya transportasi petugas kesehatan, akomodasi petugas kesehatan, konsumsi, bahan habis pakai dan lain-lain. Semakin berkembangnya pembentukan posbindu PTM di puskesmas, maka diperlukan dana yang cukup memadai agar kegiatan dapat berlangsung secara berkelanjutan.

Program posbindu PTM merupakan program berbasis masyarakat, dimana kegiatan ini diharapkan dapat menjadi program milik masyarakat, oleh masyarakat dan untuk

masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu diharapkan sumber dana juga dapat berasal dari masyarakat itu sendiri yang berupa iuran bersama dan dapat digunakan untuk pengeluaran operasional posbindu seperti bahan habis pakai (lipid panel pemeriksaan kolesterol total dan trigliserida, reagen strip pemeriksaan gula darah, baterai, dan lain-lain) untuk posbindu utama.

Saat ini posbindu wilayah Sidoarjo sedang menggerakkan peserta agar lebih mandiri dalam hal pendanaan yang menunjang keberlangsungan posbindu PTM, dengan adanya tarikan sebesar Rp. 1000 setiap peserta yang hadir karena anggaran dana yang disediakan terbatas dan perkembangan posbindu semakin lama makin meningkat jumlahnya. Selain itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo juga sedang mengupayakan jejaring dengan pihak swasta seperti LSM kesehatan yang bergerak dalam bidang PTM (YKI, Yayasan Jantung Sehat dan lain-lain).

Komponen Proses

Proses merupakan elemen dari sistem yang bertugas untuk mengolah atau memproses seluruh data menjadi informasi yang lebih berguna. Adapun komponen proses di dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo adalah :

Pengumpulan Data

Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sudah melakukan pengumpulan data rutin setiap bulan. Pengumpulan data dilakukan secara pasif dengan menerima laporan dari puskesmas-puskesmas yang melaksanakan program posbindu PTM.

Kendala yang masih ada adalah belum semua petugas kesehatan mengerti tentang IT dan petugas lebih terbiasa dengan sistem pelaporan manual, sehingga petugas masih sering mengalami kesulitan dalam mengaplikasikan softwaresistem informasi manajemen PTM secara online, terlebih jika yang harus melakukan adalah kader posbindu di masyarakat. Kendala tersebut dirasa wajar mengingat surveilans faktor risiko PTM berbasis posbindu ini baru dalam masa peralihan dari sistem manual ke sistem online.

Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan/ direkap sesuai variabel yang dibutuhkan untuk analisis data lebih lanjut. Tujuan dari pengelompokan data ini adalah

untuk mempermudah analisis data sesuai variabel epidemiologi yaitu menurut tempat, orang, waktu dan juga faktor resiko yang menyertai peserta.

Pengolahan dan analisis data dilakukan secara manual dan/atau dengan bantuan software Sistem Informasi Manajemen PTM. Data yang diolah adalah faktor risiko PTM dengan memperhitungkan jumlah penduduk di suatu wilayah. Produk pengolahan dan analisis berupa proporsi hasil pemeriksaan faktor risiko dan cakupan penduduk yang melakukan pemeriksaan

Pengolahan data pada sistem suurveilans yang berbasis web, secara otomatis dengan mengisi form – form yang sudah disediakan oleh pada portal web PPTM, dan juga pengisian ini dapat dilakukan secara offline. Pengolahan data berbasis pelaporan manual, pengolahan data dilakukan oleh petugas puskesmas dan juga petugas yang ada di dinas kesehatan.

Analisis Data

Analisis data dilakukan secara diskriptif menurut variabel orang (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lainnya), tempat (antar wilayah) dan waktu (antar waktu). Produk pengolahan dan analisis berupa proporsi hasil pemeriksaan faktor risiko dan cakupan penduduk yang melakukan pemeriksaan

Interpretasi Data

Petugas Posbindu PTM, petugas PTM di Puskesmas, petugas PTM di Dinkes kabupaten memberikan diinterpretasi hasil analisis berdasarkan situasi di suatu wilayah, apakah prevalensi menunjukkan besaran masalah faktor risiko PTM di wilayah setempat, dan menghubungkannya dengan data lain, seperti demografi, geografi, gaya hidup/perilaku, dan pendidikan

Komponen Output

Diseminasi Informasi

Hasil-hasil analisis dan interpretasi dibuat dalam bentuk laporan dan atau presentasi. Laporan tersebut dikirimkan oleh unit penanggungjawab kepada jenjang struktural yang lebih tinggi, dari Puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dari dinas kesehatan kabupaten/kota ke dinas kesehatan provinsi dan Kementerian Kesehatan. Informasi dapat didiseminasikan kepada seluruh stakeholder yang terkait, seperti jajaran kesehatan, LSM,

profesi, perguruan tinggi dan masyarakat pada umumnya. Untuk jajaran kesehatan, khususnya dinas kesehatan informasi akan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan perencanaan pengendalian PTM serta evaluasi program.

Pelaporan kepada Dinas Kesehatan Jawa timur secara rutin dikirimkan tiap bulan oleh petugas surveilans dinas kesehatan kabupaten. Sistem yang berbasis web memberikan kemudahan pada petugas di dinas kesehatan karena tidak harus melakukan pengiriman secara manual namun sudah otomatis dikirimkan oleh kader dan dapat dicek pada pada masing – masing level.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo memberikan hasil analisis surveilans epidemiologi setiap 3 bulan sekali dengan mengundang seluruh petugas Puskesmas yang menangani surveilans ini. Namun diseminasi ini belum diikuti oleh pihak lain yang juga berkaitan dengan program ini, sehingga sering menemui hambatan dalam koordinasi dalam program penanggulangan PTM di masyarakat.

5. KESIMPULAN

Hasil penelitian, terkait analisis sistem informasi faktor risiko hipertensi berbasis posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, dapat disimpulkan beberapa hal berikut :

- a. Sistem informasi faktor risiko Hipertensi berbasis posbindu sudah terlaksana / berjalan dan menjadi satu dalam sistem informasi faktor risiko penyakit tidak menular berbasis posbindu.
- b. .Komponen input dalam sistem informasi faktor risiko hipertensi berbasis posbindu adalah, jenis data, sumber data, tenaga, sarana, pedoman dan juga anggaran dana, sedang pada komponen proses adalah pengumpulan data, pengolahan data, analisa data dan juga interpretasi data. Komponen input adalah diseminasi dan juga umpan balik.
- c. Masalah yang ditemukan terkait sistem informasi faktor risiko hipertensi berbasis posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo antara lain : Data faktor risiko hipertensi tidak semuanya dijangkau oleh sistem survilans, data demografi pada posbindu sulit dikumpulkan oleh petugas, kemampuan kader posbindu dalam

melakukan pelaporan berbasis web masih kurang, sehingga masih banyak yang belum melaporkan, ketersediaan alat untuk pelaporan pada tingkat Posbindu masih kurang. (komputer, smartphone dan sambungan internet), petugas puskesmas masih harus merekap ulang data pada tingkat posbindu untuk membuat laporan ke dinas Kesehatan (form rekap FR PTM), ketepatan pelaporan belum optimal, kelengkapan laporan belum optimal, sistem pencatatan dan pelaporan yang berbasis web belum berjalan sempurna, interpretasi yang dihasilkan masih sangat minim untuk digunakan sebagai bahan perencanaan, diseminasi yang dilakukan masih sebatas pada petugas puskesmas terutama yang menangani surveilans PTM.

REFERENSI

1. Sihombing, M. 2017. "Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Penduduk Indonesia yang Menderita Diabetes Melitus (Data Riskesdas 2013)". Buletin Penelitian Kesehatan, 45(1), 53-64.
2. Purnyami, P., Utomo, M., & Astuti, R. 2017. "Hubungan Antara Faktor Karakteristik, Profil Lipid Dan Hipertensi Dengan Penyakit Jantung Koroner Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Tentara Semarang". Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia, 9(1), 58-69.
3. Asmarani, A., Tahir, A. C., & Adryani, A. 2017. "Analisis Faktor Risiko Obesitas dan Hipertensi dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari". Medula, 4(2).
4. Suprihatin, A., Bejo Raharjo, S. K. M., Kes, M., Wijayanti, A. C., & SKM, M. 2016. "Hubungan Antara Kebiasaan Merokok, Aktivitas Fisik, Riwayat Keluarga Dengan Kejadian Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Nguter" (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
5. Artiyaningrum, B., & Azam, M. 2016. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Yang Melakukan Pemeriksaan Rutin". Public Health Perspective Journal, 1(1).
6. Pangaribuan, L., & Lolong, D. B. 2015. "Hubungan penggunaan kontrasepsi pil dengan kejadian hipertensi pada wanita usia 15-49 tahun di Indonesia tahun 2013 (analisis data riskesdas 2013)". Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 25(2), 89-96.
7. Salman, Y., Anwar, R., Muhaimin, A., Borneo, S. H., Banjarbaru, P., & Borneo, A. S. H. 2016. "Pola Konsumsi Natrium dan Lemak sebagai Faktor Risiko Terjadinya Penyakit Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kandungan Kecamatan Kandungan Kabupaten Hulu Sungai Selatan". Jurnal Kesehatan Indonesia, 5(2).
8. Agustina, R., & Raharjo, B. B. 2015. "Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Usia Produktif (25-54 Tahun)". Unnes Journal of Public Health, 4(4).
9. Hidayah, N., Bari, S., & Bachtiar, A. 2015. "Konsep Diri Remaja Yang Mengalami Obesitas Di Rumah Sehat Herbalife". MEDICA MAJAPAHIT, 7(1).
10. Wijaya, A., & Eni, N. M. S. 2017. "Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Peningkatan Tekanan Darah Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Masyarakat Di Desa Adat Bualu". Jurnal Publikasi Penelitian Kebidanan dan Keperawatan, 1(1).
11. Muhith, A. 2013. Stabilitas Tekanan Darah Pada Lansia Di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto. MEDICA MAJAPAHIT, 5(2).

EFEK PEMBERIAN SEDUHAN SERBUK KELOPAK ROSELLA MERAH TERHADAP KOLESTEROL DAN TRIGLISERIDA SERUM TIKUS SPRAGUE DAWLEY YANG DIBERI MINYAK JELANTAH

Cucuk Suprihartini¹⁾, Arya Ulilalbab²⁾

^{1,2}Akademi Gizi Karya Husada Kediri

cucuksuprihartini@gmail.com

Abstrak

Minyak jelantah mempunyai ikatan asam lemak jenuh. Ikatan asam lemak ini sulit diurai oleh tubuh dan terbawa dalam aliran darah. Hal ini mengakibatkan peningkatan kadar kolesterol total, *low density lipoprotein* (LDL) dan trigliserida, serta penurunan kadar *high density lipoprotein* (HDL) dalam darah. (Kimia ITB, 2011). Antioksidan *effervescent* rosella ungu terbukti efektif menangkalkan radikal bebas yang bersumber dari minyak jelantah dengan biomarkernya MDA serum (Ulilalbab, dkk., 2012), sehingga perlu pengkajian lebih lanjut apakah seduhan serbuk kelopak rosella merah dapat menurunkan kadar kolesterol dan trigliserida serum tikus Sprague Dawley yang diberi minyak jelantah. Rancangan perlakuan pada penelitian ini yaitu Rancangan Acak Lengkap (RAL) terdiri dari empat kelompok. Setiap kelompok terdiri dari 6 ekor tikus. Kelompok I : kontrol (pakan standar dan aquades). Kelompok II : kontrol positif (kelompok paparan), diberi pakan standar, aquadest. Kelompok III : perlakuan yang diberi pakan standar, seduhan serbuk rosella merah 540 mg/kg bb p.o pada pagi hari dan selanjutnya diberi minyak jelantah 2,1 ml/ kg bb pada siang hari. Kelompok IV : perlakuan yang diberi pakan standar, seduhan serbuk rosella merah 810 mg/kg bb p.o pada pagi hari dan selanjutnya diberi minyak jelantah 2,1 ml/ kg bb pada siang hari. Perlakuan selama tiga minggu. Berdasarkan uji *One Way Anova* didapatkan nilai sig 0,00 baik pengaruh kolesterol maupun trigliserida serum tikus pada ($\alpha=0.01$). Berdasarkan uji lanjut Tukey HSD didapatkan hasil perbedaan yang signifikan dari masing-masing perlakuan. Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang pengaruh metode pengolahan untuk mengurangi efek rosella terhadap iritasi lambung dan hipotensi.

Kata Kunci: minyak jelantah, kelopak rosella, kolesterol, trigliserida, serum tikus

1. PENDAHULUAN

Minyak goreng merupakan salah satu kebutuhan pokok masyarakat. Perekonomian masyarakat Indonesia yang belum merata, terutama masyarakat ekonomi menengah kebawah memiliki kecenderungan menggunakan minyak goreng curah dan jarang membuang minyak habis pakai atau yang disebut jelantah. Penggunaan minyak yang berulang kali melebihi 3-4 kali akan membahayakan kesehatan (Chalid, 2010)

Minyak yang telah rusak mempunyai angka peroksida serta asam lemak bebas yang tinggi. Apabila dicampurkan dengan minyak baru maka dapat meningkatkan angka peroksida dan asam lemak dari minyak tersebut. Angka peroksida yang meningkat dapat menurunkan mutu minyak goreng, sehingga kualitas makanan jajanan yang digoreng menggunakan minyak tersebut juga rendah bahkan dapat membahayakan kesehatan (Tarigan dkk, 2007).

Dari beberapa penelitian sebelumnya bunga Rosella (*Hibiscus Sabdariffa*) merupakan salah satu bahan alami yang memiliki potensi sebagai pangan fungsional dalam mencegah dislipidemia dan hipertensi. Hal ini karena kandungan asamnya dan warna merah yang merupakan flavonoid.

Penggunaan bunga Rosella umumnya dengan menyeduh kelopak bunga yang telah kering sebagai teh yang menghasilkan teh rasa asam dan warna merah. Ekstrak air *Hibiscus sabdariffa* telah dilaporkan memiliki berbagai aktivitas antihipertensif, inflamasi, kanker, hiperkolestrolemia dan memiliki efek diuretik. Kandungan kimia dalam *Hibiscus sabdariffa* termasuk anthosianin, flavonoid, polifenol asam askorbat, beta karoten dan quercetin memiliki efek kardioprotektif, mengurangi oksidasi LDL secara in vitro dan mengurangi kadar kolesterol serum darah (Gosain et al, dalam Kartika Yuana Fitri, 2015)

Penelitian tahun 2008 menunjukkan mekanisme β -sitosterol dalam menurunkan kadar kolesterol LDL yang diduga melalui perubahan proses influx dan efluks kolesterol pada sel dengan mengubah aktivitas hormon nukleus. Suatu penelitian pada tahun 2009 menjabarkan bahwa anthosianin dapat menurunkan kadar kolesterol LDL melalui efek inhibisinya pada enzim CETP.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek seduhan serbuk kelopak rosella merah terhadap kolesterol dan trigliserida serum tikus sprague dawley yang diberi minyak jelantah.

2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini yaitu eksperimen.

2.1 Rancangan Penelitian

Rancangan perlakuan pada penelitian ini yaitu Rancangan Acak Lengkap (RAL). Sampel terdiri atas 24 ekor tikus berkelamin jantan dipilih dengan cara *random sampling* untuk dibagi dalam satu kelompok kontrol negatif (normal), satu kelompok kontrol positif, dan dua kelompok perlakuan. Setiap kelompok terdiri dari 6 ekor tikus dengan tahapan minggu pertama tahap adaptasi dan tiga minggu selanjutnya perlakuan. Dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Kelompok I : kontrol negatif (kelompok normal), diberi pakan standar, diberi aquadest pada pagi hari (sebagai plasebo), tidak diberi minyak jelantah dan tidak diberi seduhan serbuk kelopak rosella.
2. Kelompok II : kontrol positif (kelompok paparan), diberi pakan standar, aquadest pada pagi hari (sebagai plasebo) dan selanjutnya diberi minyak jelantah sebanyak 2,1 ml/ kg bb tikus Sprague Dawley pada siang hari.
3. Kelompok III : perlakuan yang diberi pakan standar, seduhan serbuk rosella merah 540 mg/kg bb p.o pada pagi hari dan selanjutnya diberi minyak jelantah 2,1 ml/ kg bb pada siang hari
4. Kelompok IV : perlakuan yang diberi pakan standar, seduhan serbuk rosella merah 810 mg/kg bb p.o pada pagi hari dan selanjutnya diberi minyak jelantah 2,1 ml/ kg bb pada siang hari

Variabel bebas : seduhan serbuk kelopak rosella merah

Variabel tergantung : Kadar Kolesterol dan Trigliserida serum

Variabel intervening : Minyak jelantah

Variabel terkendali : Tikus strain Sprague Dawley jantan usia $\pm$ 3 bulan dengan berat antara $\pm$ 200 gr.

2.2 Metode Analisis Data

Pada tahap awal akan dilakukan analisis normalitas dengan uji *Shapiro-Wilk* dan uji homogenitas dengan *Levene's Test*. Apabila didapatkan data normal dan homogen, maka selanjutnya dilakukan analisis perbandingan antar kelompok dengan uji *One Way Anova*. Apabila ada perbedaan yang signifikan, maka pengujian dilanjutkan dengan uji Tukey HSD untuk melihat lebih jelas seberapa besar perbedaan tiap kelompok perlakuan .

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kadar Kolesterol Serum Tikus

Tabel 3.1 Nilai Rata-Rata Kadar Kolesterol Serum Tikus

Repli kasi	Kadar Kolesterol Serum Tiap Perlakuan mg/dl			
	K1	K2	K3	K4
I	109.2	217.06	172.7	128.3
II	105.8	221.16	179.5	135.8
III	118.0	215.70	170	133.8
IV	105.1	230.03	177	122.18
V	113.3	210.92	168.6	124.91
VI	110.5	216.38	169.3	126.96
Jumlah	662.1	1311.26	1036.8	772.01
Rata-rata	110.3	218.54	172.8	128.66
Notasi	A	B	C	d

Keterangan: huruf pada kolom notasi yang berbeda (a,b,c) menunjukkan beda nyata ($p < 0,01$)

Berdasarkan tabel 3.1 bahwa kelompok tikus dengan ransum jelantah memiliki kecenderungan memiliki kadar kolesterol lebih tinggi dibanding yang kontrol. Pada kelompok perlakuan tikus yang diberi ransum makanan standart yang ditambahkan jelantah ada kecenderungan terjadi penurunan kadar kolesterol serum dengan semakin meningkatnya dosis pemberian serbuk rosella.

Berdasarkan nilai hasil uji beda *One Way Anova*, perlakuan dengan pemberian seduhan kelopak rosella pada tikus yang telah diberi ransum jelantah memberikan pengaruh nyata

dengan nilai signifikan 0,00 ($\alpha=0.01$) terhadap kadar kolesterol serum tikus.

Kolesterol merupakan kelompok sterol, salah satu bentuk lemak. Kolesterol disintesis dalam tubuh, terutama oleh sel-sel hati, usus, dan kelenjar adrenal. Dengan melalui suatu rangkaian reaksi rumit, dua karbon fragmen sederhana, yaitu asetil Co A, diubah menjadi 1 atau 2 gram kolesterol per hari (Djojosoebagio, 1996)

Pada kelompok tikus yang diberikan ransum minyak jelantah memiliki kadar kolesterol lebih tinggi secara signifikan dibandingkan yang diberikan ransum pakan standar selama 3 minggu, hal ini disebabkan jelantah telah mengalami kerusakan, diantaranya perubahan bentuk menjadi asam lemak jenuh dan terbentuknya peroksida dan malonaldehyde yang bersifat karsinogenik.

Minyak jelantah adalah minyak goreng yang sudah digunakan berkali-kali dengan suhu tinggi pada proses penggorengannya (Wahab, et. al., 2011). Analisis kadar asam lemak minyak goreng yang digunakan penjual makanan jajanan gorengan di Padang menyebutkan bahwa terdapat rata-rata perbedaan jumlah asam lemak jenuh dan tidak jenuh pada minyak goreng yang belum digunakan hingga 3 kali pemakaian. Semakin sering minyak goreng digunakan, maka semakin tinggi kandungan asam lemak jenuhnya yaitu pada minyak yang belum dipakai (45,96%), 1 kali pakai (46,09%), 2 kali pakai (46,18%), dan 3 kali pakai (46,32%) (Jonarson, 2004).

Minyak jelantah mempunyai ikatan asam lemak jenuh. Ikatan asam lemak ini sulit diurai oleh tubuh dan terbawa dalam aliran darah. Perlahan lemak ini akan mengendap pada pembuluh darah di jantung dan menyumbat aliran darah. Hal ini mengakibatkan peningkatan kadar kolesterol total, *low density lipoprotein* (LDL) dan trigliserida, serta penurunan kadar *high density lipoprotein* (HDL) dalam darah (Kimia ITB, 2011).

Pada kelompok perlakuan tikus yang diberikan ransum makanan dengan jelantah menunjukkan terjadinya penurunan kolesterol secara signifikan dengan meningkatnya dosis pemberian seduhan serbuk rosella. Bagian rosella yang dapat diproses untuk makanan adalah kelopak bunga yang disebut kaliks (Som, 2003). Kaliks mengandung vitamin

C,D,B1,dan B2. Kaliks juga mengandung 13% campuran asam malat dan asam sitrat serta antosinin dan 0,004-0,0055 mg asam askorbat.

Som (2003) menyatakan bunga kering rosella mengandung 13% campuran dari asam sitrat dan asam malat serta asam – asam buah yang lain. Hasil analisa mendapati kandungan pewarna antosianin sebanyak 1,48 g/100 gram bunga kering. Kandungan antioksidan yang dimiliki oleh kelopak Rosella terdiri atas senyawa gossipetin, anthosianin, dan glukosida hibiscin. Anthosianin merupakan pigmen alami yang memberi warna merah pada seduhan bunga Rosella dan bersifat antioksidan. Kadar antioksidan yang tinggi pada kelopak bunga Rosella dapat menghambat radikal bebas dan menurunkan kadar kolesterol. Efek hipokolesterolemik pada *Hibiscus sabdariffa* disebabkan karena kandungan pektin, β -sitosterol, dan anthosianin yang dimilikinya tetapi efek penurunan kolesterol total terutama dipengaruhi oleh pektin dan anthosianin. Pektin merupakan suatu serat larut yang mengikat asam empedu serta mempercepat katabolisme kolesterol. Kemudian asam empedu yang berada di saluran cerna dicegah untuk diabsorpsi usus dan tidak kembali ke dalam hepar melalui siklus enterohepatik. Sehingga hepar akan memproduksi kembali asam empedu, produksi asam empedu memerlukan kolesterol sebagai bahan bakunya sehingga kadar kolesterol total dalam darah akan menurun (Okasha MAM, dalam Kartika Yuana Fitri, 2015)

Kadar Trigliserida Serum Tikus

Tabel 3.2 Nilai Rata-Rata Kadar Trigliserida Serum Tikus

Replik asi	Kadar Trigliserida Serum Tiap Perlakuan mg/dl			
	K1	K2	K3	K4
I	74.11	139.29	125.89	99.11
II	82.14	147.32	135.71	100.89
III	80.36	140.18	122.32	93.75
IV	77.68	158.04	128.57	90.18
V	83.93	130.36	121.43	91.96
VI	76.79	141.07	123.21	105.36
Jumlah	475.00	856.25	757.14	581.25
Rata-rata	79.16	142.70	126.19	96.87
Notasi	a	B	C	d

Keterangan: huruf pada kolom notasi yang berbeda (a,b,c) menunjukkan beda nyata ($p<0,01$)

Berdasarkan tabel 3.2 bahwa kelompok tikus dengan ransum jelantah memiliki kecenderungan memiliki kadar trigliserida lebih tinggi dibanding yang kontrol. Pada kelompok perlakuan tikus yang diberi ransum makanan standart yang ditambahkan jelantah ada kecenderungan terjadi penurunan kadar trigliserida serum dengan semakin meningkatnya dosis pemberian serbuk rosela.

Berdasarkan nilai hasil uji beda *One Way Anova*, perlakuan dengan pemberian seduhan kelopak rosella pada tikus yang telah diberi ransum jelantah memberikan pengaruh nyata dengan nilai signifikan 0,00 ($\alpha=0.01$) terhadap kadar trigliserida serum tikus.

Trigliserida merupakan bentuk lemak yang paling utama, yang disimpan dalam tubuh untuk energi. Sintesa trigliserida dalam jaringan lemak tergantung pada pembentukan α -gliserol fosfat dari glukosa dan dalam kondisi dimana lemak dibutuhkan untuk energi dalam glukosa tidak tersedia untuk proses fosforilasi (Linder, 2010)

Pada kelompok tikus yang diberikan ransum minyak jelantah memiliki kadar trigliserida lebih tinggi secara signifikan dibandingkan yang diberikan ransum pakan standar selama 3 minggu. Minyak jelantah mempunyai ikatan asam lemak jenuh. Ikatan asam lemak ini sulit diurai oleh tubuh dan terbawa dalam aliran darah. Perlahan lemak ini akan mengendap pada pembuluh darah di jantung dan menyumbat aliran darah. Hal ini mengakibatkan peningkatan kadar kolesterol total, *low density lipoprotein* (LDL) dan trigliserida, serta penurunan kadar *high density lipoprotein* (HDL) dalam darah (Kimia ITB, 2010).

Pada kelompok perlakuan tikus yang diberikan ransum makanan dengan jelantah menunjukkan terjadinya penurunan kolesterol secara signifikan dengan meningkatnya dosis pemberian seduhan serbuk rosella. Rosella (*Hibiscus Sabdariffa*) merupakan salah satu bahan alami yang memiliki potensi sebagai pangan fungsional dalam mencegah dislipidemia dan hipertensi. Hal ini karena kandungan asamnya dan warna merah yang merupakan flavonoid.

Penggunaan bunga Rosella umumnya dengan menyeduh kelopak bunga yang telah kering sebagai teh yang menghasilkan teh rasa

asam dan warna merah. Ekstrak air *Hibiscus sabdariffa* telah dilaporkan memiliki berbagai aktivitas antihipertensif, inflamasi, kanker, hiperkolestrolema dan memiliki efek diuretik. Kandungan kimia dalam *Hibiscus sabdariffa* termasuk anthosianin, flavonoid, polifenol asam askorbat, beta karoten dan quercetin memiliki efek kardioprotektif, mengurangi oksidasi LDL secara in vitro dan mengurangi kadar kolesterol serum darah (Gosain et al, dalam Kartika Yuana Fitri, 2015)

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian tentang efek pemberian seduhan serbuk kelopak rosella merah terhadap kolesterol dan trigliserida serum tikus sprague dawley yang diberi minyak jelantah, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Ada pengaruh pemberian ransum makanan jelantah terhadap kadar kolesterol serum tikus sprague dawley
- b. Ada pengaruh dosis seduhan serbuk rosella terhadap penurunan kadar kolesterol serum tikus sprague dawley
- c. Ada pengaruh pemberian ransum makanan jelantah terhadap kadar trigliserida serum tikus sprague dawley
- d. Ada pengaruh dosis seduhan serbuk rosella terhadap penurunan kadar trigliserida serum tikus sprague dawley

Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang pengaruh metode pengolahan untuk mengurangi efek rosella terhadap iritasi lambung dan hipotensi.

REFERENSI

1. Adepenikun, I.T., (1998) *Extraction and Colours of Roselle (Hibiscus sabdariffa) Juice*. M.Sc Thesis, University of Ibadan. Nigeria
2. Best, Ben. 2004. *General Antioxidants Actions*. Journal Chemistry and Biochemistry Free Radical
3. Birowo, A., (2000) Minyak Jelantah Berbahaya, dalam Suirta, I.W., (2009) Preparasi Biodiesel dari Minyak Jelantah Kelapa Sawit. *Jurnal Kimia* 3 (1) Januari 2009: 1-6.
4. Burcham, P.C., (1998) Genotoxic Lipid Peroxidation Products : Their DNA Damaging Properties and Role in Formation of Endogenous DNA Adducts. *Mutagenesis*, 13 : 287 – 305

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9643589>
5. Djojosoebagio, S. dan Piliang, Wiranda G., 1996. Fisiologi Nitrisi. UI-Press. Jakarta.
 6. Esa, N.M., Hern, F.S., Ismail, A., and Yee, C.L. (2010) Antioxidant Activity in Different Parts of Roselle (*Hibiscus sabdariffa* L.) Extracts and Potential Exploitation of the Seeds. *Food Chemistry* 122 (2010) 1055-1060
 7. Gordon, M.H. 1990. *The Mechanism of Antioxidants Action In Vitro*. In B.J.F. Hudson, editor. *Food Antioxidants*. Elviesier Applied Science. London
 8. Halliwell. 1991. *Reactive Oxygen Species in Living Systems: Source, Biochemistry, and Role in Human Disease*. Cahners Publishing Company. The American Jornal Medicine
 9. Hamilton, R.J. 1983. *The Chemistry of Rancidity in Foods*. In J.C. Allen and R.J. Hamilton, editor. *Rancidity in Foods*. Applied Science Publisher. London
 10. Jadhav, S.J., S.S. Nimbalkar, A.B. Kulkarni, and D.L. Madhavi., (1996) *Lipid Oxidation in Biological and Food System*. In D.L. Madhavi, S.S. Deshpande, and D.K. Salunkhe (eds). *Food Antioxidants : Technological*
 11. Jonarson, S., (2004) *Analisa Kadar Asam Lemak Minyak Goreng Yang Digunakan Penjual Makanan Jajanan Gorengan Di Padang Bulan Medan Tahun 2004*. Skripsi. Universitas Sumatera Utara.
 12. Kementerian Pertanian., (2012) *Statistik Konsumsi Pangan 2012*. Pusat Data dan Sistem Informasi Pertanian. Sekretariat Jenderal Kementerian Pertanian
 13. Kartika Yuana Ftri, (2015). Dried roselle (*hibiscus sabdariffa*) petals influence on serum cholesterol level. Fakultas Kedokteran. UNILA
 14. Kimia ITB., (2011) *Di Balik Jajanan Anda*. Jurusan Kimia : Institut Teknologi Bandung.
http://www.chem.itb.ac.id/index.php?option=com_content&view=article&catid=1%3Anews&id=47%3Agorengan&lang=id
 15. Kochar, S.P. dan B. Rossell. 1990. *Detection Estimation and Evaluation of Antioxidants in Food System*. In B.J.F. Hudson, editor. *Food Antioxidants*. Elviesier Applied Science. London
 16. Levina Berline Sesa., (2009) *Pengaruh Cuka Apel Terhadap Kadar Malondialdehyde (MDA) Hepar Tikus (Rattus norvegicus) Strain Wistar yang Diberi Diet Aterogenik*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang
 17. Linder, Maria C. 2010. Biokimia Nutrisi dan Metabolisme. UI-Press. Jakarta.
 18. Mahdavi, D.L. Deshpande, S.S. and Salunkhe, D.K. 1995. *Food Antioxidants*. Marcel Dekker. New York
 19. Maulana, H.I., Ulilalbab, A., Priyanto, A.D., dan Estiasih, T., (2014) *Effervescent Rosella Ungu Mencegah Penurunan Nilai SOD dan Mencegah Nekrosis Hepar Tikus Wistar yang Diberi Minyak Jelantah*. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, No. 2.
 20. Mansyur, Fauzan., (1999) *KDI lakukan Operasi Pasar Minyak Goreng*. Harian Kompas 1 Mei
 21. Marks, D., B., Mark, A., D, and Smith, C., M., (2000) *Biokimia Kedokteran Dasar*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
 22. Morton, J. F. 1999. *Roselle Hibiscus sabdariffa* L.
<http://www.transgenica.com/database/h/hibiscus.htm>.
 23. Rifqi, Khaerur, Kadarwati, S., Wahyuni, S., (2012) *Preparasi, Karakteristik, dan Uji Aktivitas Ni-Mo/Zeolit Alam dalam Proses Catalytic Cracking Jelantah Menjadi Biogasoline*. *Indonesian Journal of Chemical Science* No. ISSN No 2252-6951. Kimia FMIPA Universitas Negeri Semarang.
 24. Santi Sri Wulandari., (2002) *Pengaruh Pemberian Dekok dan Instant Jahe (Zingiber officinale Rocs.) Terhadap Kadar MDA Serum, Hepar, dan Paru Tikus (Rattus norvegicus) yang Dipapar Asap Rokok Kretek Sub Akut*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang.
 25. Som. Fandah Mohd. 2003. *Roselle Bunga yang Enak Dimakan*. Pusat Teknologi Makanan. Mardi Serdang
 26. Suryohudoyo, P., (1997) *Oksidan dan Antioksidan pada Diabetes Melitus*. Di dalam Tjokroprawiro, A. et al.

- Proceedings of The 3rd Surabaya Diabetes Update*. Surabaya.
27. Suryohudoyo, P., (2000) *Kapita Selekta Ilmu Kedokteran Molekuler*. Perpustakaan Nasional RI. Jakarta. Penerbit CV Sagung Seto. hal: 31-47.
 28. Ulilalbab, A., Priyanto, A. D., Maulana, H. I., Fitriani, E., Resti, F., dan Estiasih, T., (2012) Pemberian Tablet *Effervescent* Rosella Ungu Menurunkan Nilai MDA (Malondialdehid) Tikus Wistar yang Dipapar Minyak Jelantah. *The Indonesian Journal of Public Health*, Volume 9.
 29. Widodo, M.A. 1997. *Xenobiotik dan Radikal Bebas pada Patogenesis Penyakit Paru*. Di dalam Soeatmaji J.W. *et. al. Proceedings Simposium Radikal Bebas dan Patogenesis Penyakit*. FK Unibraw. Malang
 30. Winarno, F.G. 2004. *Kimia Pangan dan Gizi*. PT. Gramedia. Jakarta. Hal. 24 – 26.

PENGARUH INISIASI MENYUSU DINI TERHADAP KECEPATAN PENURUNAN TINGGI FUNDUS UTERI

Rafhani Rosyidah¹⁾, Sulistyorimi²⁾

¹⁾Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

email: rafhani.rosyidah@gmail.com

²⁾ Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

email: sulistyorimi@gmail.com

Abstract

Impaired contraction of the uterus is one of the four factors causing postpartum hemorrhage (Krisnadi, 2012). Meanwhile, post-partum hemorrhage is the cause of the highest maternal mortality rate is 33.3%, 29% pre-eclampsia, postpartum sepsis 9.4% and others 28.3% (Laily, 2011). Research Ramadhani et al (2013) indicates that there are 91.9% of mothers experience postpartum uterine involution slow in Sub Kalanganyar Kebumen. One of the factors that affect uterine involution that early initiation of breastfeeding. The aim of research to determine the effect of early initiation of breastfeeding on high-speed decrease uterine fundus. The study design using a survey method analytic prospective study (cohort). A sample of 40 respondents with quota sampling technique. The data used are primary data through observation and presented in tabular form and tested using independent sample T-test through a computer test to determine the influence with $\alpha = 0.05$. The results showed that the average decline in women who do TFU IMD was $1,208 \pm 0,263$ and that is not done IMD was $0,532 \pm 0,340$. Results of Independent Sample T-Test $p=0,05$ with a significance level of $0,000 < 0,05$ so H_0 rejected and there is a influence IMD with TFU decline. Conclusions: Decreased research TFU postpartum mothers who do IMD faster than postpartum mothers who did not do the IMD. Suggestions for health workers in order to optimize the IMD does on every delivery that is rapid uterine involution.

Keywords: Early initiation of breastfeeding, high uterine fundus

1. PENDAHULUAN

Masa nifas merupakan masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, dan selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu enam minggu (Saleha, 2009). Proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut proses involusi. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Proses involusi uterus. Keseluruhan proses involusi uterus disertai dengan penurunan ukuran Tinggi Fundus Uteri (Dewi dan Sunarsih, 2012).

Menurut Wulandari dan Handayani (2011), apabila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan untuk kembali pada keadaan tidak hamil disebut subinvolusi. Hal ini dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*post partum haemorrhage*). Hasil penelitian oleh Ramadhani dkk (2013) menunjukkan bahwa terdapat 34 dari 37 ibu nifas (91,9%) yang mengalami involusi uterus lambat di BPS

Suhartini Kecamatan Kalanganyar Kabupaten Kebumen. Data tersebut menunjukkan tingginya ibu nifas yang mengalami subinvolusi di Kec. Kalanganyar Kab. Kebumen. Terjadinya gangguan kontraksi uterus (*tone*) tersebut merupakan salah satu dari empat faktor penyebab perdarahan pascapartum (Krisnadi, 2012) yang merupakan penyebab paling tinggi angka kematian ibu yaitu 33.3%, pre-eklamsi 29%, sepsis pasca persalinan 9,4% dan lain-lain sebesar 28,3% (Laily, 2011)

Adapun faktor yang dapat mempengaruhi proses involusi menurut Prawiroharjo (2008), yaitu: senam nifas, mobilisasi dini, inisiasi menyusui dini, gizi, usia dan paritas. Inisiasi menyusui dini (selanjutnya disingkat dengan IMD) adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Bayi memiliki kemampuan untuk menyusui sendiri asalkan dibiarkan terjadi kontak kulit ke kulit ibunya setidaknya selama satu jam segera setelah lahir (Roesli, 2008). Hal ini menyebabkan oksitosin alami yang dikeluarkan oleh tubuh dapat

memicu terjadinya kontraksi uterus setelah melahirkan (Rahayu, 2012).

Banyaknya lochea dan kecepatan involusi tidak dipengaruhi oleh pemberian rangkaian preparat ergot (Ergotrate, Metergine), yang hanya mempunyai efek jangka pendek. Tetapi, menyusui akan mempercepat proses involusi (Heryani, 2010). Sehingga ibu yang tidak dilakukan IMD kemungkinan kontraksi uterusnya lambat atau tidak secepat ibu yang dilakukan IMD. Sehingga dapat berdampak pula pada penurunan TFU. Pernyataan tersebut menunjukkan IMD dapat mempengaruhi penurunan TFU karena menyebabkan kontraksi uterus. Hal ini merupakan topik menarik untuk diteliti.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

Masa nifas (*puerperium*) berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer* yang berarti bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan. Periode masa nifas (*puerperium*) merupakan periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/ tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan. Masa nifas dimulai setelah persalinan selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Tetapi, seluruh alat genital baru akan pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Winkjosastro, 2008).

Proses kembalinya uterus pada kondisi seperti sebelum hamil disebut involusi uterus. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi meraba di mana letak TFU berada (Sulistyawati, 2009). Proses involusi uteri disertai dengan TFU. Pada hari pertama, TFU diatas simpisis pubis atau sekitar 12 cm. Proses tersebut terus berlangsung dengan penurunan TFU setiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU sekitar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba di simpisis pubis (Bahiyatun, 2009).

IMD (*Early initiation*) ataupun permulaan kegiatan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Bayi memiliki kemampuan untuk menyusui sendiri asalkan dibiarkan kontak kulit dengan kulit ibunya setidaknya satu jam segera setelah lahir.

Inisiasi dini juga bisa diartikan sebagai cara bayi menyusui satu jam pertama setelah lahir dengan usaha sendiri dengan kata lain menyusui bukan disusui. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan The Breast Crawl atau merangkak mencari payudara (Roesli, 2008).

Inisiasi menyusui dini yaitu bayi yang baru lahir, setelah tali pusat dipotong, di bersihkan agar tidak terlalu basah dengan cairan dan segera diletakkan diatas perut atau dada ibu, biarkan minimal 30 menit sampai 1 jam, bayi akan merangkak sendiri mencari puting ibu untuk menyusui (Rulina, 2007).

Menurut Heryani (2010), rangsangan putting susu oleh hisapan bayi tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis anterior, tetapi juga kelenjar hipofisis posterior yang mengeluarkan hormon oksitosin yang berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran sehingga ASI dipompa keluar.

Rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior (*neurohipofise*) yang kemudian dikeluarkannya oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini menuju ke uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Dengan demikian involusi uterus lebih cepat, pengeluaran lochea lebih lancar sehingga tidak terjadi perdarahan. Jadi apabila tidak terdapat hisapan putting susu maka tidak terjadi rangsangan kontraksi uterus. Dengan begitu involusi uterus dan pengeluaran lochea menjadi terhambat.

Apabila bayi tidak disusui segera setelah lahir, maka kontak ibu dan bayi tidak sekuat bayi yang disusui karena psikologis ibu bisa disalurkan pada bayinya (Sujiatini, dkk, 2010).

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kohort prospektif. Pada penelitian ini, peneliti mengobservasi variabel independen terlebih dahulu (IMD), kemudian subjek diikuti sampai waktu tertentu untuk melihat terjadinya pengaruh pada variabel dependen (penurunan tinggi fundus uteri). Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan pada 2 jam pasca persalinan dan 2 hari pasca persalinan.

Populasi yang digunakan adalah ibu nifas hari pertama sampai hari kedua di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo pada bulan Agustus

dan September 2016 yang memenuhi kriteria inklusi. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah bersedia menjadi responden, bersalin normal, usia 20-35 tahun, paritas ≤ 4 , LILA $\geq 23,5$ cm, dan menyusui.

Jumlah sampel yang digunakan adalah 40 ibu nifas. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara tidak acak (non random) atau disebut *non probability sampling* dengan tehnik *quota sampling* yaitu tanpa perhitungan besar sampel. Pemilihan sampel dilakukan dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan sebagai responden sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi.

Data dikumpulkan menggunakan lembar observasi. Ibu bersalin diamati apakah melakukan IMD atau tidak, kemudian tinggi fundus uteri diukur menggunakan metline dari tepi atas symphysis sampai ke fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan sebanyak dua kali yakni pada 2 jam pasca persalinan dan 2 hari pasca persalinan.

Analisis data menggunakan independent sample T-test dengan tingkat kemaknaan $P = 0,05$. Jika nilai $P < 0,05$ maka H_0 ditolak yang berarti ada pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap kecepatan penurunan tinggi fundus uteri, dan jika nilai $P > 0,05$ maka H_0 diterima yang berarti tidak ada pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap kecepatan penurunan tinggi fundus uteri.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Tabel 1. Usia ibu nifas di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

Usia	Jumlah	Persentase
20-25 Tahun	19	47,5
26-30 Tahun	15	37,5
31-35 Tahun	6	15,0
Total	40	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan hampir setengahnya ibu nifas di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo adalah usia 20-25 (47,5%).

Tabel 2. Paritas ibu nifas di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

Paritas	Jumlah	Persentase
1 (Primipara)	23	57,5
> 2 (Multipara)	17	42,5
Total	40	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan sebagian besar ibu nifas di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo adalah primipara (57,5 %)

Tabel 3. Inisiasi Menyusu Dini di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

IMD	Jumlah	Persentase
IMD	24	60
Tidak IMD	16	40
Total	40	100

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan sebagian besar ibu nifas di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo melakukan inisiasi menyusui dini (60%).

Tabel 4. Gambaran Penurunan Tinggi Fundus Uteri di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

Penurunan TFU	mean $\pm$ SD	Δ mean $\pm$ SD
IMD		
2 jam PP	12,208 $\pm$ 0,641	1,208 $\pm$ 0,263
Hari ke-2	11,000 $\pm$ 0,608	
Tidak IMD		
2 jam PP	12,438 $\pm$ 0,913	0,532 $\pm$ 0,340
Hari ke-2	11,906 $\pm$ 0,834	

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan penurunan TFU pada ibu nifas BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo yang IMD pada 2 jam PP memiliki rata-rata 12,208 $\pm$ 0,641, pada hari ke 2 mengalami penurunan rata-rata 11,000 $\pm$ 0,608. Sedangkan penurunan TFU pada ibu nifas yang tidak IMD pada 2 jam PP memiliki rata-rata 12,438 $\pm$ 0,913, pada hari ke 2 mengalami penurunan rata-rata 11,906 $\pm$ 0,834. Jadi rata-rata penurunan TFU pada ibu yang dilakukan IMD adalah 11,208 $\pm$ 0,263 dan yang tidak dilakukan IMD adalah 0,532 $\pm$ 0,340.

Tabel 5. Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini terhadap Kecepatan Penurunan Tinggi Fundus Uteri di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

Penurunan TFU	mean $\pm$ SD	Δ mean	P value
IMD	1,208 $\pm$ 0,263	0,676	0,000
Tidak IMD	0,532 $\pm$ 0,340		

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa selisih penurunan TFU pada ibu yang dilakukan IMD adalah 0,676 kali lebih cepat dibandingkan dengan ibu yang tidak dilakukan IMD. Dari uji *Independent Sample T-Test* didapatkan nilai $p=0,000$ yang berarti terdapat pengaruh IMD terhadap kecepatan penurunan TFU.

4.2. Pembahasan

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan sebagian besar ibu bersalin di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo dilakukan IMD. IMD merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi involusi uteri dan juga merupakan cara bayi menyusu satu jam pertama setelah lahir dengan usaha sendiri, dengan kata lain menyusu bukan disusui. Menurut Roesli (2008) IMD memiliki banyak keuntungan yaitu Menurunkan resiko kedinginan (*hypothermia*), membuat pernapasan dan detak jantung bayi lebih stabil, bayi akan memiliki kemampuan melawan bakteri, bayi mendapat kolostrum dengan konsentrasi protein dan immunoglobulin paling tinggi, membantu pengeluaran plasenta dan mencegah perdarahan, membantu bayi agar memiliki keahlian makan diwaktu selanjutnya dan mendukung keberhasilan ASI Eksklusif.

Di BPM Nuril Masrukah sudah ditetapkan bahwa setiap ibu bersalin akan dilakukan IMD dengan syarat ibu dan bayi dalam keadaan normal. Akan tetapi pada tabel 3 menunjukkan terdapat 40% ibu yang tidak dilakukan IMD, ada beberapa alasan ibu tidak melakukan IMD, diantaranya : 5 ibu pada awalnya sudah dilakukan IMD akan tetapi IMD berlangsung kurang dari 1 jam sehingga IMD tersebut dikatakan belum berhasil, sedangkan 2 ibu mengalami kelelahan setelah bersalin sehingga segera setelah bayi baru lahir ibu menunda IMD memilih untuk beristirahat terlebih dahulu dan 1 ibu tidak dilakukan IMD sejak

awal karena bayi akan diadopsi. Hal tersebut bisa disebabkan oleh beberapa faktor, bisa dari pendamping yang kurang pengetahuan tentang IMD atau dengan pengalaman sebelumnya yang juga tidak melakukan IMD, dari ibu sendiri yang memang tidak bersedia dilakukan IMD, dan bisa juga disebabkan oleh faktor pendidikan karena semakin tinggi pendidikan akan semakin mudah memperoleh dan dapat memahami informasi dengan mudah, sehingga ibu bersedia dan lebih kooperatif dalam praktek IMD.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan penurunan TFU pada ibu nifas BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo yang IMD pada 2 jam PP memiliki rata-rata $12,208 \pm 0,641$, pada hari ke 2 mengalami penurunan rata-rata $11,000 \pm 0,608$. Sedangkan penurunan TFU pada ibu nifas yang tidak IMD pada 2 jam PP memiliki rata-rata $12,438 \pm 0,913$, pada hari ke 2 mengalami penurunan rata-rata $11,906 \pm 0,834$. Hal ini menunjukkan terdapat perbedaan penurunan TFU 2 jam PP dan hari kedua pada ibu yang IMD dan tidak IMD.

Hal ini dapat disebabkan beberapa faktor yang juga mempengaruhi penurunan TFU, seperti faktor usia pada tabel 1 yang menunjukkan sebagian besar ibu nifas di BPM Nuril Masrukah adalah usia 20-25 tahun. Pada usia ini merupakan usia prima dalam proses reproduksi sehingga ibu yang pada usia tersebut mengalami penurunan TFU relatif cepat.

Menurut Apriliasari (2015), ibu yang berusia lebih tua banyak dipengaruhi proses penuaan dimana mengalami perubahan metabolisme yaitu terjadi peningkatan jumlah lemak, penurunan otot, penurunan penyerapan lemak, protein dan karbohidrat dan hal ini dapat menghambat involusi uterus. Dan faktor paritas pada tabel 2 menunjukkan sebagian besar ibu nifas di BPM Nuril Masrukah adalah multipara. Ibu dengan paritas tinggi dapat menghambat pada proses involusi uterus karena otot-otot uterus sudah sering mengalami regangan, sehingga proses involusi berlangsung lebih lama. Apriliasari (2015) juga mengatakan semakin sering hamil, uterus akan semakin sering mengalami regangan. Maka ibu yang paritasnya tinggi proses involusi akan menjadi lebih lambat.

Dari tabel 5 menunjukkan bahwa selisih penurunan TFU di hari ke-2 pada ibu yang

dilakukan IMD adalah 0,676 kali lebih cepat dibandingkan dengan ibu yang tidak dilakukan IMD. Hal ini dibuktikan dari uji *Independent Sample T-Test* didapatkan nilai $p=0,000$ yang berarti terdapat pengaruh IMD terhadap kecepatan penurunan TFU. IMD merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi involusi karena dalam proses laktasi terdapat refleksi prolaktin dan refleksi oksitosin (*Let Down Refleks*).

Rangsangan puting susu diteruskan sampai ke hipofisis anterior yang kemudian mengeluarkan hormon prolaktin, kemudian diteruskan lagi sampai hipofisis posterior yang mengeluarkan hormon oksitosin. Melalui darah hormon ini menuju uterus sehingga memacu kontraksi.

Menurut Heryani (2010) menyusui akan mempercepat proses involusi. Peningkatan pemberian ASI perlu dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan bayi dan ibu. Begitu juga hasil penelitian oleh Pratiwi (2014) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan percepatan involusi uteri pada ibu postpartum pervaginam di RSUD Toto Kabila Gorontalo didapatkan hasil ibu yang dilakukan IMD mengalami involusi uteri yang cepat dan ibu yang tidak melakukan IMD mengalami involusi lambat. Dengan demikian IMD sangat dianjurkan pada setiap ibu bersalin karena dapat nerangsang kontraksi sehingga mempercepat penurunan tinggi fundus uteri.

5. KESIMPULAN

Terdapat pengaruh inisiasi menyusui dini terhadap kecepatan penurunan tinggi fundus uteri, dimana ibu yang melakukan inisiasi menyusui dini penurunan tinggi fundus uterinya lebih cepat dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan inisiasi menyusui dini.

REFERENSI

1. Apriliasari, D. 2015. *Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Involusi Ibu Nifas di BPS Noferia Raraswari dan Vetty Praihastuti*. Mojokerto. Diakses pada tanggal 27-12-2016 dari https://scholar.google.co.id/scholar?q=penelitian+apriliasari%2C+2015&btnG=&hl=id&as_sdt=0%2C5
2. Dewi, Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
3. Heryani, R. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas*. Jakarta : CV. Trans Info Media
4. Laily. 2011. *Gambaran Usia dan Paritas Ibu Bersalin pada Kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD Sidoarjo*. Sidoarjo. Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
5. Prasetyono, 2009. *Buku Pintar ASI Eksklusif*. Yogyakarta : Diva Pers
6. Rahayu Y P, Asiyah N, dan Akhriyanti EN. 2012. *Buku Ajar Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta. Mitra Wacana Medika
7. Roesli, U. 2008. *Manfaat ASI dan Menyusui*. Jakarta : FK UI
8. Roesli, U. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif* . Cetakan I. Jakarta. Pustaka Bunda.
9. Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
10. Sulistyawati A. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta : ANDI
11. Suradi, R. 2007. *Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta. Pustaka Bunda
12. Varney, H. 2007. *Buku Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
13. Wiknjosastro, H, dkk. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPS
14. Wulandari SR dan Handayani S. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta. Gosyen Publishing

TINGKAT DEPRESI NARAPIDANA WANITA PENGHUNI RUTAN MEDAENG SURABAYA

Sukma Ayu Candra Kirana¹⁾, Lela Nurlela²⁾, Farida Septiani³⁾

^{1,2,3,4} STIKES Hang Tuah Surabaya

email : sukmaayucandrakirana-sht.ac.id¹, lelans79@gmail.com²

Abstract

Depression is a profound sadness that occurs after experiencing a dramatic or sad event. Depression can cause a person to commit suicide and drain the emotional and financial patient, family and support systems that exist. This study aims to get a picture of the level of depression in female prisoners in Rutan Medaeng Surabaya. Descriptive design was used on 119 samples of respondents. The variable of this research is single variable that is depresi level. The research instrument used Beck Depression Inventory (BDI) Questionnaire. The results showed that 24 respondents had mild depression level, 59 respondents had moderate depression, while 36 respondents had severe depression. Factors associated with the cause of depression are biological, genetic and psychosocial factors. Based on these factors can be concluded that depressed people generally experience emotional disturbances, dysfunctional motivation, and sertakognisi. Depressed inmates may be given psychotherapy approaches such as interpersonal therapy, cognitive therapy, behavioral therapy.

Keywords: *depression, prisoners, women*

1. PENDAHULUAN

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (affective/mood disorder), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna dan putus asa (Meta, dkk, 2011). Menurut McDowell & Newell, (1996) dalam Meta, dkk, (2011) mendefinisikan depresi adalah keadaan abnormal organisme yang dimanifestasikan dengan tanda dan simtom seperti menurunnya mood subjektif, rasa pesimis dan sikap tidak percaya, kehilangan kespontanan dan gejala vegetatif (misalnya penurunan berat badan dan gangguan tidur). Depresi adalah perasaan sedih dan pesimis, berhubungan dengan penderitaan, berupa serangan pada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Reny, dkk, 2013).

Depresi dapat terjadi pada siapapun, golongan manapun, keadaan sosial ekonomi apapun, serta pada usia berapapun. Tetapi umumnya depresi mulai timbul pada usia 20 sampai 40 tahunan. Depresi biasanya berlangsung selama 6-9 bulan, dan sekitar 15-20% penderita bisa berlangsung sampai 2 tahun atau lebih. Episode depresi cenderung berulang sebanyak beberapa kali dalam kehidupan seseorang (Junaidi, 2012). Menurut data Badan Pusat Statistik dari Markas Besar Kepolisian Negara Republik

Indonesia, jumlah tindak pidana sejak tahun 2006 sampai dengan 2009 mengalami peningkatan sehingga 2006 tindak pidana di seluruh Indonesia berjumlah 220.886 kasus. Pada tahun 2007 berjumlah 294.806 kasus, bertambah 73.923 tindak pidana. Tahun 2008, berjumlah 291,207 kasus dan jumlah tindak pidana kembali meningkat tahun 2009 berjumlah 298,842 (Sholahuddin, 2010). Menurut UU No. 12/1995 tentang Pemasarakatan, bahwa narapidana adalah terpidana yang hilang kemerdekaan di lembaga pemsarakatan, sedangkan terpidana adalah seseorang yang dipidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap (Anwar, 2011).

Depresi yang dikemukakan Freud dan para pengikutnya meyakini kemarahan orang yang ditinggalkan kepada orang yang meninggalkannya terus-menerus dipendam, berkembang menjadi proses menyalahkan diri sendiri, menyiksa diri sendiri, dan depresi yang berkelanjutan. Orang-orang yang sangat tidak mandiri diyakini sangat rentan terhadap proses tersebut. Teori psikodinamika klasik merupakan dasar pandangan psikodinamika yang diterima secara luas yang menganggap depresi sebagai kemarahan terpendam yang berbalik menyerang diri sendiri (Davison, 2010). Depresi dapat menguras habis emosi dan finansial seseorang yang terkena juga

pada keluarga dan sistem pendukung sosial informal dan formal yang dimilikinya. Akhirnya angka bunuh diri yang tinggi menjadi konsekuensi yang serius dari depresi yang tidak ditangani (Stanley & Beare, 2006).

Depresi dapat diatasi dengan melakukan kegiatan yang dapat menurunkan tingkat depresi. Kegiatan tersebut antara lain, memberikan bimbingan rohani, bimbingan konseling, membuat kerajinan tangan dan diadakannya hiburan seperti bernyanyi bersama. Adanya wanita penghuni rutan yang mengalami depresi membuat peneliti tertarik untuk meneliti tingkat depresi pada wanita penghuni rutan di Rutan Medaeng Surabaya.

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian pada penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif karena penelitian bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan dari suatu fenomena depresi di Rutan Medaeng Surabaya. Gambaran depresi dikategorikan menjadi 3 yaitu depresi ringan, sedang dan berat. Desain yang digunakan adalah desain deskriptif sehingga peneliti tidak melakukan analisis baik untuk mencari hubungan maupun pengaruh pada variabel yang ada, namun peneliti hanya menunjukkan paparan berupa data tentang gambaran tingkat depresi di Rutan Medaeng Surabaya.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Usia Responden	f	%
1.	20 – 25 tahun	46	38,7
2.	26 – 30 tahun	39	32,8
3.	> 30 tahun	34	28,6
Jumlah		119	100,0

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Pendidikan Terakhir	f	%
1.	SMP	38	31,9
2.	SMA	41	34,5
3.	Perguruan Tinggi	40	33,6
Jumlah		119	100,0

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Pekerjaan	f	%
1.	Bekerja	59	49,6
2.	Tidak Bekerja	60	50,4
Jumlah		119	100,0

Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Agama di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Pekerjaan	f	%
1.	Islam	42	35,3
2.	Protestan	38	31,9
3.	Katolik	39	32,8
Jumlah		119	100,0

Tabel 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Penyebab Masuk Lapas di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Penyebab	f	%
1.	Narkoba	42	35,3
2.	Pencurian	38	31,9
3.	Penggelapan	39	32,8
Jumlah		119	100,0

Tabel 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan Masuk Lapas di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Status Pernikahan	f	%
1.	Menikah	59	49,6
2.	Belum menikah	60	50,4
Jumlah		119	100,0

Tabel 7. Karakteristik Responden Berdasarkan Penyebab Masuk Lapas di Rutan Medaeng Surabaya pada 22 April – 20 Juni 2017.

No.	Tingkat Depresi	f	%
1.	Ringan	24	20,3
2.	Sedang	59	50,0
3.	Berat	36	29,7
Jumlah		119	100,0

4.2. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hasil frekuensi tingkat depresi yang dibedakan

menjadi 3 yaitu tingkat depresi ringan, sedang dan berat. Dengan rincian tingkat depresi ringan sebanyak 24 (20,3%) orang, tingkat depresi sedang sebanyak 59 (50,0%) orang, dan tingkat depresi berat 36 (29,7%) orang.

Berdasarkan karakteristik yang didapatkan dari tingkat depresi dengan jumlah 20 soal di dapatkan responden dengan jumlah soal paling banyak menunjukkan depresi berat pada nomor 1 sebanyak 42 responden, pada nomor 6 sebanyak 60 responden, pada nomor 10 sebanyak 55 responden, dan pada nomor 11 sebanyak 41 responden. Dalam soal nomor 1 menjelaskan tentang kesedihan responden, soal nomor 6 menjelaskan tentang merasa bersalahnya responden, soal nomor 10 menjelaskan tentang penyesalan responden, soal nomor 11 menjelaskan tentang emosi responden.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (2013) bahwa, depresi adalah suatu gangguan mood dengan karakteristik utamanya adalah adanya perasaan tertekan, rasa sedih atau kosong, hilangnya minat atau aktivitas yang menyenangkan, perubahan yang besar dalam selera makan, baik selera makan yang bertambah atau berkurang, insomnia atau hipersomnia, berkurangnya aktivitas motorik atau terjadinya agitasi motorik, kelelahan dan kehilangan energi, perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan, berkurangnya kemampuan untuk berfikir rasional, berkurangnya kemampuan konsentrasi dalam mengambil keputusan, serta munculnya pemikiran untuk mati atau bunuh diri.

Menurut WHO (World Health Organization) dalam penelitian Irawan (2013) depresi merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah. Masalah ini dapat akut atau kronik dan menyebabkan gangguan kemampuan individu untuk beraktivitas sehari-hari. Menurut Kartono dan Gulo (Setiawan dan Sukanto, 2000) mendefinisikan depresi sebagai keadaan patah hati atau putus asa yang disertai dengan melemahnya kepekaan terhadap stimulus tertentu, pengurangan aktivitas fisik ataupun mental dan kesukaran dalam berpikir.

Menurut Rhapsody Karnovinanda (2014) depresi merupakan suatu gangguan afektif, yang pada umumnya ditandai dengan hilangnya minat atau kegembiraan dan berkurangnya energi sehingga mudah lelah dan berkurangnya aktivitas.

Hasil dari penelitian yang didapatkan dilapangan tingkat depresi yang peneliti dapatkan yaitu depresi ringan sebanyak 24 orang didapatkan ciri-ciri seperti kehilangan minat dan kegembiraan, mudah lelah. Depresi sedang sebanyak 59 orang didapatkan ciri-ciri seperti nafsu makan menurun, mudah marah, kelambanan, gangguan pola tidur, perasaan bersalah. Depresi berat sebanyak 36 orang didapatkan ciri-ciri seperti cemas, sedih terus menerus, rasa ingin bunuh diri. Menurut Irawan (2013) Depresi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain penurunan fungsi dari organ tubuh, kehilangan sumber nafkah, perubahan gaya hidup dan sebagainya. Depresi merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah.

Peneliti berasumsi bahwa responden mengalami mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat dibuktikan dengan cara menerima informasi timbal balik yang tidak baik sehingga hal tersebut menyebabkan rasa pesimis dan sikap tidak percaya diri, kehilangan rasa senang, gelisah yang berlebihan dan berfikir hidup ini tidak ada gunanya. Tingkat depresi ringan dan sedang, responden masih dapat melaksanakan kegiatan sosial dan pekerjaannya, meskipun untuk dilaksanakan, sedangkan untuk depresi berat responden tidak dapat menjalankan kegiatan sosial dan pekerjaannya. Depresi disebabkan karena merasa terasing dari keluarganya dan merasa kesepian, hasil yang didapatkan dalam penelitian saya bahwa penghuni rutan memiliki keterbatasan untuk melihat dunia luar.

Dari data demografi setelah di crosstabs yang didapatkan 4 hubungan yang mempengaruhi tingkat depresi yaitu umur, pendidikan, penyebab, status pernikahan. Hasil crosstabs data demografi umur 20-25 dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 44 orang dengan rincian 7 depresi ringan, 23

depresi sedang, 14 depresi berat, demografi umur 25-30 dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 41 orang dengan rincian 7 depresi ringan, 15 depresi sedang, 19 depresi berat, demografi umur >30 dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 34 orang dengan rincian 10 depresi ringan, 21 depresi sedang, 3 depresi berat.

Pada usia 20-25 kebanyakan mengalami depresi sedang dari hasil wawancara responden mengatakan bahwa merasa bersalah dengan keluarganya, 25-30 kebanyakan dari responden sudah menikah sehingga mereka tidak bisa bertemu dengan keluarga, suami, dan anak, >30 kebanyakan dari mereka mengalami depresi sedang karena mereka bisa beradaptasi dengan lingkungan tetapi kebanyakan dari mereka merindukan anak dan suaminya.

Hasil crosstabs data tingkat pendidikan SMP dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 38 orang dengan rincian 11 depresi ringan karena narapidana yang berpendidikan SMP rata-rata tidak memikirkan apa yang terjadi pada dirinya dan hukuman yang dialaminya sehingga narapidana tersebut, 27 depresi sedang karena narapidana yang berpendidikan SMP rata-rata mereka merasa malu dengan keluarga, teman-teman dan lingkungan sekitarnya dan mereka merasa dirinya rendah karena apa yang dilakukannya melanggar hukum.

Tingkat pendidikan SMA dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 41 orang dengan rincian 2 depresi ringan pada depresi ringan pendidikan SMA mereka masih mempunyai malu dan mereka merasa bersalah karena kelakuan yang dilakukannya sehingga merasa minder terhadap lingkungan sekitar, 19 depresi sedang pada pendidikan SMA mempunyai depresi sedang dikarenakan mereka merasa malu dengan apa yang telah dilakukannya, 20 depresi berat karena mereka para narapidana tersebut merasa salah pergaulan di masa lalu sehingga responden memakai narkoba, pencurian, penggelapan, mereka juga merasa malu dengan keluarga, teman-teman dan lingkungannya.

Tingkat pendidikan Perguruan Tinggi dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 40 orang dengan rincian 11 depresi ringan mereka tidak memikirkan apa yang

dilakukannya dan mereka melakukan kesalahan tersebut dengan sadar dan mereka mengerti bahwa yang dilakukannya melanggar hukum, 13 depresi sedang pada pendidikan perguruan tinggi mereka merasa malu terhadap lingkungan sekitar karena perbuatannya dan mereka merasa telah mencoreng nama baik keluarganya, 16 depresi berat karena mereka merasa malu dengan keluarga, teman-temannya, mereka juga takut jika teman-temannya datang menengoknya.

Hasil crosstabs data penyebab masuk lapas narkoba dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 76 orang dengan rincian 6 depresi ringan karena mereka tidak memikirkan apa yang menyebabkan masuk lapas dan tidak memikirkan hukuman apa yang telah dijalaninya, 43 depresi sedang karena merasa dirinya bersalah dengan hal yang dilakukannya sehingga mereka malu terhadap hal yang telah dilakukannya, 27 depresi berat karena mereka belum bisa menerima hukuman yang telah dialaminya mulai membiasakan tidak memakai lagi sehingga tingkat depresi responden tidak stabil. Penyebab masuk lapas pencurian dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 25 orang dengan rincian 12 depresi ringan karena mereka tidak memikirkan hukuman apa yang telah dijalaninya, 8 depresi sedang karena mereka merasa malu terhadap lingkungan sekitar karena perbuatannya, 5 depresi berat karena mereka merasa bersalah dan menyesal. Penyebab masuk lapas penggelapan dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 18 orang dengan rincian 6 depresi ringan karena mereka tidak memikirkan apa yang dilakukannya, 8 depresi sedang karena mereka merasa menyesal atas perbuatannya, 4 depresi berat karena mereka merasa bersalah, menyesal dan ada beberapa orang tidak melakukan kesalahan tetapi dituduh melakukan kesalahan tersebut sehingga memiliki tingkat depresi sedang.

Hasil crosstabs data status menikah dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 88 orang dengan rincian 3 depresi ringan karena responden tersebut sudah beradaptasi dengan lingkungan dan banyak keluarga dan orang-orang terdekat yang sering mengunjungi responden dan memberikan suport terhadap responden, 52 depresi sedang karena mulai

beradaptasi dengan lingkungan dan mulai menerima keadaannya sekarang dan masih ada keluarga yang mensupport sehingga responden tidak merasa sendiri ketika menjalani hukuman, 33 depresi berat karena kurangnya dukungan dari keluarga dan jarang sekali di jenguk oleh keluarga dan orang-orang terdekat sehingga responden merasa sendirian merasa terasingkan saat menjalani hukuman. Hasil status belum menikah dengan tingkat depresi menunjukkan hasil 31 orang dengan rincian 21 depresi ringan karena tidak memiliki tanggungan seperti anak dan suami saat di tinggal menjalani hukuman, 7 depresi sedang karena responden masih memikirkan tanggungan yang ditinggal seperti orang tua dan kurangnya dukungan dari keluarga, 3 depresi berat karena mereka kurangnya dukungan dari orang terdekat.

5. SIMPULAN

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Rutan Medaeng Surabaya, dapat diambil simpulan sebagai berikut : Tingkat depresi narapidana wanita penghuni rutan Medaeng Surabaya mayoritas mengalami depresi tingkat sedang. Faktor penyebab depresi yang didapatkan ditempat penelitian yaitu banyak responden yang merasa menyesal, merindukan anak, suami dan keluarga. Perlu adanya penanganan lebih lanjut terkait depresi yang terjadi pada narapidana wanita tersebut, sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut tentang pemberian psikoterapi yang dapat diberikan pada narapidana yang mengalami depresi.

REFERENSI

1. Endang Sulistyadini, A.H. (2011). Kematangan Emosi dan Kecenderungan Depresi Tersangka Pengguna Narkoba. Jurnal Keperawatan , 5. Diunduh pada tanggal 16 Juni 2017 Jam 20.00
2. Fauziya Ardilla, I. H. (2013). Penerimaan Diri pada Narapidana Wanita. Jurnal Keperawatan, 4. Diunduh pada tanggal 15 Februari 2017 Jam 22.00
3. FIRDAUS, A. (2010). Terapi Metadon Dan Hubungannya Dengan Intensitas Kecemasan Dan Tingkat Depresi Pasien Narkoba Puskesmas Tebet Jakarta. Jurnal Keperawatan , 12. Diunduh pada tanggal 15 Februari 2017 Jam 22.01
4. Hardiyanty, T. A. (2015). Hubungan Depresi Dengan Lama Masa Tahanan Narapidana Di Rumah Tahanan Negara Kelas Iia Malendeng Manado. Jurnal Keperawatan , 14. Diunduh pada tanggal 15 Februari 2017 Jam 22.02
5. Ibrahim, A. S. (2007). DEPRESI Aku Ingin MATI. Jakarta: Dua AS-AS.
6. Junaidi, I. (2012). Anomali Jiwa. Yogyakarta : Andi.
7. MR, D. P. (2013). Pemenuhan Hak-Hak Narapidana Selama Menjalani Masa Pidana Di Lembaga Pemasyarakatan Klas Iia Pidana Di Lembaga Pemasyarakatan Klas Iia Pidana Di Lembaga Pemasyarakatan Klas IIA. Jurnal Keperawatan , 4. Diunduh Pada Tanggal 14 Januari 2017 10.00
8. PING, E. S. (2016). Hubungan Dukungan Sosial Dengan Depresi Pada Narapidana Wanita Di Lembaga Perasyarakatan Kelas Ii B Kota Tenggara. Jurnal Keperawatan , 2. Diunduh pada tanggal 14 Januari 2017.10.01
9. Rhapsody Karnovinanda, T. S. (2014). Prevalensi Depresi pada Narapidana di Lembaga Perasyarakatan Anak. Jurnal Keperawatan, 244. Diunduh pada tanggal 15 Maret 2017 Jam 08.32
10. SARI, A. (2013). Penyesuaian Diri Dan Depresi Pada Narapidana Dilembaga Perasyarakatan Pekanbaru Riau. Jurnal Keperawatan, 7. Diunduh oada tanggal 15 Februari 2017 Jam 22.02
11. Wibowo, A. (2013). Identifikasi Gejala-gejala Dominanan Depresi. Jurnal Keperawatan, 1. Diunduh pada tanggal Jam 22.10

PENERAPAN ATS TERHADAP WAITING TIME KLIEN DI IGD RSUD NGUDI WALUYO WLINGI BLITAR

Mohammad Nur Firdaus

Prodi D3 Keperawatan STIKes Majapahit Mojokerto

Abstract

Indonesia does not have a national standard of triage system, so implementations of the system in each hospital might vary. Australasian Triage Scale (ATS) method is one of the triage systems in the world widely used in some countries including Indonesia, but it is unlikely to be applied due to highly overcrowded emergency installation, non-ideal nurse ratio, and non-standard triage room, so target achievement time set by the ATS system is difficult to achieve. This study aims to analyze various factors affecting Australasian Triage Scale (ATS) at Emergency Room of Ngudi Waluyo General Hospital Wlingi Blitar. The method used was quantitative with cross sectional approach, and the respondent were 28 Emergency Room nurses of Ngudi Waluyo General Hospital Wlingi Blitar. Univariate analysis was used to identify the description of each variable. Fisher test was used to determine the relationship between variables, and logistic regression analysis was used to determine the factors mostly affecting ATS application. Fisher test results showed p-value as follows that waiting time factor $p = 0.011 < \alpha = 0.05$. The results of this study show a significant influence among waiting time factors on ATS application.

Keywords: *ATS application, waiting time factor*

1. PENDAHULUAN

Pada saat jumlah klien melebihi jumlah petugas, maka diperlukan sistem triase. Triase merupakan suatu sistem yang berfungsi untuk menyeleksi klien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan untuk memberikan prioritas pelayanan kepada klien. Tujuan triase adalah agar klien mendapatkan pelayanan yang optimal serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tentang rumah sakit, 2009). Triase dapat ditentukan dengan kebutuhan terbesar klien/korban untuk segera menerima perawatan secepat mungkin. Triage bertujuan mengidentifikasi klien yang membutuhkan tindakan resusitasi segera, menetapkan klien ke area perawatan untuk memprioritaskan dalam perawatan dan untuk memulai tindakan diagnostik atau terapi. (Fitzgerald, 2009)

Penerapan triage yang kurang dan belum memadai akan membahayakan kehidupan klien yang tiba di IGD. Tindakan pengobatan kepada klien dalam urutan kedatangan tanpa penilaian sebelum menentukan tingkat kegawatan dari penyakitnya atau tanpa melakukan triage terlebih dahulu dapat mengakibatkan penundaan intervensi klien dengan kondisi kritis sehingga berpotensi

mematikan. (Baker 2009, Nolan *et al* 2011, Aloyce *et al* 2014).

Indonesia belum mempunyai standart nasional tentang system triage sehingga dalam pelaksanaan penerapan triage setiap rumah sakit bisa berbeda beda. Metode *Australasian Triage Scale* (ATS) merupakan salah satu dari beberapa sistim triage di dunia yang banyak di gunakan di beberapa Negara termasuk Indonesia. Metode *Australian Triage Scale* (ATS) dalam menentukan prioritas hanya memberikan gambaran secara singkat mengenai lamanya waktu klien menerima tindakan dan diterapkan di negara negara maju dengan fasilitas yang baik (Gerdtz, 2009). Hal ini sangat sulit diterapkan di Indonesia karena *overcrowded* instalasi gawat darurat yang relatif tinggi, rasio perawat yang tidak ideal serta ruang triage yang tidak tidak berstandar akan membuat *waiting time* semakin lama sehingga target pencapaian waktu yang ditetapkan sistem ATS akan sulit dicapai (Lee, *et al*, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Saktiwiroto dan Emaliyawati 2016 di IGD RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan membuktikan bahwa penggunaan metode *Australasian Triage Scale* lebih efektif dibandingkan triase tiga tingkat dalam penerapan di IGD. Penelitian di RS Puri Indah

Jakarta menemukan bahwa pengetahuan, keterampilan dan sikap perawat mempunyai pengaruh terhadap penerapan triage bila faktor-faktor tersebut tidak dilaksanakan secara optimal dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan dan menyebabkan kecacatan pada klien (Australian Triage Process Review 2011, Anderson et al 2007, Lusiana 2011, Jansen et al 2011 dan Safari 2012). Emergency Nursing Association (2013) mengembangkan pedoman kebutuhan tenaga keperawatan di ruang IGD menyatakan bahwa keterampilan dan latar belakang pendidikan yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penerapan ATS.

IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi menerapkan sistem triage *Australian Triage Scale* (ATS) pada awal 2016. Hasil observasi di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi didapatkan bahwa penerapan ATS (*Australasian Triage Scale*) masih belum terlihat. Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin mengetahui faktor faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) Di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar

2. KAJIAN LITERATUR

Konsep triase lima kategori berkembang sekitar tahun 1980 di Rumah Sakit Ipswich, Queensland, Australia. Konsep yang sama juga dikembangkan di rumah sakit Box Hill, Victoria, Australia. Pembagian kategorian ini berdasarkan kategori kesegeraan (*urgency*) dari kondisi pasien. Validasi sistim triase ini menunjukkan hasil yang lebih baik dan konsisten dibandingkan triase konvensional dan mulai di adopsi unit gawat darurat di seluruh Australia. Sistim nasional ini disebut dengan *National Triage Scale* (NTS) dan kemudian berubah nama menjadi *Australia Triage Scale* (ATS) (Fitzgerald et al, 2010). ATS memberikan batasan waktu berapa lama pasien dapat menunggu sampai mendapatkan pertolongan pertama selain menetapkan prioritas pasien yang berbeda dari fungsi awal pembentukan kategorian triase. Sistim ATS juga membuat pelatihan khusus triase untuk pasien-pasien dengan kondisi tertentu seperti pasien anak-anak, pasien geriatri, pasien gangguan mental. (Christ et al, 2010)

Sistim triase ATS dikembangkan mekanisme penilaian khusus kondisi urgen

untuk pasien-pasien pediatri, trauma, triase di daerah terpencil, pasien obstetri, dan gangguan perilaku untuk memudahkan trier (orang yang melakukan triase) mengenali kondisi pasien, maka ATS terdapat kondisi-kondisi tertentu yang menjadi deskriptor klinis. Deskriptor ini bertujuan memaparkan kasus-kasus medis yang lazim dijumpai sesuai dengan kategori triase sehingga memudahkan trier menetapkan kategori (*Australian Government Department of Health and Aging*, 2009). Nash (2011), Forero & Nugus (2012) mengkategorikan ATS didasarkan pada lamanya waktu klien menerima tindakan. Skala prioritas pada ATS dibagi menjadi 5 skala ATS 1 harus segera ditangani (prosentase prioritas 100%), ATS 2 maksimal *waiting time* 10 menit (prosentase prioritas 80%), ATS 3 maksimal *waiting time* 30 menit (prosentase prioritas 75%), ATS 4 maksimal *waiting time* 60 menit (prosentase prioritas 70%), ATS 5 maksimal *waiting time* 120 menit (prosentase prioritas 70%). *Waiting time* yang melebihi 2 jam menunjukkan terjadinya kegagalan akses dan kualitas pelayanan

3. METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*, yang bertujuan untuk menganalisis pengaruh antara variabel independen (faktor kinerja, faktor klien, faktor ketenagaan, faktor perlengkapan) dan variabel dependen (penerapan ATS): Pengambilan data dilakukan sebanyak satu kali, pada bulan Juni sampai dengan Juli 2017. Untuk mengetahui gambaran dari setiap variabel yang diteliti digunakan analisis univariat. Untuk mengetahui hubungan antar variabel digunakan uji *Fisher* dan untuk mengetahui faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi penerapan ATS digunakan uji regresi logistik.

4. HASIL PENELITIAN

4.1. Data Umum Dan Distribusi Frekuensi Responden

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Data Umum Responden

No.	Karakteristik	Jumlah	%
1. JENIS KELAMIN	laki-laki	15	53,6
	perempuan	13	46,4
2. UMUR	20-40	20	71,4
	>40	8	28,6
3. PENDIDIKAN	Tingkat pendidikan D3	22	78,6
	Tingkat pendidikan diatas D3 (S1,S2)	6	21,4
4. LAMA BEKERJA	0-2	19	67,8
	3-5	6	21,5
	>5	3	10,7
5. STATUS KEPEGAWAIAN	PNS	16	57,1
	Honorer	12	42,8
	Magang	-	-
6. PELATIHAN	Belum tersertifikasi	7	25
	Tersertifikasi (BTLS/ACLS/ATLS/GELS/GELS/P PGD)	21	75

2. Pengaruh penerapan ATS terhadap waiting time**Tabel 2. Hasil Analisis bivariat**

Variabel Independent	Variabel Dependent	OR CI 95%	p Value
Faktor klien (waiting time)	Penerapan ATS	12 (1.725-83.458)	0,011

5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis bivariat menunjukkan pengaruh faktor klien (waiting time) terdapat 6 dari 8 klien yang waiting timenya tidak sesuai standar sedangkan 16 dari 20 klien waiting timenya sesuai standar. Hasil uji fisher diperoleh nilai $p = 0.011 < \alpha = 0,05$ maka hipotesis penelitian diterima yaitu ada pengaruh yang bermakna antara faktor klien (waiting time) terhadap penerapan ATS. Lama waktu tunggu pada penelitian ini merupakan ketepatan waktu dalam memberikan intervensi kepada klien sesuai dengan status kegawatan klien.

Pelayanan yang cepat dan tepat sangat dibutuhkan di dalam pelayanan IGD, pelayanan di IGD dapat terhambat jika kondisi di dalam IGD penuh dengan klien. Kondisi klien yang memenuhi IGD disebabkan oleh tidak sesuai jumlah klien yang berkunjung ke IGD dengan tenaga dan tempat tidur yang ada di IGD. Standar Prosedur Operasional RSUD Ngudi Waluyo Wlingi, klien dikatakan menunggu apabila

klien tersebut berada di IGD selama lebih dari standar waktu tunggu empat jam terhitung mulai triase. Faktor yang diduga menjadi risiko penyebab waktu tunggu panjang antara lain ketersediaan tempat atau bangsal, tidak sesuai bangsal yang tersedia dengan permintaan klien, adanya pengelompokan penyakit yang membutuhkan bangsal khusus, menunggu sterilisasi ruang bangsal, kesibukan perawat di bangsal, keterbatasan tenaga pengantar IGD dan keluarga klien. Klien rujukan juga salah satu yang menjadi penyebab kondisi di IGD menjadi semakin penuh. RSUD Ngudi Waluyo Wlingi sebagai rumah sakit rujukan tingkat ketiga, merupakan rumah sakit yang menjadi tujuan utama klien rujukan.

Penelitian oleh Singer et al. tahun 2011 mengemukakan bahwa waktu tunggu klien adalah rentang antara keputusan rawat inap sampai klien berpindah ke bangsal. Penelitian ini juga menyatakan bahwa ketidaksesuaian kebutuhan dan penyedia pelayanan kesehatan dan kondisi IGD yang

penuhi atau kunjungan klien yang tinggi merupakan faktor waktu tunggu panjang. Thompson 2006 dalam penelitiannya pada 1631 responden menyebutkan bahwa waktu tunggu, penyampaian informasi oleh staf IGD dan perilaku staf IGD yang ekspresif sangat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan klien yaitu positif ($p < .001$). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian terhadap faktor klien yaitu waktu tunggu ($< 4-6$ jam) klien di IGD. Hal ini sejalan dengan hasil observasi setiap shift menunjukkan bahwa waktu tunggu klien di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi yang tidak sesuai dengan standar SOP IGD yaitu 4-6 jam sebesar 28.6% dari total waktu tunggu klien yang diobservasi dikarenakan beberapa faktor yaitu faktor keluarga, administrasi yang tidak lengkap dan ruang rawat inap yang penuh.

5. KESIMPULAN

Terdapat pengaruh penerapan ATS terhadap *waiting time* di IGD RSUD Wlingi Blitar.

REFERENSI

1. Forero, R. (2012). *Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) literature review on the Australasian triage scale (ATS)* (Doctoral dissertation, Institute of Health Innovation, University of New South Wales)
2. Gerdtz et al. 2009. Factors influencing consistency of triage using the Australasian Triage Scale: Implications for guideline development (original research). EMA
3. Gilboy, N. (2010). *Sheehy's Emergency Nursing Principles and Practice*. Sixth Edition. Edited by Howard, P.K., & Steinmann, R.A. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
4. Gilboy, N., Tanabe, T., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2011). Emergency Severity Index (ESI): A triage tool for emergency department. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*. Retrieved
5. Jansen, M. A et al. 2011. Adherence to the guideline triage in emergency departments a survey of dutch emergency departments. *J clin Nurs*. 20(17-18). 2458-2468
6. Janssen et al (2011). Factor Influencing the implementation of guideline triage in emergency departments: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 21.437-447
7. Jenkins, J. L., McCarthy, M. L., Sauer, L. M., Green, G. B., Stuart, S., Thomas, T. L., & Hsu, E. B. (2008). Mass-casualty triage: time for an evidence-based approach. *Prehospital and disaster medicine*, 23(01), 3-8.
8. Jones, K. M., Marsden, J., Windle, J. (2006). *Emergency Triage Manchester Triage Group*. 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd.
9. Joint commission on association of health organization. 2002. facts about the national patient safety goals. 2002
10. Republik Indonesia. (2008). Nomor 129/Menkes/SK/II/2008. Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Kemenkes R.I. Jakarta.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2009). Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009. Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. Kemenkes R.I. Jakarta.
12. Lee, J. Y., Oh, S. H., Peck, E. H., Lee, J. M., Park, K. N., Kim, S. H., & Yoon, C. S. (2011). The validity of the Canadian Triage and Acuity Scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19, 68.
13. Lusiana 2011. Pengaruh Tingkat Pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan Triage di IGD RS Puri Indah Jakarta

COMPASSION FATIGUE BERKORELASI DENGAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DITINJAU DARI SEGI KEPUASAN PELANGGAN

Anndy Prastya¹⁾, Ike Prafitasari²⁾, Hani Riska³⁾, Suherman⁴⁾

^{1,2}Dosen Stikes Majapahit Mojokerto

^{3,4}Perawat RSUD Sidoarjo

email : ¹anndyprastya@gmail.com

Abstract

Quality of health services is determined by the quality of nursing service. Need attention on nursing services in the Hospital. When the nurse experiences excessive physical and psychological problems, there is fatigue that can interfere with the performance of the nurse. Objective of this study was to analyze the level compassion fatigue nurse with quality nursing service at emergency departement (ED) Sidoarjo Regional Hospital. This research used descriptive observational design with Cross Sectional approach. Compassion Fatigue ED nurses as independent variables were studied with ProQoL questionnaire and nursing service quality as dependent variable were studied with nursing care quality questionnaire (RATER). This research used simple random sampling technique with total sample of 41 respondents nurses ED and 41 respondents patients. The data obtained were analyzed using spearman certification test. The results obtained almost all respondents had a low compassion fatigue that is 34 respondents (82.9%). While 23 (56,1%) respondents judge a good level quality of nursing service. The test result used spearman test obtained p value 0,028 ($p > 0,05$) and with result (r) = 0,861. This means that there was a significant and positive influence between compassion fatigue with the quality of nursing service in the ED Sidoarjo Regional Hospital. Stressors and job stress was some barriers to achieving a professional quality of life that will ultimately affected each other's performance.

Keywords : *Compassion fatigue, quality of nursing service*

1. PENDAHULUAN

Salah satu indikator keberhasilan dalam pelayanan Rumah Sakit yakni dengan rendahnya angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat dan angka kematian di IGD masih dalam batas normal yaitu kurang dari 5%. Perawat merupakan komponen terbesar dalam unit pelayanan kesehatan, sehingga perubahan kualitas pelayanan dan proses keperawatan akan sangat dirasakan oleh konsumen. Ketidakpuasan yang dialami pasien akan menjadi pengalaman negatif, membekas, dan bukan tidak mungkin akan disebarluaskan dari mulut ke mulut. Citra Rumah Sakit menjadi buruk, pelayanan yang diberikan akan dianggap sebelah mata dan dipandang tidak profesional. Kepercayaan masyarakat akan menurun dan Rumah Sakit berpotensi kehilangan pelanggan (Nursalam, 2014). Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, kualitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan keperawatan sehingga perlu adanya perhatian mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Mutu pelayanan keperawatan dapat merupakan suatu pelayanan keperawatan yang komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual yang diberikan oleh perawat profesional kepada pasien (individu, keluarga maupun masyarakat) baik sakit maupun sehat, dimana perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar pelayanan. Namun pada dasarnya, definisi mutu pelayanan keperawatan itu dapat berbeda-beda tergantung dari sudut pandang mana mutu tersebut dilihat. (Rakhmawati, 2009). Salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan adalah tercapainya tingkat kepuasan pasien sebagai pelanggan (Nursalam, 2014).

Bagi konsumen yang datang pertama kali melalui IGD, pelayanan yang diberikan oleh perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) akan menjadi prediktor pertama kepuasan pengguna jasa terhadap keseluruhan proses perawatan di rumah sakit tersebut. Penelitian yang dilakukan di Jamaica menyebutkan bahwa dari 142 responden, 59,9% diantaranya menyatakan puas terhadap pelayanan

kesehatan yang diberikan oleh perawat IGD. Mereka menyatakan puas karena perawat IGD mampu menampilkan empati, sehingga mereka tidak enggan untuk berkunjung ulang ke rumah sakit jika memerlukan bantuan kesehatan (Buchanan, Dawkins, & Lindo, 2015). Empati sangat penting untuk ditampilkan, namun berakibat fatal jika melibatkan terlalu banyak emosi dan empati. Melibatkan emosi dan empati secara berlebihan akan menimbulkan stresor berlebih bagi perawat, terutama perawat IGD (Hoskins, 2011; Wentzel & Brysiewicz, 2014; Wolf *et al.*)

Stresor yang dialami oleh perawat akan memunculkan mekanisme koping yang berbeda pada setiap individu. Sistem koping yang baik akan memunculkan respon adaptasi yang positif, demikian pula sebaliknya (Lu *et al.*, 2015). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perawat IGD mengalami tingkat stres yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan perawat di unit perawatan lain. Penelitian yang dilakukan di RSUD Semarang menunjukkan bahwa dari 29 orang responden perawat IGD, 24 orang diantaranya (82,8%) mengalami stres sedang (Aini & Purwaningsih, 2013).

Saat perawat mengalami kelelahan fisik dan psikologis yang berlebih, muncullah *compassion fatigue*. *Compassion fatigue* akan mempengaruhi kinerja dan kualitas pelayanan perawat emergensi. *Compassion fatigue* tidak hanya terjadi pada perawat yang baru saja bekerja di IGD, tetapi potensinya juga akan meningkat pada perawat yang sudah dinas menetap di IGD dalam waktu yang relatif lama (Hooper *et al.*, 2010). Perasaan depresi, rasa takut saat akan melakukan tindakan keperawatan merupakan tanda dari *compassion fatigue* yang dapat mengganggu kinerja perawat (Duffy, Avalos, & Dowling, 2015).

Salah satu alat ukur yang digunakan untuk mengukur profesionalisme kerja individu adalah *Professional Quality of Life* (ProQOL). Pengukuran dengan menggunakan ProQOL tidak hanya mengukur hasil mekanisme koping individu yang negatif, tetapi juga hasil mekanisme koping positif. Ada dua komponen besar yang diukur dengan menggunakan ProQOL yaitu *compassion satisfaction*, dan *compassion fatigue*. *Compassion satisfaction* merupakan hasil mekanisme koping individu yang positif, sedangkan *compassion fatigue*

adalah hasil mekanisme koping negatif individu terhadap stres yang dialami di dunia kerja (Stamm, 2010).

Dari studi pendahuluan didapatkan angka kunjungan IGD RSUD Sidoarjo dalam trimester pertama tahun 2017 didapatkan sebanyak 4857 pasien pada bulan Januari, 4284 pasien dalam bulan februari dan 4792 pasien selama bulan maret. Sedangkan dalam penelusuran kepada tim penjamin mutu diketahui bahwa ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dan keluarga terhadap mutu pelayanan di IGD RSUD Sidoarjo. Keluhan yang disampaikan oleh pelanggan terutama tentang *response time*. Pelanggan menjadi takut penyakitnya bertambah parah dengan *response time* yang lambat. Data keluhan yang lain seperti lamanya stagnasi pasien di IGD juga disampaikan oleh pelanggan. Situasi IGD secara psikologis akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien maupun keluarga untuk berlama-lama ada didalamnya. Sehingga semakin cepat pasien dipindahkan ke ruang perawatan akan mendukung proses penyembuhan maupun dukungan keluarga yang lebih baik. Keluhan pelanggan merupakan bentuk ketidakpuasan yang harus segera dicari penyebab serta solusinya. Jika tidak, maka kredibilitas dari penyedia layanan akan menurun dimata pelanggan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat *Compassion Fatigue* Perawat IGD dengan mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan pendekatan *Cross Sectional* karena penelitian ini bertujuan mendeteksi korelasi yang muncul antara faktor yang berhubungan dengan efek yang ditimbulkan. *Compassion Fatigue* Perawat IGD sebagai variabel independen dikaji dengan kuisioner *ProQoL* dan mutu asuhan Keperawatan sebagai variabel dependen dikaji dengan kuisioner mutu asuhan keperawatan (RATER). Populasi dalam penelitian adalah semua perawat dan pasien IGD RSUD Sidoarjo. Sampel penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling* karena subjek dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama

sebagai sampel. Jumlah sample yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 41 responden perawat IGD RSUD Sidoarjo dan 41 responden pengguna jasa layanan keperawatan di IGD (Pasien). *Compassion Fatigue* dikatakan rendah apabila skor ProQoL ≤ 43 , skor 44-57 dikatakan *compassion Fatigue* rata-rata dan ≥ 58 dikatakan *compassion Fatigue* tinggi. Sedangkan mutu pelayanan keperawatan dikatakan kurang apabila nilainya $<56\%$, cukup jika nilainya $56-75\%$ dan puas apabila nilainya $76-100\%$. Selanjutnya data yang didapat akan dianalisis dengan menggunakan uji korelasi spearman.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

No.	Karakteristik	Mean	Median	Min-Maks	Std Deviasi
1	Usia	41	34,85	35 23-57	7,282

Sumber: Data primer penelitian, 2017

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa rata-rata usia responden adalah 34,85 tahun. Usia ini termasuk dalam kategori usia dewasa pertengahan. Usia termuda responden adalah 23 tahun, sedangkan usia tertua adalah 57 tahun.

Tabel 2. Karakteristik Responden

No.	Karakteristik	Frek.	Persentase
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	15	36,6%
	Laki-laki	26	63,4%
2	Lama Kerja di IGD		
	< 5 tahun	18	43,9%
	≥ 5 tahun	23	56,1%
3	Status Kepegawaian		
	PNS	19	46,3%
	BLUD	22	53,7%
4	Pendidikan Terakhir		
	SPK	1	2,4%
	DIII	30	73,2%
	S1	10	24,4%
5	Status Pernikahan		
	Menikah	34	82,9%
	Belum Menikah	7	17,1%
6	Jumlah anak		
	Belum punya	10	24,4%
	Satu anak	7	17,1%
	Dua anak	14	34,1%
	Lebih dari dua anak	10	24,4%
7	Kepemilikan sertifikat pelatihan		
	BLS		
	Memiliki	41	100%
	Tidak memiliki	0	0%
	ALS		
	Memiliki	3	7,3%
	Tidak memiliki	38	92,7%
	BTLS		
	Memiliki	15	36,6%
	Tidak memiliki	26	63,4%
	ATLS		
	Memiliki	2	4,9%
	Tidak memiliki	39	95,1%
	PPGD		
	Memiliki	29	70,7%
	Tidak memiliki	12	29,3%

Sumber: Data primer penelitian, 2017

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan data bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki. Dari total 41 responden, sebanyak 26 (63,4%) responden berjenis kelamin laki-laki. Sebanyak 23 responden (56,1%) telah memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Sidoarjo selama lebih dari atau sama dengan lima tahun. 19 responden (46,3%) sudah berstatus sebagai PNS sedangkan 22 responden (53,7%) berstatus sebagai pegawai BLUD. Sebanyak 30 responden (73,2%) yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Sidoarjo berpendidikan terakhir DIII Keperawatan. Dari 41 perawat, 34 orang (82,9%) diantaranya memiliki status sudah menikah. Dari 34 responden yang sudah menikah, 14 responden (41,2 %) memiliki dua anak, 10 responden (29,4%) memiliki lebih dari 2 anak dan 7 responden (20,6%) memiliki satu anak. Sedangkan dari 10 responden yang belum memiliki anak, ada 3 responden yang statusnya sudah menikah.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 856/Menkes/SK/IX/2009, menyatakan bahwa seorang perawat IGD harus memiliki sertifikat dasar kegawatdaruratan, yaitu sertifikat BCLS, BTLS, dan sertifikat kegawatdaruratan lainnya. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 41 responden, seluruhnya sudah memiliki sertifikat *Basic Life Support* (BLS). Sertifikat lain yang harus dimiliki oleh perawat IGD adalah sertifikat BTLS. Dari 41 responden, 15 responden (36,6 %) diantaranya sudah memiliki sertifikat BTLS. Tabel di atas juga menunjukkan bahwa dari 41 responden, 29 responden (70,7 %) memiliki sertifikat Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD). Sertifikat penunjang lain diantaranya adalah ALS sudah dimiliki oleh 3 responden (7,3 %) dan ATLS sudah dimiliki oleh 2 responden (4,9 %).

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan *Compassion Fatigue*

Karakteristik	Frek.	Presentase
<i>Compassion Fatigue</i>		
<i>Compassion Fatigue</i> rendah	34	82,9%
<i>Compassion Fatigue</i> rata-rata	7	17,1%

Sumber: Data primer penelitian, 2017

Tabel 3 menggambarkan kondisi *Professional Quality of Life* perawat di IGD RSUD Sidoarjo. Dari gambaran tersebut dapat dijelaskan bahwa hanya 7 responden (17,1 %) mengalami *compassion fatigue* rata-rata, sedangkan hampir seluruh responden memiliki *compassion fatigue* rendah yaitu 34 responden (82,9 %).

Tabel 4. Mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo

Karakteristik	Frekuensi	Presentase
Mutu pelayanan keperawatan	2	4,9%
Kurang	16	39,0%
Cukup	23	56,1%
Baik		

Sumber: Data primer penelitian, 2017

Tabel 4 diatas menggambarkan penilaian mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo oleh pengguna jasa layanan. Dari tabel tersebut disimpulkan bahwa dari 41 responden 23 (56,1%) menilai mutu pelayanan keperawatan baik, sedangkan yang menilai kurang hanya ada 2 responden (4,9%) dan sisanya memberikan penilaian cukup.

Tabel 5. Hasil Uji Korelasi Variabel *compassion fatigue* dengan mutu pelayanan keperawatan

Variabel Independen	Mutu pelayanan keperawatan	
	Koefisien korelasi (r)	P value
<i>Compassion fatigue</i>	0,861	0,028

Berdasarkan tabel 5, hasil uji korelasi menggunakan uji spearman antara *compassion fatigue* dengan mutu pelayanan keperawatan didapatkan *p value* 0,028 ($p > 0,05$) dan koefisien korelasi (r) = 0,861. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dan korelasi positif antara *compassion fatigue* dengan mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo.

Dalam siklus hidupnya, perempuan lebih cenderung untuk mengalami stres dari pada laki-laki. Stresor lebih banyak berasal dari lingkungan individu selain lingkungan kerja. Stresor dapat berasal dari peran ganda sebagai ibu, istri, anak, dan perawat yang bekerja di IGD. Siklus hormonal yang dimiliki perempuan juga turut berpengaruh dalam pengalaman stres yang dimiliki. Karena memiliki pemicu hormonal yang sama setiap bulan, seorang perempuan akan lebih mudah beradaptasi dengan peran ganda dan stresor yang menumpuk. Dalam melakukan pekerjaan, perempuan lebih mengandalkan insting keibuan, sehingga emosi juga banyak terlibat pada saat melakukan pekerjaan. Oleh karena itu, stres yang dialami oleh perawat perempuan lebih berpotensi menyebabkan *compassion fatigue*.

Distribusi mutu pelayanan keperawatan ditinjau dari 5 Dimensi mutu yaitu dimensi *tangible* mutu pelayanan keperawatan hampir setengah responden menilai cukup yaitu sebanyak 18 responden (43,9%).

Tangible (bukti langsung) merupakan hal-hal yang dapat dilihat dan dirasakan langsung oleh pasien yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, dan penampilan staf keperawatan. Sehingga dalam pelayanan keperawatan, bukti langsung dapat dijabarkan melalui : kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruang perawatan, penataan ruang perawatan kelengkapan, kesiapan dan kebersihan peralatan perawatan yang digunakan; dan kerapian serta kebersihan penampilan perawat (Nursalam, 2015).

Hal yang mendukung dari hasil diatas responden menyatakan bahwa mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo cukup baik ini dibuktikan dengan lengkapnya fasilitas yang tersedia, hampir seluruhnya perawat berpenampilan rapi. Ada responden menyatakan bahwa sedikit kurang nyaman dengan jarak tempat tidur yang terlalu dekat antar pasien, sehingga pasien yang

disebelahnya bisa mendengar pembicaraan yang dilakukan oleh dokter dan pasien.

Distribusi mutu pelayanan keperawatan dari dimensi *reliability* sebagian besar menilai mutu pelayanan keperawatan dinilai cukup oleh responden yaitu 21 responden (51,2%),

Reliability (keandalan) dalam pelayanan keperawatan merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang tepat, memuaskan dan dapat dipercaya, dalam hal ini dapat didefinisikan sebagai pelayanan keperawatan yang konsisten. Oleh karena itu penjabaran keandalan dalam pelayanan keperawatan adalah : prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat, pemberian perawatan yang cepat dan tepat, jadwal pelayanan perawatan dijalankan dengan tepat dan konsisten serta prosedur perawatan yang tidak berbelit-belit (Nursalam, 2015).

Responden menyatakan pelayanan yang diberikan sudah cepat dan tepat, walau kadangkala tidak sesuai harapan. Banyak pasien yang menginginkan proses yang instan, begitu diberikan tindakan keperawatan langsung sembuh tanpa melihat keadaan dan jenis penyakit pasien. Hal ini perlu dikomunikasikan dengan baik kepada pasien tentang penyakitnya dan prosedur pengobatan sehingga tidak menimbulkan persepsi yang negatif terhadap pelayanan keperawatan.

Distribusi mutu pelayanan keperawatan dari dimensi *responsiveness* sebanyak 20 (48,8%) responden menilai bahwa mutu pelayanan keperawatan dalam kondisi yang cukup.

Responsiveness (ketanggapan) perawat yang tanggap, selalu bersedia membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat. Ketanggapan juga didasarkan pada persepsi pasien sehingga faktor komunikasi dan situasi fisik disekitar pasien merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Ketanggapan dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat dijabarkan sebagai berikut, perawat memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti oleh pasien, kesediaan perawat membantu pasien dalam hal beribadah, kemampuan perawat untuk cepat dan tanggap menyelesaikan keluhan pasien, dan tindakan perawat cepat pada saat pasien membutuhkan (Nursalam, 2015).

Responden menilai hampir seluruh perawat di IGD RSUD Sidoarjo tanggap saat

dibutuhkan oleh pasien. Ada beberapa yang tidak langsung datang saat dipanggil oleh pasien salah satu penyebabnya adalah perawat masih memberikan pelayanan kepada pasien yang lain. Hal ini bisa dimengerti oleh pasien dan keluarganya. Selain itu ada beberapa pasien tidak tahu prosedur pengobatan yang akan dijalani, hal ini bisa dijadikan masukan bagi perawat bahwa *Inform Consent* dan komunikasi terapeutik sangat dibutuhkan oleh pasien mengingat saat ini masyarakat kita semakin kritis dan pintar terhadap kesehatan.

Distribusi mutu pelayanan keperawatan dari dimensi *assurance* hampir setengah responden menilai mutu pelayanan dalam kondisi baik yaitu sebanyak 20 responden (48,8%).

Assurance (jaminan kepastian) perawat dapat menjamin pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien berkualitas sehingga pasien menjadi yakin akan pelayanan keperawatan yang diterimanya. Untuk mencapai jaminan kepastian dalam pelayanan keperawatan ditentukan oleh komponen kompetensi yang berkaitan dengan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Keramahan yang juga diartikan kesopanan perawat sebagai aspek dari sikap perawat. Keamanan yaitu jaminan pelayanan yang menyeluruh sampai tuntas sehingga tidak menimbulkan dampak yang negatif pada pasien dan menjamin pelayanan yang diberikan kepada pasien aman.

Sikap perawat menjadi salah satu faktor pendukung keberhasilan dari proses pengobatan yang dijalani. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling disoroti dan menjadi garda depan pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan waktu interaksi perawat dan pasien yang lebih lama dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain. Dengan komunikasi yang baik, sikap yang ramah dan sopan dapat mencapai tingkat kepuasan pasien yang secara otomatis dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.

Distribusi mutu pelayanan keperawatan dari dimensi *emphaty* hampir setengah responden juga menilai mutu pelayanan keperawatan dalam kondisi baik yaitu sebanyak 20 responden (48,8%).

Emphaty (empati) merupakan perhatian perawat yang diberikan kepada pasien secara

individual sehingga dalam pelayanan keperawatan, dimensi empati dapat diaplikasikan melalui cara memberikan perhatian khusus kepada setiap pasien, perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarganya, perawatan diberikan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial (Nursalam, 2015).

Memberikan pelayanan tanpa membedakan-bedakan status sosial sangat diharapkan oleh semua pasien dan keluarganya. Hal ini dapat membantu mengatasi masalah psikologis yang dialami oleh pasien. Pasien maupun keluarganya yang dirawat di IGD pasti akan khawatir dengan keadaannya. Dengan sikap empati perawat permasalahan tersebut dapat diminimalisir, karena perawat menunjukkan rasa peduli terhadap keadaan pasien.

Distribusi mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo menurut responden sebagian besar baik 23 responden (56,1%), Cukup 16 (39,0 %) dan kurang sebanyak 2 responden (2%).

Mutu pelayanan keperawatan adalah hasil kinerja yang ditampilkan perawat. Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan berupa faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi usia, tingkat pendidikan, jenis kelamin. Faktor eksternal meliputi lingkungan kerja, dan gaya kepemimpinan (Suryabrata, 2008). Jika pelayanan yang diterima pasien memenuhi harapan pasien, maka mutu pelayanan yang diberikan perawat baik. Sebaliknya jika pelayanan yang diterima pasien lebih rendah dari harapan pasien, maka mutu pelayanan yang diberikan perawat buruk. Mutu pelayanan buruk dapat menyebabkan pasien merasa tidak puas dengan apa yang diterimanya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryawati dkk(2006) yang menyatakan bahwa mutu pelayanan merupakan salah satu indikator dari kepuasan pasien. Mutu pelayanan sangat penting artinya bagi rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian Agonwardi (2013) menyatakan bahwa secara keseluruhan variabel dimensi *reability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, dan *tangible* dapat menjelaskan korelasi yang positif terhadap tingkat kepuasan pasien. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar

masyarakat pengguna jasa IGD RSUD Sidoarjo menyatakan bahwa mutu pelayanan yang diterimanya baik. Beberapa hal yang menunjukkan mutu pelayanan di IGD dimulai dari perawat memberikan pelayanan dengan segera saat pasien datang, perawat dengan terampil dan cekatan dalam memberikan pelayanan, perawat selalu siap dan bertanggung jawab terhadap keadaan pasien, komunikasi antara perawat, pasien dan keluarga terjalin dengan baik, perawat memberikan pelayanan tanpa membedakan status sosial pasien, dan perawat selalu tampak rapi dan bersih.

Berdasarkan tabel 5, hasil uji korelasi menggunakan uji spearman antara *compassion fatigue* dengan mutu pelayanan keperawatan didapatkan *p value* 0,028 ($p > 0,05$) dan koefisien korelasi (r) = 0,861. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif dan pengaruh yang signifikan antara *compassion fatigue* dengan mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo. Stres dapat disebabkan oleh suatu peristiwa yang menyebabkan trauma psikologis pada perawat IGD. Pengalaman traumatis tersebut dapat menyebabkan *secondary traumatic stress*. Sebuah penelitian di Yunani menunjukkan bahwa perawat IGD beresiko dua kali lipat mengalami *secondary traumatic stress* jika dibandingkan dengan perawat ruangan lain (Duffy *et al.*, 2015). Pada penelitian ini, peneliti tidak memiliki data tentang pengalaman traumatis yang dialami oleh perawat IGD. Meskipun demikian, hal ini perlu diwaspadai mengingat perawat IGD berpotensi mengalami *secondary traumatic stress*. Untuk mengatasi stres yang dirasakan, perawat perlu meningkatkan mekanisme koping yang positif. Mekanisme koping yang positif ini akan membantu menurunkan tingkat stres perawat dan *compassion fatigue* yang dirasakan.

Pengukuran dengan menggunakan ProQOL tidak hanya mengukur hasil mekanisme koping individu yang negatif, tetapi juga hasil mekanisme koping positif. Ada dua komponen besar yang diukur dengan menggunakan ProQOL yaitu *compassion satisfaction*, dan *compassion fatigue*. *Compassion satisfaction* merupakan hasil mekanisme koping individu yang positif, sedangkan *compassion fatigue* adalah hasil mekanisme koping negatif individu terhadap

stres yang dialami di dunia kerja (Stamm, 2010).

4. KESIMPULAN

Stresor dan stres kerja merupakan beberapa penghalang untuk mencapai *professional quality of life* yang baik yang pada akhirnya akan mempengaruhi kinerja dan mutu kinerja. Ada korelasi positif dan pengaruh yang signifikan antara *compassion satisfaction* dengan mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUD Sidoarjo.

Melakukan kegiatan yang bersifat membangun *team work* perlu diadakan secara rutin yang melibatkan seluruh komponen IGD. Kegiatan tersebut tidak hanya bertujuan menyegarkan psikologis, tetapi juga mempererat hubungan antar-tim kerja.

Pelatihan kegawatdaruratan yang rutin dan berkesinambungan juga dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri perawat. Memberikan pelatihan yang berhubungan dengan pelayanan prima terhadap pelanggan. Hal ini terutama bertujuan untuk tetap memberikan pelayanan yang profesional meskipun harus menghadapi pasien dan keluarga yang menguras emosi perawat.

REFERENSI

1. Buchanan, Juliet, Dawkins, Pauline, & Lindo, Jascinth L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.01>
2. Cañadas-De la Fuente, Guillermo A., Vargas, Cristina, San Luis, Concepción, García, Inmaculada, Cañadas, Gustavo R., & De la Fuente, Emilia I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. doi:
3. Duffy, Emer, Avalos, Gloria, & Dowling, Maura. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.01>

4. Hooper, Crystal, Craig, Janet, Janvrin, David R., Wetsel, Margaret A., & Reimels, Elaine. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
5. Hoskins, Rebecca. (2011). Evaluating new roles within emergency care: A literature review. *International Emergency Nursing*, 19(3), 125-140. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2010.09.003>
6. Leiter, Michael P., Day, Arla, & Price, Lisa. (2015). Attachment styles at work: Measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 25-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2015.02.003>
7. Maslach, Christina. (2015). Burnout, Psychology of. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 929-932). Oxford: Elsevier.
8. Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
9. Stamm, B Hudnall. (2010). The ProQOL manual. Retrieved July, 16, 2007.
10. Utomo, Danang Prasetyo. (2009). Hubungan Stres Kerja dengan Adaptasi pada Perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Pandan Arang Boyolali.
11. Wolf, Lisa A., Delao, Altair M., & Perhats, Cydne. (2014). Nothing Changes, Nobody Cares: Understanding the Experience of Emergency Nurses Physically or Verbally Assaulted While Providing Care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 305-310. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2013.11.006>

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI REMAJA DALAM MENGGONSUMSI MIRAS DI WILAYAH WIYUNG - SURABAYA

Budi Dwi Prasetyo Utomo¹⁾, Qori'Ila Saidah²⁾, Nur Chabibah³⁾

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Abstract

Alcohol consumption among teenager are triggered by some factors such as parenting factor, sociality among teenager, environmental factor and also their personility factor. The purpose of this research is to know the corelation between parenting factor, sociality among teenager, social enviroiment and aporsonality factor with the abuse of alchcohol among teenager. The desain of this research are using the cross sectional method, the number of the taken samples are 40 teenager who live at RW 002 district wiyung subdistrict wiyung, surabaya which are taken on 20th february 2017. Dependent and and independent variables are the factor that encourage teenagers to consume alchcohol. The sampling method for this research are using questionnaire , and analize by using Chi Square analisys. The results of this research are showing that the highest factor that encouraging teenagers to consume alchcohol is sociality among teenagers that shown up to 70%, and also the result show that among 40 respondent 10 of them are light alchcohol drinker and 30 of them are heavy alchcohol drinker. I hope that in the future teenagers willing to be more cautious choosing who they hangout with, for their parents to be more observant to their childern development, and also for the headchief that are to control society activities and to keep security patrol more active to avoid any unwanted activity that lead to bad things such as alchcohol consumption.

Keywords: *Supporting factors, alcohol consumption in adolescents*

1. PENDAHULUAN

Masa remaja secara psikologi merupakan masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa, pada masa remaja terjadi kematangan secara kognitif yaitu interaksi dari pemikiran yang telah sempurna dan lingkungan sosial semakin luas yang memungkinkan remaja untuk berfikir secara logis. Pada usia remaja berkembang, sikap dan perilaku yang selalu ingin tahu, ingin merasakan dan ingin mencoba-coba. Apabila tidak segera difasilitasi atau diarahkan bukan tidak mungkin akan salah arah dan berdampak negatif (Prihyugiarto, 2008). Pergaulan negatif memberikan pengaruh dalam penggunaan minuman keras, karena dengan minum-minuman keras mereka berharap mendapatkan kegembiraan, menghilangkan rasa rendah diri, dan mempertahankan gengsi. Kesibukan orang tua, konflik pernikahan, perpisahan dan kekerasan dalam rumah tangga, kurangnya pengawasan orang tua. Remaja berupaya mencari pelarian dengan cara minum minuman keras. Sarana dan prasarana, sebagai ungkapan rasa kasih sayang terhadap putra-putrinya terkadang orang tua memberikan fasilitas dan uang yang berlebihan.

Pada tahun 2010, total konsumsi di seluruh dunia adalah sama dengan 6,2 liter alkohol murni per orang 15 tahun dan lebih tua (WHO 2010). Sementara itu Sebanyak 115 kasus diungkap Polrestaes Surabaya dalam Operasi Camer Semeru 2016. Kasus minuman keras (miras) mendominasi perolehan kasus. Ada 115 kasus yang di ungkap selama pelaksanaan 12 hari Operasi Camer Semeru. Sasarannya adalah premanisme, perjudian, miras, dan bahan peledak. Dari hasil pengkajian di Wilayah Wiyung RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya terdapat 20 remaja, diperoleh sample 9 orang remaja, 5 remaja diantaranya mengkonsumsi miras, 2 remaja pernah namun tidak sering mengkonsumsi miras, dan 2 remaja lagi tidak pernah mengkonsumsi miras. Faktor pergaulan remaja setiap hari mempunyai pengaruh besar terhadap angka kejadian mengkonsumsi minuman keras pada remaja selama ini di wilayah Wiyung RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya terdapat banyak remaja yang mengkonsumsi miras.

Besarnya masalah pada perilaku mengkonsumsi minuman keras di Wiyung terdapat banyak faktor-faktor yang

memperngaruhi perilaku remaja yaitu keluarga seperti kesibukan orang tua, konflik pernikahan, perpisahan dari keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, penerapan disiplin yang lemah, kurangnya pengawasan orang tua. Sarana dan prasarana, sebagai ungkapan rasa kasih sayang terhadap putra-putrinya terkadang orang tua memberikan fasilitas dan uang yang berlebihan. Namun hal tersebut disalahgunakan untuk memuaskan segala keinginan dirinya antara lain berawal dari minuman keras (Hinshaw dkk, 2009).

Besarnya permasalahan pengaruh minuman keras yang dikonsumsi oleh remaja yang berdampak pada perilaku sehari-hari remaja tersebut. Maka dari itu, agar tidak terjadi dampak terhadap perilaku remaja akibat mengkonsumsi minuman beralkohol maka disarankan agar keluarga lebih memperhatikan anak remaja dengan menciptakan suasana di rumah yang aman dan nyaman, bagi remaja diharapkan agar memiliki kepribadian yang baik dan tidak mudah terpengaruh terhadap hal-hal yang negatif, serta dapat selektif dalam memilih teman, bagi perawat agar memberikan penyuluhan tentang faktor remaja mengkonsumsi minuman beralkohol di masyarakat.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian menggunakan desain *Observasional Analitik*, yang bertujuan mencari hubungan antar variabel. Desain *Cross Sectional* untuk menekankan waktu pengukuran atau observasi dari data variabel independent faktor pola asuh orang tua, pergaulan remaja, lingkungan sosial, kepribadian dan variabel dependent yaitu konsumsi miras pada remaja di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya. Teknik pengambilan sampel ini menggunakan teknik *Probability Sampling* dengan menggunakan jenis *Simple Random Sampling*, dengan jumlah sampel 40 responden. Instrumen yang digunakan dalam penilaian faktor pendukung adalah kuisioner pola asuh orang tua, pergaulan remaja, lingkungan sosial dan kepribadian. Hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan faktor predisposisi, faktor pemungkin dengan konsumsi miras dan faktor dominan dalam konsumsi miras.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 20 februari 2017 dengan total responden 40 remaja.

Tabel 1. Faktor Pola Asuh Orang Tua Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras

No.	Konsumsi miras		
	Peminum ringan	Peminum sedang	Peminum berat
1.	0 remaja	7 remaja	8 remaja
2.	0 remaja	3 remaja	19 remaja
3.	0 remaja	0 remaja	3 remaja

Pengambilan data menunjukkan bahwa dari 40 responden pola asuh baik 7 peminum sedang 8 peminum berat, pola asuh cukup baik 3 peminum sedang 8 peminum berat sedagkan pola asuh kurang baik 3 peminum berat .

Tabel 2. Faktor Pergaulan Bebas Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras

No.	Konsumsi miras		
	Peminum ringan	Peminum sedang	Peminum berat
1.	0 remaja	0 remaja	0 remaja
2.	0 remaja	6 remaja	6 remaja
3.	0 remaja	4 remaja	24 remaja

Dari tabel diatas dapat diketahui dari 40 responden terdapat pergaulan baik 0 peminum, pergaulan cukup baik 6 peminum sedang 6 peminum berat dan pergaulan kurang baik 4 peminum sedang 24 peminum berat.

Tabel 3. Faktor Lingkungan Sosial Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras

No.	Konsumsi miras		
	Peminum ringan	Peminum sedang	Peminum berat
1.	0 remaja	2 remaja	1 remaja
2.	0 remaja	4 remaja	20 remaja
3.	0 remaja	4 remaja	9 remaja

Hasil analisis memperlihatkan bahwa lingkungan sosial pada remaja terdapat lingkungan baik 2 peminum sedang 1 peminum berat, lingkungan cukup baik 4 peminum sedang 20 peminum berat dan lingkungan kurang baik 4 peminum sedang 9 peminum berat.

Tabel 4. Faktor Kepribadian Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras

No.	Konsumsi miras		
	Peminum ringan	Peminum sedang	Peminum berat
1.	0 remaja	3 remaja	4 remaja
2.	0 remaja	4 remaja	22 remaja
3.	0 remaja	3 remaja	4 remaja

Hasil memperlihatkan bahwa lingkungan baik ada 3 peminum sedang 4 peminum berat, lingkungan cukup baik 4 peminum sedang 22 peminum berat dan lingkungan kurang baik 3 peminum sedang 4 peminum berat.

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui variabel independent mana yang lebih erat hubungannya dengan variabel dependent adalah uji regresi linier. Adapun dari hasil uji statistik diperoleh nilai kecenderungan sebagai berikut :

Tabel 5. Faktor Dominan Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras

Varibel	Koefisien Beta
Pola Asuh Orang Tua	0.001
Pergaulan Remaja	0.011
Lingkungan Sosial	0.001
Kepribadian	0.001

Berdasarkan nilai koefisien beta pada tabel diatas terlihat nilai koefisien variabel faktor pendukung adalah yang paling besar, yang artinya variabel pola pergaulan remaja memiliki pengaruh yang paling dominan terhadap konsumsi miras pada remaja di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya dibandingkan variabel bebas lainnya.

3.1. Analisis Faktor Pola Asuh Orang Tua Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras.

Remaja mengkonsumsi miras terjadi karena adanya tekanan dari orang tua seperti peraturan yang mengharuskan remaja untuk tetap berada di rumah setelah pulang sekolah hal ini menyebabkan remaja menjadi depresi dengan adanya peraturan tersebut sehingga remaja menggunakan miras sebagai pelampiasan amarah, pola asuh kurang baik terdapat 3 remaja yang mengkonsumsi miras

dengan katagori peminum berat dikarenakan remaja yang pola asuh kurang baik sudah terbiasa mengkonsumsi miras oleh karena itu remaja dengan pola asuh kurang baik mengkonsumsi miras sudah menjadi kebiasaan sehari-hari. Seperti yang di ungkapkan oleh (Soetijiningsih, 2008).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa pola asuh orang tua adalah suatu proses interaksi antara orang tua dan anak, yang meliputi kegiatan seperti memelihara, mendidik, membimbing serta mendisiplinkan dalam mencapai proses kedewasaan baik secara langsung maupun tidak langsung, contohnya pola asuh baik dengan cara mengasuh anak dengan memberikan peraturan yang ketat sehingga kebebasan anak bertindak atas nama diri sendiri untuk melakukan hal negatif seperti konsumsi miras tidak terjadi, pola asuh cukup baik ditandai dengan adanya pengakuan dari orang tua agar anak diberi kesempatan untuk tidak selalu bergantung kepada orang tua, pola asuh kurang baik orang tua yang mendidik anaknya dengan bebas dan anak dianggap sebagai orang dewasa, anak diberikan kebebasan seluas-luasnya untuk melakukan hal apa saja yang dikehendakinya.

3.2. Analisis Faktor Pergaulan Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras.

Dari hasil penelitian di lapangan faktor pergaulan remaja yang menunjukkan hasil dominasi tertinggi terdapat di pergaulan kurang baik yaitu 28 responden (70%) pernah mengkonsumsi miras, 4 remaja peminum sedang dan 24 peminum berat dibandingkan dengan pergaulan cukup baik yang hanya 12 remaja (30%) yang pernah mengkonsumsi miras. “kelompok pemakai”, pada remaja yang “kecewa” dengan kondisi di dalam keluarganya. Remaja sering menjadi lebih suka untuk mengorbankan apa saja demi hubungan baik dengan teman-teman sebayanya, adanya ajakan atau tawaran dari teman serta banyaknya film dan sarana hiburan yang memberikan contoh “model pergaulan masa kini” biasanya mendorong remaja minum-minuman keras secara berkelompok.

Peneliti berpendapat bahwa kalangan remaja terjerumus minum-minuman keras pada dasarnya remaja awalnya hanya mencoba-coba karena keluarga atau teman-teman menggunakannya yang kemudian menjadi

kebiasaan. Selain itu kurangnya pengendalian diri pada remaja itu sendiri seperti kurangnya pendalaman dan minimnya keimanan di kalangan remaja yang menjadikan muda terbawa arus yang sebetulnya banyak sekali segi negatifnya dalam pergaulan yang kurang baik di dalam pertemanan tersebut.

3.3. Analisis Faktor Lingkungan Sosial Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras.

Menurut (Razak, 2009:24) faktor lingkungan remaja menjadi bagian yang tidak bisa diabaikan dalam konteks mempengaruhi remaja untuk mengkonsumsi atau menyalahgunakan NAPZA/alkohol.

Peneliti menganalisis bahwa selain lingkungan masih terdapat beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan remaja menjadi peminum berat meski di dalam lingkungan sosial yang cukup baik. Stresor dalam kehidupan di lingkungan merupakan kondisi pencetus terjadinya gangguan penggunaan miras bagi seorang remaja, menggunakan miras merupakan cara untuk mengatasi stres yang di alami dalam lingkungan, contohnya kehilangan orang tua atau sesuatu yang berarti seperti : pacar, saudara, *drop out* dari sekolah atau pekerjaan. Penyambutan saat kerabat jauh yang hendak bertamu salah satu contoh untuk menyambut kedatangannya adalah memberikan sebuah minuman berakohol (miras) sebagai bentuk penghormatan untuk menyambut kedatangannya.

3.4. Analisis Faktor Kepribadian Pada Remaja Dalam Konsumsi Miras.

Dapat diketahui dengan spesifik data hasil penelitian pada kepribadian seorang remaja dengan kepribadian baik ada 7 remaja 3 peminum sedang dan 4 peminum berat pada kepribadian ini remaja memiliki kepribadian/sifat yang baik hanya saat di bertemu dengan orang tua di rumah tetapi pada saat di luar rumah mereka mengkonsumsi miras karena saat berada diluar rumah remaja merasa bebas dan beranggapan bahwa tidak ada yang dapat mengatur kesenangan mereka, dari 40 responden 50% peminum berat dari kepribadian cukup baik sedangkan 10% peminum berat dari kepribadian baik dan kurang baik. Hal ini terlihat perbedaan/selisih yang jauh dari dua kepribadian tersebut. Menurut Calhoun & Acocela (1976) kontrol diri diperlukan dengan dua alasan. Pertama adalah alasan sosial yaitu bahwa individu tidak

hidup sendiri tetapi dalam kelompok masyarakat. Individu harus mengontrol perilakunya agar tidak mengganggu ketentraman sosial. Kedua adalah alasan personal, yaitu bahwa kontrol diri membutuhkan individu untuk belajar mengenai kemampuan, kebaikan dan hal-hal lain yang diinginkan dari kebudayaan. Peneliti menganalisis bahwa kepribadian cukup baik bisa menjadikan remaja menjadi peminum berat, salah satu faktornya adalah sifat rendah diri. Rendah diri dalam pergaulan masyarakat karena tidak dapat mengatasi perasaan tersebut maka untuk menutupi kekurangan dan agar dapat menunjukan eksistensi dirinya, maka remaja menyalahgunakan minuman keras sehingga dapat merasa apa yang diangan-angankan antara lain lebih aktif, lebih berani dan sebagainya.

3.5. Faktor Dominan Yang Mempengaruhi Pada Remaja Konsumsi Miras.

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar remaja yang pernah mengkonsumsi miras di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya. Dari seluruh responden yang berjumlah 40 responden semua pernah mengkonsumsi miras diantaranya 10 responden peminum sedang dan 30 responden peminum berat. Hasil analisis faktor yang paling dominan mempengaruhi remaja dalam mengkonsumsi miras adalah faktor pergaulan remaja. Maka dapat disimpulkan bahwa 70% faktor pergaulan remaja yang kurang baik adalah prosentase tertinggi dari faktor-faktor pendukung remaja dalam mengkonsumsi miras di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya. Penyebabnya adalah remaja karena remaja takut ditolak dari pergaulan kelompok adanya tekanan dari teman sebaya seperti diajak, dibujuk ataupun diancam yang mewajibkan mereka mengkonsumsi miras pada saat berkumpul di akhir pekan atau pada hari libur. Kelompok teman sebaya bagi remaja mempunyai peranan yang cukup penting bagi perkembangan kepribadiannya. Perannya itu semakin penting terutama pada saat terjadinya perubahan dalam struktur masyarakat pada beberapa dekade terakhir ini yaitu, perubahan struktur keluarga, dari keluarga besar ke keluarga kecil, kesenjangan antara generasi tua dan generasi muda, ekspansi jaringan komunikasi diantara kawula muda, dan

panjangnya masa atau penundaan memasuki masyarakat orang dewasa (Yusuf, 2010:59).

Remaja yang berteman dan bergaul setiap hari dengan teman sebaya yang merupakan pemakai dan penyalahgunaan alkohol disertai kerentanan terhadap tekanan dari teman sebaya adalah salah satu faktor penyalahgunaan konsumsi miras pada remaja di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya.

4. KESIMPULAN

Faktor pendukung yaitu pola asuh orang tua, pergaulan remaja, lingkungan sosial dan kepribadian pada remaja di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya pada 20 Februari 2017 berhubungan dengan konsumsi miras.

Faktor dominan yaitu faktor pergaulan remaja yang mempengaruhi remaja di RW 002 Kelurahan Wiyung Kecamatan Wiyung Kota Surabaya pada 20 Februari 2017 terdapat hubungan dengan konsumsi miras

REFERENSI

- Ahmad, N.S. (2007). Mengenal Pati Indikator Tingkah Laku Mangsa Penderaan.
- Aminudin, 2010. Bahaya Alkohol Bagi Kesehatan. Jakarta : Quadra.
- Amriel, Reza I, (2008). Psikologi Kaum Muda Pengguna Narkoba. Jakarta: Salemba Humanika.
- Asmani, Jamal Ma'mur. (2012). Kiat Mengatasi Kenakalan Remaja Di Sekolah. Yogyakarta: Buku Biru.
- Azwar, S. (2010). Sikap manusia teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dapartemen Pendidikan Nasional. (2008). Kamus Besar Indonesia (Pustaka Bahasa. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Djajoesman, Noegroho. (2009). Mari Bersatu Memberantas Bahaya Penyalahgunaan Narkoba, Jakarta: Kepolisian Negara Republik Indonesia.
- Elly M. Setiadi dan Usman Kholip. (2011). Pengantar Sosiologi. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Hibbert, A., et al . (2008). Rujukan Cepat Psikiatri . Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A. (2011). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Kartono, Kartini. (2014). Patologi Sosial 2 Kenakalan Remaja. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Monks. (2006). Psikologi Perkembangan pengantar dalam berbagai bagiannya. Yogyakarta: UGM press.
- Nasir, A dan Abdul, M. (2011). Dsar - Dasar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2007). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Puspita, Herein. (2008). Narkoba dan Minuma Keras. (<http://www.hayati.lpb.Com/user/rudyc/Pps702/Herien.htm>) di unduh 18 Maret 2017 jam 09.00 wib
- Razak, Abdul . (2009). Remaja Dan Bahaya Narkoba, Jakarta: Rineka Cipta.
- Rumiyati, dkk. 2006. Tuntas Tuntutan Ke Universitas. Jakarta : Graha Pustaka Jakarta.
- Santrock, John W. 2007. Remaja. Jilid 2. Edisi ke-11. Jakarta : Erlangga
- Santrock, John W. (2009). Perkembangan Masa Hidup. Jakarta: Erlangga.

**PENGARUH PENDIDIKAN DAN KECERDASAN EMOSIONAL ORANG TUA
TERHADAP PERILAKU TEMPER TANTRUM PADA ANAK
USIA 3-6 TAHUN DI TK ROMLY TAMIM DAERAH
PESISIR KENJERAN SURABAYA**

Diyan Mutyah¹⁾, Lilik Erviani²⁾, M. Baidlowi Mahbub³⁾

¹⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Email : diyanmutyah@gmail.com

²⁾ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Email : lilikerviani@gmail.com

³⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Email : baidlowi@gmail.com

Abstract

Emotional intelligence is the ability to recognize, understand, and manage the emotion itself so that one can use emotions effectively, the goal is for parents to be aware of the need to hone EQ. The purpose of research to analyze the relationship of EQ parents with Temper tantrum behavior children aged 3-6 years. The design of this research used correlational analysis with Cross Sectional approach. The parents' population in kindergarten Romly Tamim A and B, registered as a group of 60 people. Sampling technique used Probability Sampling counted 48 respondents parents of children aged 3-6 years. The instrument uses a questionnaire of emotional intelligence and temper tantrums, data is normalized using Regresion Ordinal. The results showed that $\rho = 0.001 < H = 0.05$ there is a relationship between the old emotional intelligence with the behavior of eye mediation in children aged 3-6 years, with the conclusion that the higher the emotional intelligence score of the parents hence affect the behavior of skore. Child berserk, low and the lower the emotional intelligence score of parents then the higher the behavior of the child's behavior. The implication of this study is the need parents awareness to hone emotional intelligence in order to achieve positive parenting role function, so as to handle or prevent temper tantrum in children.

Keywords: *Emotional intelligence parents, Temper tantrums, Education of parents, children pre school*

1. PENDAHULUAN

Masa awal anak-anak merupakan masa keemasan atau (*The Golden ages*) bagi orang tua, Erik erikson menyatakan bahwa pada usia 3-6 tahun, anak sedang dalam tahapan perkembangan yang ketiga dari delapan tahapan perkembangan. Tahap perkembangan tersebut disebut *inisiatif versus rasa bersalah (initiative versus guilt)* (Yuniartiningsih, 2015). Pada tahap ini anak mulai belajar dalam pemahaman dan pengaturan emosi. Menurut Pieter & Lubis (2010) mengatakan, bahwa pandangan orang tua tentang masa awal kanak-kanak merupakan masa sulit karena hampir sebagian anak banyak mengalami kesulitan perkembangan kepribadian dan anak sering kali menuntut kebebasan meskipun kebebasannya masih gagal diperoleh. Anak berperilaku lebih bandel, keras kepala,

melawan, tidak patuh, tidak mau ditolong, dan menolak ungkapan kasih sayang. Selama awal masa ini emosi anak juga terbentuk dengan sangat kuat, anak mulai mengenal rasa sedih, jengkel, senang dan kecewa. Namun pada beberapa kasus, anak mengalami gangguan dalam mengatur dan menangani emosinya seperti yang diungkapkan oleh ahli anak, bahwa kurang lebih 5% dari gejala-gejala yang tampak serius yang dialami anak-anak tidak ada hubungannya dengan masalah organik, artinya, gejala-gejala itu terjadi bukan akibat organ tubuh yang terserang penyakit tetapi terkait dengan masalah emosi atau kejiwaan (Ulfa, 2015).

Salah satu tugas perkembangan terkait dengan emosi yang sulit dilalui bagi orang tua dan anak adalah *Temper tantrum*. *Temper tantrum* sendiri merupakan hal yang wajar

dan sangat umum terjadi. Hal ini biasanya terjadi pada anak sekitar usia 18 bulan-4 tahun, namun kadang masih dapat ditemui pada anak 5-6 tahun. Pada usia ini, anak sedang mempelajari batasan-batasan yang ada disekelilingnya. Anak juga berusaha untuk menentang serta memperlihatkan otonomi dan kemandiriannya (Marissa, Leman & Susilowati, 2013). Saat ini peneliti masih menjumpai *temper tantrum* pada beberapa anak di TK Romly Tamim, Kelurahan Bulak, Kecamatan Kenjeran, Kota Surabaya. Seperti kurangnya pemahaman orang tua dalam menangani kasus *temper tantrum* pada anak, orang tua terlalu sibuk dengan pekerjaan rumah sehingga ketika anak ingin mendapatkan perhatian, orang tua tidak bisa memenuhi kebutuhan tersebut.

Berdasarkan data dari penelitian di Northwestern Feinberg survei dari hampir 1.500 orangtua, studi ini menemukan bahwa 84% dari anak-anak usia 2-5 tahun meluapkan frustasinya dengan mengamuk dalam satu bulan terakhir, dan 8,6% diantaranya memiliki tantrum sehari-hari yang justru jika itu terjadi setiap hari merupakan tidak normal, Wakschlag (2012). Sedangkan di Indonesia, balita yang biasanya mengalami ini dalam waktu satu tahun, 23 sampai 83 persen dari anak usia 2 hingga 4 tahun pernah mengalami *temper tantrum*, (Psikologizone, 2012 dalam Zakiyah, 2015). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan teknik wawancara langsung pada ibu-ibu kelompok usia bermain dari TK Romly Tamim RW 01 Kelurahan Kenjeran, Daerah Pesisir, Kota Surabaya, dari 5 ibu dan didapatkan laporan bahwa 3 ibu mengalami kasus dimana anak mereka mencerminkan tanda-tanda spesifik dari *temper tantrum* seperti berteriak-teriak saat mengalami kelelahan, menghentakkan tangan dan kakinya ke lantai dengan keras sambil disertai menangis histeris jika keinginannya tidak terpenuhi, dan ibu lainnya mengatakan anak mereka mengalami kasus serupa namun masih dapat diatasi.

Penyebab *temper tantrum* erat kaitannya dengan kondisi lingkungan keluarga sebab

apapun tindakan yang dilakukan oleh orangtua akan berdampak pada perilaku dan respon anak pada masa-masa yang akan datang selanjutnya. Sehingga perlu pemahaman dan peran orang tua mengenai apa yang harus dilakukan dan apa yang semestinya dihindari, dari sisi pengasuhan yang salah juga bisa terjadi jika adanya kekangan, dan bujukan dari orangtua dan biasanya ini dipicu oleh keterbatasan orangtua untuk menangani sikap emosional anak ketika mengalami *temper tantrum* itu sendiri. Proses terjadinya *temper tantrum* dapat terjadi akibat rasa menyerah orang tua dalam merawat anaknya. Frustrasi dan stres bisa saja muncul dari berbagai sumber, rasa marah yang tertahan pada orang tua karena kurang kasih sayang atau karena proses kematangan yang terhambat membuat anak merasa tidak berdaya, rasa keterlambatan yang terus menerus pada akhirnya akan menekan, sehingga mereka menganggap tidak mampu berteman, berprestasi, akrab dengan saudara kandung atau orang dewasa. Stres menyebabkan aktivitas tubuh dikendalikan oleh sistem saraf simpatis, untuk bereaksi melawan dan menghindari sehingga aktivitas di sistem limbic di mana proses mengingat terjadi dan di *neokorteks cerebrum* tempat untuk berfikir abstrak dan analisis terhambat (Yunianto, 2014). Sehingga hal ini dapat memicu sikap anak menjadi emosional. Meskipun Perilaku *temper tantrum* merupakan hal yang wajar terjadi namun apabila tidak di atasi akan mempengaruhi anak pada perkembangan yang selanjutnya. Dan menciptakan kepribadian yang emosional, sehingga orang tua menjadi tertekan dengan kondisi anak yang semakin menjadi-jadi, sejalan dengan ini Wulansari (2015) juga mengatakan, namun perilaku *temper tantrum* tidak boleh dibiarkan apabila intensitas dan frekuensinya tinggi pada anak, karena akan mengakibatkan anak tidak mampu mengendalikan dan meluapkan emosi secara wajar.

Orang tua merupakan orang pertama yang menjadi pendidik, bagi anak-anaknya meskipun setelah beranjak usia $\pm$ 5 tahun, nantinya mereka menyekolahkan anaknya di

lembaga pendidikan. Bukan berarti orang tua lepas tangan begitu saja, anak-anak sampai kapanpun memerlukan arahan dan bimbingan dari orang tua. Karena apabila dilihat dari pentingnya orang tua bagi

Dapat diambil kesimpulan, bahwa elemen dari lingkungan keluarga berupa peran orang tua pada anak sangat mempengaruhi tahap perkembangan psikis bagi anak-anaknya, jika orang tua mengalami frustrasi atau menyerah pada masalah ini di khawatirkan *temper tantrum* menjadi semakin buruk bersama masa pertumbuhan anak. Dibutuhkan adanya kesabaran dan kesadaran emosi yang baik, salah satu jenis kesadaran emosi yang baik adalah adanya rasa empati, rasa empati merupakan salah satu dari indikator kecerdasan emosional. Empati merupakan suatu kesediaan untuk memahami perasaan orang lain dan menyelaraskan rasa, dalam hal ini dengan mengimplikasikan kecerdasan emosional diharapkan orang tua dapat mengetahui penanganan dan cara menekan perilaku *temper tantrum* anaknya sehingga tidak menjadi perilaku emosi yang lebih buruk lagi atau masuk dalam klasifikasi berat. Seperti yang dikemukakan oleh Putriamanah (2015) juga mengenai kesadaran orang tua akan emosi anaknya, orang tua yang sadar terhadap emosinya sendiri dapat menggunakan kepekaannya untuk menyelaraskan diri dengan perasaan anak-anak. Kecerdasan emosional dibutuhkan dalam menyalurkan bakat kemampuan positif ibu dalam membangun kesehatan mental dan karakter yang positif juga pada anak-anaknya, sehingga diharapkan orang tua dapat membantu anak dalam mengatasi ledakan amarahnya dan seorang manusia tidak dapat memahami emosional orang lain jika tidak memiliki rasa empati yang dapat mengalahkan emosionalnya sendiri terlebih dahulu. Pada penelitian ini, peneliti bertujuan untuk

anaknya, pendidikan yang terbaik tetap saja terletak pada orang tua, terutama orang tua yang memiliki pendidikan dan pengetahuan yang baik dalam memberikan pola asuh ke anaknya.

mengetahui ada tidaknya hubungan kecerdasan emosional yang dimiliki oleh orang tua dalam manajemen *temper tantrum* pada anak.

Tujuan penelitian : Untuk mengetahui pengaruh pendidikan antara kecerdasan emosional orang tua dengan *temper tantrum* pada anak usia 3-6 tahun di TK Romly Tamim, RW 01, Daerah Pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya

2. METODE PENELITIAN

Desain dalam penelitian ini menggunakan deskriptif analitik yakni mencari pengaruh pendidikan orang tua dan kecerdasan emosional orang tua dengan perilaku *temper tantrum* pada anak usia 3-6 tahun, maka menggunakan rancangan bangun penelitian *cross sectional*, faktor income yaitu pendidikan orang tua dan kecerdasan emosional pada orang tua dan faktor outcome yaitu perilaku *temper tantrum* pada anak, dan diidentifikasi pada satu waktu (*point time approach*). Jumlah sampel sejumlah 60 orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Probability Sampling* dengan teknik *Simple Random Sampling*. Variabel terikat pada penelitian ini adalah pendidikan orang tua dan kecerdasan emosional orangtua dan variabel bebas pada penelitian ini adalah perilaku *temper tantrum*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses pengambilan data dilakukan tanggal 24 April 2017 di TK Romly Tamim, RW 01, Daerah Pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya dengan jumlah sampel 48 orang.

Pendidikan Ayah	Tingkat Temper tantrum anak						Total	
	Tinggi		Sedang		Rendah			
	F	%	F	%	F	%	N	%
SMA	5	62.5%	2	25%	1	12.5%	8	100%
SMP	0	0%	6	66.7%	3	33.3%	9	100%
SD	20	64,5%	7	22.6%	4	12.9%	31	100%
Total	25	52.1%	15	31.3%	8	16.7%	48	100%
Nilai uji Regresi Ordinal : (0. 246)								

Tabel 1. Menunjukkan bahwa terdapat pendidikan terakhir ayah SD dan tingkat temper tantrum yang tinggi pada anak hanya 20 orang (64.5%) dibandingkan dengan pendidikan ayah yang tingkat pendidikan SD dan tingkat temper tantrum rendah 4 (12,9%), terdapat mayoritas pada pendidikan terakhir ayah SMA dan temper tantrum tinggi sebanyak 5 orang (62.5%) dibandingkan dengan pendidikan terakhir ayah SMA dan tingkat temper tantrum sedang dan rendah tidak berbeda jauh selisih kurang lebih sebesar 1 (12.5%)

Menurut hasil ujistatistik regresi ordinal didapatkan hasil $p = 0.246$ dimana $p > 0,05$, tidak terdapat pengaruh antara pendidikan terakhir ayah terhadap temper tantrum pada anak usia 3-6 Tahun di TK Romly Tamim, RW 01, Daerah pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa tidak terdapat pengaruh pendidikan ayah terhadap temper tantrum pada anak usia 3-6 Tahun di TK Romly Tamim, RW 01, Daerah pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya. dikarenakan seorang ayah kurang dapat berkomunikasi dengan anak, hal ini ditandai dengan rata-rata pekerjaan ayah adalah nelayan dan pegawai swasta dan wiraswasta sehingga waktu yang dimiliki orang tua tidak memberikan edukasi kepada anaknya dalam mengendalikan temper tantrum pada anak. Temper tantrum pada anak juga dapat disebabkan karena kurangnya komunikasi antara anak dan ayahnya.

Tabel 2. Pengaruh pendidikan orang tua (ibu) perilaku temper tantrum pada anak usia 3-6 tahun di TK Romly Tamim

Pendidikan Ayah	Tingkat Temper tantrum anak						Total	
	Tinggi		Sedang		Rendah			
	F	%	F	%	F	%	N	%
PT	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
SMA	9	40.9%	7	31.8%	6	27.3%	22	100%
SMP	16	100%	0	0%	0	0%	16	100%
SD	0	0%	7	77.8%	2	22.2%	9	100%
Total	25	52.1%	15	31.3%	8	16.7%	48	100%
Nilai uji Regresi Ordinal : (0. 006)								

Nilai uji Regresi Ordinal : (0.006)

Tabel 2. Menunjukkan bahwa terdapat mayoritas pendidikan terakhir Ibu SMP dan tingkat temper tantrum yang tinggi pada anak sebesar 16 orang (100 %) dibandingkan dengan pendidikan ibu yang tingkat pendidikan SMA dan tingkat temper tantrum tinggi hanya 9 orang (40.9%) dan terdapat mayoritas pada pendidikan terakhir ibu SD dan temper tantrum sedang sebanyak 7 orang (77.8%) dibandingkan dengan pendidikan terakhir ibu PT dan tingkat temper tantrum sedang sebesar 1 orang (100%).

Menurut hasil ujistatistik regresi ordinal didapatkan hasil $p = 0.006$ dimana $p \leq 0,05$ terdapat pengaruh antara pendidikan terakhir ibu terhadap temper tantrum pada anak usia 3-6 Tahun di TK Romly Tamim, RW 01, Daerah pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya.

Hal ini dikarenakan sebagian besar pendidikan ibu masih tergolong tinggi SMA, sehingga orang tua dalam hal ini ibu mempunyai waktu dapat berkomunikasi

dengan anaknya dan mengajarkan anaknya bagaimana bereaksi terhadap emosi-emosi yang normal (marah, frustrasi, takut, dan jengkel) secara wajar dan bagaimana bertindak tepat sehingga tidak menyakiti anak tersebut diri sendiri dan orang lain ketika sedang merasakan emosi tersebut (Novita, 2017).

Pendidikan pada seorang ibu juga merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya temper tantrum pada anak dikarenakan antara lain adalah faktor komunikasi kepada anak dan faktor pola asuh yang diterapkan oleh orang tua kepada anaknya, dimana secara tidak langsung pendidikan orang tua dapat mempengaruhi temper tantrum pada anak. Temper tantrum pada anak, salah satunya perkembangan emosi anak dipengaruhi oleh pola interaksi dan pola komunikasi dalam keluarga. Komunikasi antara orang tua dengan anak merupakan suatu hal yang sangat penting, dimana komunikasi sebagai alat atau sebagai media pen jembatan

dalam hubungan antar sesama anggota keluarga. Tingakt pendidikan seseorang tersebut secara tidak langsung mampu dapat berkomunikasi dengan baik kepada anaknnya sehingga temper tantrum pada anak dapat dikendalikan (Suwarni Rosa Maria, 2017).

3.3. Pengaruh kecerdasan emosional orang tua dengan perilaku *temper tantrum* pada anak usia 3-6 tahun di TK Romly Tamim

Kecerdasan Emosional	Tingkat Temper tantrum anak						Total	
	Tinggi		Sedang		Rendah			
	F	%	F	%	F	%	N	%
Sangat Baik	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Baik	5	29.4%	7	41.2%	5	29.4%	12	100%
Cukup Baik	20	69%	7	24.1%	2	6.9%	29	100%
Total	25	52.1%	15	31.2%	8	16.7%	48	100%
Nilai uji Regresi Ordinal : (0. 006)								

Tabel 3. Menunjukkan bahwa terdapat mayoritas kecerdasan emosional yang baik dan tingkat temper tantrum yang sedang sebesar 7 orang (41.5%) dibandingkan dengan kecerdasan emosional yang baik dan tingkat temper tantrum yang tinggi serta rendah hanya 5 orang (29.4%) dan terdapat mayoritas pada kecerdasan emosional yang cukup baik dan tinggi temper tantrum tinggi sebanyak 20 orang (69%) dibandingkan dengan kecerdasan emosional yang cukup baik dengan temper tantrum yang rendah sebesar 2 orang (6.9%).

Menurut hasil ujistatistik regresi ordinal didapatkan hasil $p = 0.006$ dimana $p \leq 0,05$, terdapat pengaruh antara kecerdasan emosional terhadap temper tantrum pada anak usia 3-6 Tahun di TK Romly Tamim, RW 01, Daerah pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh ada pengaruh kecerdasan emosional terhadap temper tantrum pada anak usia 3-6 Tahun di Romly Tamim, RW 01, Daerah pesisir, Kelurahan Kenjeran, Kota Surabaya ini dikarenakan Penyebab temper tantrum erat kaitannya dengan kondisi lingkungan keluarga sebab apapun tindakan yang dilakukan oleh orangtua akan berdampak pada perilaku dan respon anak pada masa-masa yang akan datang selanjutnya. Dapat di simpulkan bahwa semakin tinggi kecerdasan emosional orang tua maka semakin rendah temper tantrum anak.

Menurut Mediansari (2014), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa, terdapat hubungan antara kecerdasan emosional dengan perilaku temper tantrum, di karenakan bahwa elemen dari lingkungan keluarga berupa peran orang tua pada anak sangat mempengaruhi tahap perkembangan psikis bagi anak-anaknya, jika orang tua mengalami frustrasi atau menyerah pada masalah ini di khawatirkan temper tantrum menjadi semakin buruk bersama masa pertumbuhan anak.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

Terdapat pengaruh antara pendidikan seorang ibu dan tidak terdapat pengaruh pendidikan seorang ayah terhadap perilaku temper tantrum pada anak di TK Romly Tamim, Kenjeran Surabaya.

Terdapat pengaruh antara kecerdasan emosional orang tua terhadap perilaku temper tantrum pada anak di TK Romly Tamim, Kenjeran Surabaya.

REFERENSI

1. Aji, AP.(2012).*Hubungan Kecerdasan Emosi Dan Keerdasan Spiritual Dengan Perilaku Prososial Guru Bimbingan Dan Konseling Di Kabupaten Pacitan*. Fakultas Ilmu Pendidikan Psikologi Yogyakarta: Skripsi
2. Chairini, N. (2013). *Faktor-Faktro yang Berpengaruh Pada Stres Pengasuhan Pada Ibu dengan Anak Usia Prasekolah di Posyandu Kemiri Muka*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta: Skripsi
3. Dalyono, M. (2009).*Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta
4. Hamid, Achir Yani S, Kusman Ibrahim (editor). (2014). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka edisi Indonesia kedelapan*. Jakarta: Elsevier
5. Hariyanto. (2012). *Emotional Smart: "Mendiagnosis Anak Berperilaku Agresif"*. Jurnal Pengembangan Pikiran dan Kebudayaan
6. Kirana, RS.(2013).*Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Temper Tantrum Pada Anak Pra Sekolah*.FakultaS Ilmu Pendidikan Psikologi Universitas Semarang: Skripsi

7. Mediansari, RH. (2014). *Hubungan Kecerdasan Emosional Orang Tua dengan Perilaku Temper Tantrum Anak Usia Todler*. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta: Skripsi
8. Murti, Aprilica, Bhisma M, Nunuk S. (2015). *Hubungan Kecerdasan Emosi Dan Pola Asuh Orang Tua dengan Kedisiplinan Belajar Mahasiswa Akademi Kebidanan Yappi Sragen (Relationships Parenting Emotional Intelligence And Parents Student Learning By Discipline Academy Of Midwifery Yappi Sragen)*. Indonesian Jurnal On Medical Sciene
9. Novita, Windya. (2007). *Serba-Serbi Anak Yang Perlu Diketahui Seputar Anak Dari Dalam Kandungan Hingga Masa Sekolah*, Jakarta : PT. Elex Media Komputindo
10. Nurdiana, ita. (2015). *Hubungan Peran Orang Tua Dengan Temper Tantrum Pada Anak Usia Toddler Di Wilayah RT 06 RW 12 Kelurahan Bendul Merisi Surabaya*. Stikes Hang Tuah Surabaya: Skripsi
11. Nurrohmaningtyas, S. (2008). *Program Studi Gizi Masyarakat Dan Sumberdaya Keluarga Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor*: Skripsi
12. Nurtantiono, Andri. (2012). *Kecerdasan Emosional Kompetensi Kepemimpinan Transformasional*. Sekolah Tinggi Surakarta: Skripsi
13. Pieter, Z dan Namora, L. (2010). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*, Jakarta: Prenada Media.
14. Pudjiadi, Marissa. (2013). *250 Tanya Jawab Kesehatan Anak*. Jakarta: PT.Gramedia.
15. Purba, Joni. (2008). *Pengelolaan Lingkungan Sosial*. Jakarta: Rajawali Pers
16. Puspitasari. (2012). *Identifikasi Perilaku Manipulasi Tantrum (Studi Deskriptif) Pada Anak di KB-TK Islam Hidayatullah Semarang*: Jurnal
17. Putriamanah, NY. (2015). *Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Temper Tantrum Pada Anak Usia 2-4 Tahun di Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Tunas Bhakti Kota Surakarta*. Universitas Sebelas Maret Surakarta: Skripsi
18. Saam, Z dan Sri, Wahyuni. (2012). *Psikologi Keperawatan*, Jakarta: Rajawali Pers.
19. Sadiyah, M. (2014). *Hubungan Kecerdasan Emosional Dengan Hasil Belajar Mahasiswa Prodi Pendidikan Biologi*. Universitas Negeri Semarang: Skripsi
20. Satria, A. (2015). *Politik Kelautan dan Perikanan: Catatan Perjalanan dan Kebijakan Era SBY hingga Jokowi*. Jakarta: Obor
21. Siburian, R, & Haba, J. (2016). *Konservasi Mangrove dan Kesejahteraan Masyarakat*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia
22. Soetjaningsing dan Gde, R. (2012). *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*, Jakarta: EGC. Buku Kedokteran.
23. Sunaryo. (2014). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
24. Suwarni, Rosa Maria. (2017). *Hubungan pola komunikasi dengan kejadian temper tantrum pada anak usia pra sekolah di TK Islamic Center Manado*. *E-Journal keperawatan (e-Kp) Vol. 5 No. 1 fakultas kedokteran universitas sam ratulangi manado*. Manado.
25. Syam Subhan, (2013). *Hubungan Pola Asuh Orang Tua Terhadap Kejadian Temper Tantrum Anak Usia Toddler di PAUD Dewi Kunit Surabaya*. *Jurnal Promkes, Vol. 1 No.2 Desember 2013:164-169*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Uniar. Surabaya
26. Syamsudin. (2013). *Mengenai Perilaku Tantrum Dan Bagaimana Mengatasinya*. Fakultas Sosio Informasi: <http://sinta1.ristekdikti.go.id/index.php?page=4&ipp=10&ref=journal&mod=viewjournal&journal=7218>. Diunduh pada 14 Januari 2017 jam 14.30
27. Ulfa, Maria. (2015). *Beragam Gangguan Paling Sering Menyerang Anak*, Yogyakarta : FlashBooks.
28. Wahib, Abdul. (2015). *Konsep Orangtua Dalam Membangun Kepribadian Anak*. Sekolah Tinggi Agama Islam Ma'arif Magelang
29. Wahyuningrum, Enjang. (2013). *Perilaku Temper Tantrums pada Anak Usia Dini Ditinjau Dari Teori Ekologi Brofenbrenner (Sebuah Studi*

- Kasus).Fakultas Psikologi Universitas Kristen Satya Wacana: Skripsi
30. Wulansari. (2014). *Identifikasi Perilaku Tantrum Anak Usia 5-6 Tahun Di TK Marditama*. Fakultas Pendidikan Paud: Skripsi
31. Wyllidan, (2015). *Gambaran Status Kesehatan Jiwa Pada Anak Usia Pra Sekolah di Semarang*. Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang: Skripsi
32. Yuniarto. (2015). *Pengaruh Senam Otak terhadap Perilaku Temper Tantrum pada Anak Usia Prasekolah di TK Al Ikhlas Nglempongsari Ngaglik Sleman*. Fakultas Ilmu Keperawatan Yogyakarta: Skripsi
33. Yuniartiningsih. (2015). *Gambaran Perkembangan Psikososial Anak Usia 3-6 Tahun Di Panti Sosial Asuhan Anak Balita Tunas Bangsa Cipayung*. Universitas Syarif Hidayatullah Jakarta: Skripsi
34. Zainuren, YRU. (2013). *Peranan Orang Tua Terhadap Penanaman Nilai Kejujuran Anak Dalam Lingkungan Masyarakat Di Dsusun 1 Dan 2 DesA Teba Jawa Kabupaten Pesawaran Tahun 2013*. Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Lampung: Skripsi
35. Zakiyah, Nisaus. (2015). *Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Kejadian Temper Tantrum Pada Anak Usia Toddler Di Dukuh Pelem Kelurahan Batu Retno Banguntapan Bantul*. Fakultas Bidan Pendidikan Jenjang D IV: Skripsi

ANALISIS FAKTOR RISIKO KOMPLIKASI KEHAMILAN TRIMESTER III**Agustin Dwi Syalfina**

Prodi D3 Kebidanan, STIKes Majapahit

email: agustinpipin2@gmail.com

Abstract

Mortality maternal is unacceptably high in worldwide. Women die caused pregnancy complications or childbirth about 303.000. The major complications that account for nearly 75% of all maternal death are severe bleeding, infections, pre eclampsia and eclampsia, complications from delivery, unsafe abortion. The purpose of this study to analyze risk factor of pregnancy complications in third trimester. Design of study was cross sectional and population was pregnant women of third trimester who have pregnancy complication and no pregnancy complication. Data was collected by using questionnaire. Data analyzed by using chi square and binary logistic test. Result of bivariate test that occupation of mother (P value=0,014; $RP=3,273$; 95%CI 1,291-8,295), family income (P value=0,007; $RP=3,747$; 95%CI 1,476-9,515), family support (P value=0,042; $RP=2,787$; 95%CI 1,119-6,944), quality of attend antenatal care (P value=0,024; $RP=3,067$; 95%CI 1,225-7,681), quality of antenatal care (P value=0,006; $RP=4,219$; 95%CI 1,577-11,285) are significant increased risk of pregnancy complications. Multivariate shows that dominant risk factor are significant with pregnancy complications are occupation of mother, family income and husband support. Preventable to reducing prevalence of pregnancy complications with equalities in access antenatal care services, improving quality of antenatal care and health education about sign of pregnancy complications

Keywords: *risk factor, complication of pregnancy, antenatal care, cross sectional*

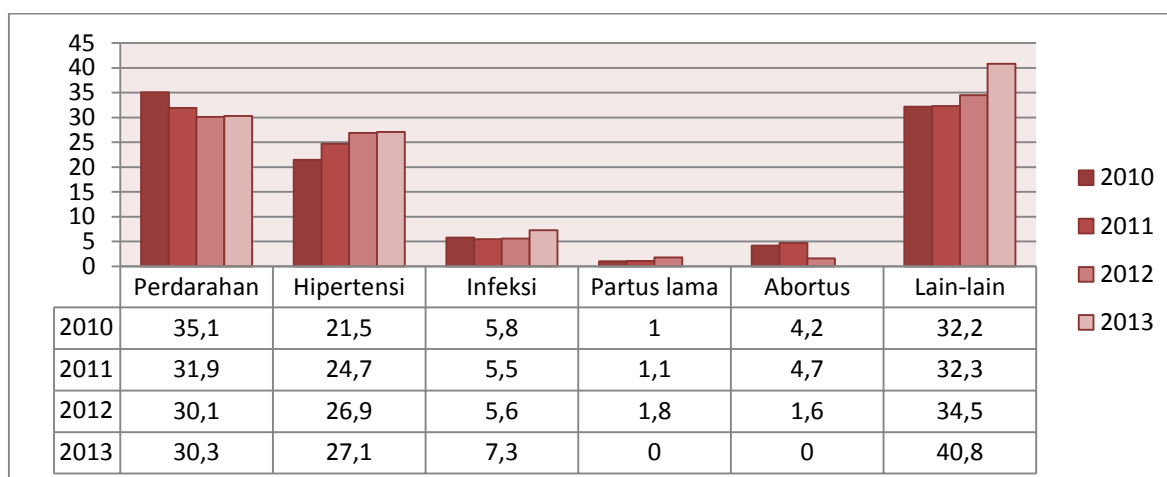
1. PENDAHULUAN

Angka kematian ibu di dunia sangat tinggi khususnya di Negara berkembang. Kematian ibu karena komplikasi kehamilan atau persalinan sebesar kurang lebih 830 wanita di seluruh dunia setiap hari. Diperkirakan pada tahun 2015, sekitar 303.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Beberapa Negara sejak tahun 1990 telah melakukan upaya penurunan angka kematian ibu. Antara tahun 1990 dan 2015, angka kematian ibu di seluruh dunia turun sekitar 44% atau kurang lebih hanya 2,3% per tahun. Hampir semua kematian ibu (99%) terjadi di negara berkembang. Lebih dari setengah kematian di dunia terjadi di sub Sahara Afrika dan hampir sepertiga di Asia Selatan (WHO, 2016).

Perbandingan angka kematian ibu di negara berkembang dan Negara maju jauh sangat berbeda pada tahun 2015 adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya angka kematian ibu di Negara berkembang seiring dengan tingginya kehamilan dibandingkan dengan Negara maju kehamilan pada wanita lebih rendah. Perbedaan rasio angka kematian

ibu di beberapa wilayah di dunia menunjukkan ketidakmerataan dalam menjangkau akses pelayanan kesehatan karena kesenjangan dalam segi status ekonomi, letak geografis tempat tinggal. Risiko kematian ibu hamil paling tinggi adalah kehamilan pada remaja usia di bawah 15 tahun dikarenakan komplikasi pada kehamilan dan persalinannya (WHO, 2016).

Wanita meninggal akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar komplikasi ini berkembang selama kehamilan dan sebagian besar dapat dicegah atau diobati. Komplikasi lain mungkin ada sebelum kehamilan namun memburuk selama kehamilan, terutama apabila tidak dilakukan penanganan dan perawatan pada wanita tersebut. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% kematian maternal adalah perdarahan, pre eklamsia/eklamsia, infeksi, komplikasi persalinan dan *unsafe abortion*.



Sumber: InfoDatin, 2014

Gambar 1 Penyebab Kematian Ibu Di Indonesia

Angka kematian ibu di Indonesia telah mengalami penurunan dari tahun 1991 sampai dengan 2007 adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 229 per 100.000 kelahiran hidup. angka ini kembali mengalami peningkatan pada tahun 2012 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup dan diturunkan lagi pada tahun 2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun capaian kematian ibu menurun namun angka tersebut jauh dari target *Millennium Development Goals* (MDGs) 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup dan 70 per 100.000 kelahiran hidup target *Sustainable Development Goals* pada tahun 2030 (Pusdatin, 2016). Penyebab utama kematian ibu pada tahun 2010 sampai dengan 2013 adalah perdarahan dan penyebab lain (penyakit penyerta seperti kanker, ginjal, jantung, *Tuberculosis* dan penyakit lain yang diderita ibu) sedangkan penyumbang kematian paling rendah disebabkan oleh partus lama. Menurut Kartiningrum, 2014 bahwa komplikasi kehamilan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kematian ibu selain faktor pertolongan persalinan dan pelayanan nifas. Pada tahun 1990 di Indonesia dilakukan upaya penurunan kematian ibu Melalui program *Safe Motherhood Initiative* dilanjutkan program gerakan sayang ibu, *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS). Upaya penurunan angka kematian ibu dilakukan untuk mempermudah ibu untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan berkualitas, seperti pelayanan kesehatan kehamilan, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan fasilitas lengkap, perawatan

masa nifas, perawatan bayi, perawatan khusus dan rujukan untuk ibu dengan komplikasi kehamilan dan persalinan serta pelayanan keluarga berencana. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi kejadian komplikasi kehamilan pada trimester III di Kabupaten Mojokerto.

2. KAJIAN LITERATUR

2.1. Konsep kehamilan

Menurut Manuaba, 2010 Kehamilan adalah proses yang dimulai dari sel telur yang matang atau berovulasi lalu bertemu dengan spermatozoa sehingga terjadi pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi/menempel di dinding uterus dan pembentukan plasenta. Tahap akhirnya adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Kehamilan adalah kehamilan normal yang berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari (Lowdermilk D. L., 2013). Proses kehamilan dimulai dari konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari pertama terakhir haid. Karena dihitung mulai tanggal konsepsi usia kehamilan 38 minggu (Lowdermilk D. L., 2013). Fertilisasi diawali dengan terjadinya pembuahan. Ribuan spermatozoa yang menemukan jalan menuju uterus, hanya satu yang dapat mencapai tuba fallopi. Spermatozoa akan mempertahankan mortalitasnya dalam organ reproduksi wanita selama 24 jam. Fertilisasi oleh spermatozoa terjadi di tuba fallopi tidak lebih dari 2 menit. Saluran reproduksi akan di buang melalui

reproduksi saat spermatozoa bergenerasi, sel darah putih akan difagositosis spermatozoa. Spermatozoa disiapkan untuk di membuahi oleh ovum setelah spermatozoa memasuki saluran reproduksi wanita akan mengalami perubahan. Mekanisme ini melibatkan pelepasan membrane plasma bagian atas dan membrane akrosom bagian luar, yang melepaskan enzim.

Enzim ini dibutuhkan untuk lapisan pelindung dari ovum sebelum fertilisasi. Fertilisasi terjadi pada ampulla tuba. Pada saat sperma dapat masuk menembus membrane dan membrane tidak akan bias menembus sperma lain. Pembelahan miosis kedua oleh oosit sekunder kemudian selesai dan inti ovum akan menjadi pronukleus wanita. Kepala sperma akan membesar membentuk pronukleus pria dan ekornya akan bergenerasi. Kedua inti akan menyatu dan kromosomnya bergabung sehingga jumlah kromosom kembali diploid. Bersatunya inti spermatozoa dan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot, zigot mengalami pertumbuhan dan perkembangan melalui 3 tahap selama kurang lebih 280 hari tahap meliputi tahap implantasi, periode embrionik dan periode fetus (Manuaba, 2010).

2.2. Komplikasi kehamilan

Beberapa komplikasi kehamilan yaitu :

1. Perdarahan antepartum
Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi sebelum bayi lahir. Perdarahan yang terjadi sebelum kehamilan 28 minggu seringkali berhubungan dengan aborsi atau kelainan. Perdarahan kehamilan setelah 28 minggu dapat disebabkan karena Perdarahan antepartum meliputi *solusio placenta*, *placenta previa*, *abruption placenta*, *rupture uteri*
2. Hipertensi Dalam Kehamilan
Hipertensi dalam kehamilan meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu
3. Infeksi dalam kehamilan
Secara umum infeksi dalam kehamilan berdasarkan penyebabnya dikelompokkan menjadi tiga penyebab, yaitu :
 - 1). Infeksi Virus ; meliputi *varisella zooster*, *influenza*, *parotitis*, *rubeola*, virus pernafasan, *enterovirus*, *parvovirus*, *rubella*, *cytomegalovirus*.

2). Infeksi bakteri ; meliputi *Streptokokus grup A*, *Streptokokus grup B*, *Listeriosis*, *Salmonella*, *Shigella*, *Mourbus Hansen*.

3). Infeksi protozoa; meliputi *Toksoplasmosis*, *Amubiasis*, *amubiasis*, infeksi jamur.

Penyebab infeksi tersebut menyebabkan *toxoplasmosis*, *rubella*, *cytomegalovirus*, *herpes*, HIV/AIDS, *hepatitis*, *varicella*, infeksi saluran pernafasan yang dapat menyebabkan kelainan kongenital pada bayi

1. Anemia

Anemia adalah keadaan dengan kadar *haemoglobin*, *hematokrit*, dan sel darah merah yang lebih rendah dari normal, sebagai akibat dari defisiensi salah satu atau beberapa unsur makanan esensial yang dapat mempengaruhi timbulnya defisiensi tersebut. Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar *haemoglobin* (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr%. Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar *haemoglobin* dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar <10,5 gr% pada trimester II.

2. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu maka disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum terdapat atau dimulainya tanda inpartu dan setelah ditunggu satu jam belum ada tanda inpartu (Manuaba, 2010)

Faktor yang mempengaruhi komplikasi kehamilan :

1. Usia

Usia merupakan komponen dari status reproduksi wanita. Usia reproduksi dibagi menjadi < 20 tahun, 20-35 tahun dan > 35 tahun. Kelompok ibu berumur 20-30 tahun angka kematian ibu lebih rendah dibanding dengan kelompok ibu berumur kurang dari 20 tahun, dan dibanding dengan Resiko kematian pada kelompok umur dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur diatas 35 tahun dimana tiga kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat

2. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan di bagi menjadi 2 yaitu < 2 tahun dan ≥ 2 tahun. Jarak kehamilan terlalu dekat dengan kehamilan sebelumnya (> 2 tahun), meningkatkan risiko bagi baik ibu

maupun janin. Organ reproduksi yang belum berfungsi dengan sempurna seperti rahim akibat persalinan sebelumnya belum bisa memaksimalkan pembentukan cadangan makanan bagi janin dan untuk ibu sendiri

3. Pekerjaan

Pekerjaan ini untuk menggambarkan status ekonomi wanita. Hal ini mempengaruhi kemampuan mereka untuk membeli makanan yang bergizi, rumah yang layak dan pelayanan kesehatan. Kemiskinan meningkatkan resiko untuk sakit dan disabilitas. Ibu hamil yang sangat rentan adalah yang tidak mempunyai asset, sedikit atau tidak ada tabungan dan merupakan bagian dari keluarga yang sedikit atau pendapatan rendah.

4. Antenatal care

Antenatal care (pengawasan masa kehamilan) merupakan pengawasan kesehatan selama masa kehamilan sehingga apabila ada tanda-tanda kelainan fisik atau psikologis dapat segera ditanggulangi, untuk menghindari resiko semaksimal mungkin baik ibu maupun bayi. Kunjungan antenatal sebaiknya paling sedikit 4 kali selama kehamilan :

a. Satu kali pada triwulan pertama

Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya

b. Satu kali pada triwulan kedua

Kunjungan II (24-28 minggu) dilakukan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan pre eklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP, mengulang perencanaan persalinan.

c. Dua kali pada triwulan ketiga

Kunjungan III (32 minggu) dilakukan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan pre eklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP, mengulang perencanaan persalinan.

Kebijakan teknis pelayanan antenatal setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya. Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan bertujuan untuk mengupayakan kehamilan yang sehat, melakukan penatalaksanaan awal

serta rujukan bila diperlukan, persiapan persalinan yang bersih dan aman serta perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Berdasarkan latar belakang masalah, tinjauan pustaka dan kerangka konseptual, hipotesis penelitian ini adalah:

Ada pengaruh paritas, jarak kehamilan, umur, pendapatan keluarga, pekerjaan, dukungan suami, dukungan keluarga, kualitas *antenatal care*, kualitas kunjungan *antenatal care*, kualitas pelayanan *antenatal care* yang didapat terhadap Komplikasi kehamilan pada trimester III di kabupaten Mojokerto.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *Cross sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Maret-Juni 2015 di Kabupaten Mojokerto. Populasi adalah semua ibu trimester III yang mengalami Komplikasi kehamilan (preeklampsia, pendarahan antepartum, anemia, ketuban pecah dini) dan tidak mengalami Komplikasi kehamilan (preeklampsia, pendarahan antepartum, anemia, ketuban pecah dini) di Kabupaten Mojokerto. Data populasi kasus dan control diperoleh dari Rumah Sakit. Besar sampel sebesar 80 responden dengan Teknik pengambilan sampel adalah *Simple Random Sampling*, dengan cara pengambilan sampel dari anggota populasi dengan menggunakan acak (lotre) tanpa memperhatikan strata pada anggota populasi. Pengumpulan data primer diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan dokumentasi. Data sekunder yang diperoleh dari Rumah sakit dan buku KIA. Analisis data menggunakan analisis univariat, bivariat, dan multivariat dengan uji Chi square dan regresi logistik dengan tingkat kemaknaan sebesar 5% ($\alpha=0,05$). Penentuan variabel yang paling dominan dilakukan melalui nilai Risk Prevalence (RP), variabel yang mempunyai nilai RP tertinggi, maka disebut sebagai variabel yang paling dominan pengaruhnya dengan Komplikasi kehamilan di Kabupaten Mojokerto.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden yang diteliti pada penelitian ini meliputi umur, pekerjaan ibu,

paritas, jarak kehamilan, pendapatan keluarga sedangkan data khusus meliputi dukungan suami, dukungan keluarga, kualitas *antenatal care*, kualitas kunjungan *antenatal care*,

kualitas pelayanan *antenatal care* yang didapat ibu hamil. Komplikasi kehamilan responden meliputi pre eklamsia, anemia, ketuban pecah dini.

Tabel 2. Uji Multivariat Pengaruh Umur, Pekerjaan, Pendapatan Keluarga, Paritas, Jarak Kehamilan, Dukungan Keluarga, Dukungan Suami, Kualitas Antenatal Care, Kualitas Kunjungan Antenatal Care, Kualitas Pelayanan Antenatal Care Yang Didapat Terhadap Kejadian Komplikasi Kehamilan Trimester III Di Kabupaten Mojokerto Tahun 2015

Variabel perancu	RP	95%CI	<i>p value</i>
Umur			
Berisiko (<20 tahun atau >35 tahun)	1,428	0,307-6,647	0,650
Tidak berisiko (20 - 35 tahun)			
Pekerjaan			
Bekerja	12,706*	2,366-68,234	0,003
Tidak Bekerja			
Pendapatan keluarga			
$< \text{UMR}$	28,885*	4,753-175,553	0,000
$\geq \text{UMR}$			
Paritas			
Berisiko (primigravida dan grandemulti)	3,156	0,614-16,212	0,619
Tidak berisiko (multigravida)			
Jarak Kelahiran			
Berisiko (Anak pertama dan < 2 tahun)	4,661	0,924-23,529	0,062
Tidak berisiko (≥ 2 tahun)			
Dukungan suami			
Kurang mendukung	5,456*	1,009-29,502	0,049
Mendukung			
Dukungan keluarga			
Kurang mendukung	3,731	0,743-18,746	0,110
Mendukung			
Kualitas kunjungan <i>antenatal care</i>			
Kurang baik	6,169	0,973-39,101	0,053
Baik			
Kualitas Pelayanan <i>antenatal care</i>			
Kurang baik	18,343	0,867-387-852	0,062
Baik			
Kualitas <i>antenatal care</i>			
Kurang baik	4,231	0,172-103,785	0,377
Baik			
<i>Pseudo R</i> ² = 0,600			

Berdasarkan usia, 75% responden berusia 20-35 tahun dan 25% berusia kurang dari 25 tahun serta lebih dari 35 tahun. Kejadian komplikasi kehamilan pada ibu dengan usia berisiko memiliki proporsi yang sama yaitu 20% dan 31,4 %. Begitu pula pada usia tidak

berisiko sebesar 80% dan 68,6%. Uji bivariat antara umur terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III menunjukkan umur tidak berisiko terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III (*P value*=0,301; *RP*=1,834; 95%CI 0,196-1,514). Usia 20-35

tahun merupakan usia reproduksi sehat karena baik untuk kehamilan dan persalinan. Ibu dengan kehamilan pada usia <20 tahun dan >35 tahun akan berisiko tinggi pada ibu maupun bayi. Kehamilan <20 tahun menyebabkan komplikasi karena kondisi fisik ibu belum yang belum matur untuk menghadapi kehamilan. Kehamilan akan berlangsung aman pada usia 20-35 tahun, setelah itu risiko meningkat kembali sesudah usia 35 tahun. Hasil ini sesuai dengan penelitian ariyani dkk, 2016 bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian anemia pada trimester III.

47,5% responden memiliki pekerjaan selain menjadi ibu rumah tangga dan 52,5% hanya sebagai ibu rumah tangga. 60% ibu yang memiliki beban ganda (bekerja mendapatkan upah dan ibu rumah tangga) mengalami kejadian komplikasi kehamilan dan 40% ibu rumah tangga dengan komplikasi kehamilan. Uji bivariat antara pekerjaan terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III menunjukkan pekerjaan berisiko terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,014; $RP=3,273$; 95%CI 1,291-8,295). Pekerjaan yang ganda pada ibu hamil mempengaruhi sirkulasi darah dalam tubuh dan disertai perubahan seiring bertambahnya usia kehamilan akibat adanya kehamilan akan berdampak kerja jantung tekanan dari pembesaran rahim. Semakin bertambahnya usia yang semakin bertambah dalam rangka memenuhi kebutuhan selama proses kehamilan. Beban kerja jantung yang terlalu berat berdampak komplikasi pada kehamilan ibu seperti pre eklamsia. Hasil penelitian tidak sejalan dengan peneliti Li Xi Zhang *et al*, 2017 yaitu pekerjaan ibu berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian ketuban pecah prematur pada umur kehamilan lebih dari sama dengan 28 minggu.

55% responden dengan pendapatan keluarga <UMR dan 45% $\geq$ UMR. Responden dengan pendapatan keluarga <UMR 68,9% dengan komplikasi kehamilan dan 37,1% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Uji bivariat antara pendapatan keluarga terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III menunjukkan pendapatan keluarga berisiko terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,007; $RP=3,747$; 95%CI 1,476-9,515). Ibu hamil berpendapatan keluarga kurang dari UMR mengutamakan

pemenuhan kebutuhan pokok, tanpa memikirkan kebutuhan untuk dapat menjangkau pelayanan kesehatan bagi dirinya dan bayi. Hal ini berbeda dengan ibu hamil dengan pendapatan keluarga lebih dari sama dengan UMR karena kebutuhan pokok bisa terpenuhi akan akan lebih banyak mempertimbangkan untuk menjangkau pelayanan kesehatan dengan fasilitas lengkap. Penelitian Puti sari dkk, 2014 juga menunjukkan bahwa sosial ekonomi keluarga mempengaruhi risiko kehamilan.

Paritas responden memiliki proporsi sama antara paritas berisiko dan tidak berisiko sebesar 50%. Responden dengan paritas berisiko 55,3% dengan komplikasi kehamilan dan 45,7% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Proporsi yang sama kejadian komplikasi kehamilan antara paritas berisiko dan tidak berisiko dan dibuktikan juga dengan Uji bivariat sehingga paritas bukan merupakan faktor risiko kejadian komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,652; $RP=1,357$; 95%CI 0,559-3,292). Kehamilan berisiko adalah anak pertama dan persalinan anak keempat atau lebih karena pada anak pertama belum adanya pengalaman dalam adaptasi terhadap perubahan fisik dan psikis meningkatkan kecemasan dalam menghadapi kehamilannya sedangkan pada anak keempat atau lebih adanya kemunduran daya lentur (*elastisitas*) jaringan yang sudah berulang kali diregangkan kehamilan, sehingga menurunnya kekuatan ibu dalam menjalani kehamilannya. Hal tersebut meningkatkan komplikasi dalam kehamilan ibu. Hasil ini tidak sejalan dengan dengan penelitian Bilano *et al*, 2014 bahwa paritas berisiko terhadap kejadian pre eklamsia. Ibu dengan kehamilan pertama 2,04 kali berisiko mengalami pre eklamsia.

40% responden memiliki jarak kehamilan kategori berisiko dan 60% dengan kategori tidak berisiko. Responden dengan jarak kehamilan berisiko 46,7% dengan komplikasi kehamilan dan 31,4% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Uji bivariat antara jarak kehamilan terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III menunjukkan tidak berisiko terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,250; $RP=1,909$; 95%CI 0,758-4,806). Jarak kehamilan supaya kehamilan berlangsung aman minimal 2 tahun, karena

dalam waktu 2 tahun diharapkan sudah mampu memulihkan tubuh ibu dari kebutuhan ekstra pada kehamilan dan laktasi. Jarak kehamilan yang terlalu dekat (< 2 tahun) menyebabkan risiko tinggi pada kehamilan ibu karena berisiko terjadi anemia pada kehamilan dan perdarahan. Jarak kehamilan yang terlalu panjang (≥ 5 tahun) meningkatkan risiko kejadian preeklampsia atau eklampsia, diabetes gestasional trimester ketiga dan juga kematian maternal, sehingga ibu dengan jarak kehamilan berisiko perlu mendapatkan pemantauan khusus selama pemeriksaan *antenatal care*. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Meseret *et al*, 2013 bahwa jarak kehamilan merupakan faktor risiko terjadinya anemia pada trimester III. 3,835 kali anemia berisiko pada kehamilan dengan jarak 3 tahun dan 4,290 kali anemia terjadi pada trimester III. Semakin bertambah usia kehamilan risiko anemia semakin besar.

Berdasarkan dukungan dibagi menjadi 2 yaitu dukungan suami dan dukungan keluarga. 41,2% responden suami kurang mendukung ibu dalam menghadapi kehamilan dan 58,8% suami mendukung ibu. Dukungan suami dalam kategori kurang terhadap ibu hamil 48% dengan komplikasi kehamilan dan 42,9% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Uji bivariat antara dukungan suami terhadap kejadian komplikasi kehamilan trimester III menunjukkan tidak berisiko terhadap komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,822; RP=1,124; 95%CI 0,363-2,179). 51,3% responden keluarga ibu hamil kurang mendukung dalam menghadapi kehamilan dan 48,7% keluarga mendukung. Dukungan keluarga dalam kategori kurang terhadap ibu hamil dalam menghadapi kehamilan 62,2% dengan komplikasi kehamilan dan 37,1% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Uji bivariat menunjukkan dukungan keluarga berisiko terhadap komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,042; RP=2,787; 95%CI 1,119-6,944). Dukungan suami dan keluarga penting dibutuhkan ibu hamil dalam menghadapi kehamilannya sehubungan dengan pemenuhan kebutuhan fisik, psikis dan pemanfaatan pelayanan *antenatal care*. Dukungan keluarga yang kurang berdampak tidak terpenuhinya kebutuhan fisik untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibu serta dari segi psikis menyebabkan kecemasan atau meningkatkan

stress dalam menghadapi setiap perubahan kehamilannya. Hal tersebut menyebabkan komplikasi kehamilan dan persalinan pada didukung dengan tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan sehingga terlambatnya deteksi dini komplikasi. Menurut Fahira dan Arifuddin kunjungan antenatal care 7,933 kali berisiko terhadap kejadian pre eklampsia, perlu dukungan baik dari keluarga dan suami untuk dapat ibu hamil meningkatkan kualitas kunjungan *antenatal care*. Penelitian Kartia yuni dkk, 2017 menunjukkan dukungan sosial untuk ibu hamil berpengaruh terhadap keaktifan ibu mengikuti kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil bertujuan untuk mengurangi faktor risiko penyebab kematian ibu.

Berdasarkan kualitas *antenatal care* dilihat dari kualitas kunjungan *antenatal care* dan kualitas pelayanan *antenatal care*. 52,5% responden kurang baik kualitas kunjungan *antenatal care* dan 47,5% kualitas *antenatal care* kategori baik. Kualitas kunjungan *antenatal care* kategori kurang baik 64,4% dengan komplikasi kehamilan dan 37,1% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Uji bivariat antara kualitas kunjungan *antenatal care* berisiko terhadap komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,024; RP=3,067; 95%CI 1,225-7,681). Berdasarkan kualitas pelayanan *antenatal care* 41,2% responden mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan dalam kategori kurang dan 58,8% mendapatkan kualitas pelayanan *antenatal care* dalam kategori baik. Responden dengan Kualitas pelayanan *antenatal care* dalam kategori kurang 55,6% dengan komplikasi kehamilan dan 22,9% tidak mengalami komplikasi kehamilan. Uji bivariat menunjukkan kualitas pelayanan *antenatal care* berisiko terhadap komplikasi kehamilan trimester III (P value=0,006; RP=4,219; 95%CI 1,577-11,285). Kualitas kunjungan *antenatal care* dilihat dari aspek keteraturannya dengan standar minimal 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2, 2 kali pada trimester 3. Kunjungan *antenatal care* responden sebagian besar lebih dari 4 kali tetapi tidak dilakukan sesuai standar pada tiap trimester. Kualitas pelayanan *antenatal care* dilihat dari Pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pendidikan atau penyuluhan kesehatan, pemberian tablet fe dan konseling. Pemeriksaan fisik meliputi pengukuran berat

badan, tekanan darah, anemia, besar uterus, inspeksi vagina dan denyut jantung janin. Pemeriksaan laborototium meliputi pemeriksaan hemoglobin, albumin urine, glukosa urine, syphilis, HIV dan darah lengkap. Aspek pendidikan kesehatan yang harus didapat ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan, imunisasi, nutrisi kehamilan, penyakit infeksi menular seksual, kebiasaan dan zat merugikan, PMTCT. Terapi obat yang didapatkan ibu adalah tablet Fe dan harus mendapatkan konseling kunjungan ulang. *Antenatal care* ibu hamil bertujuan untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko sehingga pola asuhan yang tepat dapat direncanakan untuk kehamilan oleh professional yang tepat. Pengkajian risiko harus berkelanjutan sehingga penyimpangan dari normal atau terjadinya komplikasi dapat diidentifikasi pada setiap tahap kehamilan dan dibuat rujukan untuk mendapatkan asuhan yang tepat. Namun berbeda dengan penelitian Ariyani dkk, 2016 antenatal care tidak berhubungan dengan anemia kehamilan tetapi penelitian ini sejalan dengan hasil Meseret *et al* kunjungan antenatal care berpengaruh signifikan terhadap kejadian anemia ibu hamil pada trimester III.

Berdasarkan uji multivariate menunjukkan bahwa pekerjaan ibu, pendapatan keluarga dan dukungan suami merupakan faktor risiko paling dominan terhadap kejadian komplikasi kehamilan pada trimester III dengan nilai R^2 square 0,600 artinya 60% komplikasi kehamilan dipengaruhi oleh umur ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, paritas, jarak kehamilan, dukungan suami, dukungan keluarga, kualitas kunjungan *antenatal care*, kualitas pelayanan *antenatal care* dan 40% dijelaskan oleh faktor lainnya.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan uji bivariat pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, kualitas kunjungan *antenatal care*, kualitas pelayanan *antenatal care* berisiko terhadap komplikasi kehamilan trimester III. Berdasarkan uji multivariate pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, dukungan suami merupakan faktor risiko dominan terhadap komplikasi kehamilan trimester III

REFERENSI

1. A Fahira, A Arifuddin. 2017. "Faktor Risiko Kejadian PreEklampsia Pada Ibu Hamil Di RSUD Anutapura Kota Palu. *Jurnal Kesehatan Tadulako*. Volume 3, No.2
2. Ariyani, Rizqi, Dwi Sarbini. 2016. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Trimester Iii Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojolaban, Kabupaten Sukoharjo". *Skripsi*, Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/42421/>
3. ED Kartiningrum, Nur saidah. 2014. "Faktor Yang Mempengaruhi Kematian Ibu Di Propinsi Jawa Timur Tahun 2010". *Jurnal Hospital Majapahit*, Vol.6 No.1
4. Infodatin. 2014. "Situasi Kesehatan Ibu". Jakarta: Kemenkes RI
5. Kartiayuni, Ayu, Kusuma Estu Werdani. 2017. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Ibu Hamil Dalam Kelas Ibu Hamil Di Puskesmas Sangkrah Kota Surakarta". *Skripsi*. Universitas muhammadiyah surakarta
6. <http://eprints.ums.ac.id/57524/>
7. Li Xi ZHANG, YANG SUN, Hai Zhao, Na Zhu, Xing De Sun, Xing Jin, Ai Min Zou, Yang Mi, Ji Ru Xu. 2017. "A Bayesian Stepwise Discriminant Model For Predicting Risk Factors Of Preterm Premature Rupture Of Membranes: A Case Control Study". *Chinese medical journal*. Volume 130, no.2
8. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. 2013. "Keperawatan Maternitas (8 ed., Vol. 1)". Singapura: ELSEVIER MOSBY.
9. Manuaba. 2010. "Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB untuk pendidikan bidan". Jakarta: monica ester.
10. Meseret Alem, Bamlaku Enawgaw, Aschalew Gelaw, Tigist Kena, Mohammed Seid, Yadessa Olk. 2013. "Prevalence of anemia and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in Azezo Health Center Gondar town, Northwest Ethiopia". *Journal Interdiscipl Histopathol*. Volume 3, No. 3
11. Pusdatin. 2016. "Profil kesehatan Indonesia". Jakarta: Kemenkes RI

12. Puti Sari H, Dwi Hapsari, Ika Dharmayanti, Nunik Kusumawardani. 2014. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Risiko Kehamilan “4 Terlalu (4-T)” Pada Wanita Usia 10-59 Tahun (Analisis Riskesdas 2010). *Media Litbangkes*, Vol. 24 No. 3
13. <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/MPK/article/view/3649/3595>
14. VL Bilano, Erika Ota ,Togoobaatar Ganchimeg, Rintaro Mori, João Paulo Souza. 2014. Risk Factors of Pre-Eclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091198>
15. WHO. 2016. “Maternal mortality”. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

PENGARUH PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF TERHADAP KEJADIAN DIARE PADA BAYI USIA 0-6 BULAN DI RSU AL-ISLAM H.M MAWARDI SIDOARJO

Henry Sudiyanto¹⁾, Fitria Wahyu Ariyanti ²⁾, Mujiadi³⁾, Rikha Nalinda⁴⁾

^{1,2,3,4}Stikes Majapahit Mojokerto

email : ¹henry.sudiyanto@yahoo.com, ²fitria.hariyadi@gmail.com, ³mujiadi.k3@gmail.com,

⁴Adzraa.rimanda@yahoo.com.

Abstract

Infants are more susceptible to diseases and unhealthy living conditions. Diarrheal diseases is one of the major infectious diseases in infants and children in Indonesia. It is the best food given by a mother to child because it can protect infants from diarrhea. This study aims to determine the effect of exclusive breastfeeding can reduce the incidence of diarrhea in infants aged 0 – 6 months in RS AL – ISLAM H.M. MAWARDI Sidoarjo. Design this research is a case control study by using sampling technique purposive sampling and the number of samples is 25 respondents. This research is done in April 2017. Analysis using chi-square tests. The result of this research that infants get exclusive breastfeeding mostly do not have diarrhea of 12 respondents (90 %). Based on statistical test used is independent t- test with $\alpha = 0,05$. The result of statistical show that $p < \alpha$ ($0.000 < 0.05$). This shows there is significant effect of exclusive breastfeeding on the incidence of diarrhea in infants aged 0-6 months. Advice for mothers to give exclusive breastfeeding to their babies aged 0-6 months because exclusive breastfeeding is able produce babies 0.08 times against the occurrence of diarrhea than infants who do not get exclusive breastfeeding.

Keywords : *exclusive breastfeeding, diarrhea*

1. PENDAHULUAN

Diare merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak di Negara berkembang. Di Bagian Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM, diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Neonatus dinyatakan diare bila frekuensi lebih besar sudah lebih dari empat kali, sedangkan untuk bayi berumur lebih dari 1 bulan dan anak, bila frekuensinya lebih dari 3 kali. Diare akut yaitu buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya dan berlangsung dalam waktu kurang dari dua minggu. Diare persisten yaitu diare yang berlangsung 15-30 hari, merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik. Diare kronik yaitu diare hilang timbul, atau berlangsung lama dengan penyebab non infeksi, seperti penyakit sensitive terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun.

Lama diare kronik > 30 hari (Suharyono, 2008). Secara klinis penyebab diare terbagi menjadi 3 kelompok yaitu mikroorganisme, intoleransi laktosa, malnutrisi berat.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, didapatkan bahwa penyebab kematian bayi (usia 29 hari-11 bulan) yang terbanyak adalah diare (31,4%) dan pneumonia (23,8%). Hasil Survei Morbiditas Diare dari tahun 2000 s.d 2010 didapatkan angka kesakitan diare balita Tahun 2000-2010 tidak menunjukkan pola kenaikan maupun pola penurunan (berfluktuasi). Pada tahun 2000 angka kasakitan balita 1.278 per 1000, sedikit menurun di tahun 2003 (1.100 per 1000), agak meningkat pada tahun 2006 (1.330 per 1000), dan di tahun 2010 angka morbiditas kembali menurun (1.310 per 1000).

Pencegahan diare dapat dilakukan dengan cara pemberian ASI eksklusif pada bayi. Hal ini dilakukan untuk memberikan informasi lebih lanjut mengenai pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *case control study* yaitu suatu penelitian (survei) analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospective*. Jenis penelitian adalah sesuatu yang sangat penting

dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi atau hasil (Muhith, A, 2014). Sampel penelitian ini diambil dari populasi ibu yang mempunyai bayi usia 0-6 bulan yang berkunjung ke poli anak RSUD Al-Islam H.M mawardi dengan metode purposive sampling. Adapun jumlah sampel ditetapkan dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Didapatkanlah jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 25 ibu yang mempunyai bayi usia 0-6 bulan. Kriteria inklusi sampel penelitian adalah bayi usia 0-6 bulan yang mendapat ASI eksklusif yang berkunjung ke poli anak RSUD Al-Islam H.M mawardi serta ibu yang dari bayi yang bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi antara lain bayi usia 0-6 bulan yang tidak mendapat ASI eksklusif

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Kejadian Diare Pada Bayi usia 0-6 Bulan yang mendapat ASI eksklusif di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Responden yang mendapat ASI eksklusif sebagian besar tidak terjadi diare sejumlah 12 responden (90 %). Kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor sehingga bayi mendapatkan ASI eksklusif yang berkaitan dengan pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif.

Kepatuhan juga dipengaruhi oleh motivasi dimana motivasi menunjuk pada proses gerakan termasuk situasi yang mendorong dan timbul dalam diri individu, tingkah laku yang ditimbulkan untuk melakukan perbuatan (Abdul Muhith, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa sebagian besar responden tidak terjadi diare. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor sehingga bayi mendapatkan ASI eksklusif yang berkaitan dengan pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif.

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan atau makanan padat apapun kecuali vitamin, mineral atau obat selama usia 0-6 bulan.

3.2. Kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan yang tidak mendapat ASI eksklusif di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Responden yang tidak mendapat ASI eksklusif sebagian besar terjadi diare dengan frekuensi 1 kali selama usia 0-6 bulan yaitu sejumlah 6 responden (50 %).

Hal ini disebabkan sistem imun bayi kurang dari 6 bulan belum sempurna. Pemberian makanan atau minuman lain kecuali ASI sama saja dengan membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman.

Hal ini tidak sesuai dengan teori yang di kemukakan Dewi dan Wawan (2010) di dalam Abdul Muhith (2017) makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

3.3. Pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Berdasarkan Hasil analisis dapat diketahui bahwa dengan menggunakan uji statistik *t-test* dengan nilai kemaknaan $p = 0,001$ $\alpha = 0,05$, maka H_0 diterima yang artinya ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Rizky Nurul Riwayati yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian diare di RSUD Al-Islam H.H Mawardi Sidoarjo. Pada penelitian Laura Lamberti, et al menunjukkan bahwa risiko kematian bayi yang tidak mendapat ASI lebih tinggi dibandingkan yang mendapatkan ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan. Pada penelitian Venera Zahariev, et al menunjukkan bahwa terdapat efek yang signifikan ASI terhadap gejala diare akibat rotavirus, terutama pada bayi kurang dari 6 bulan.

Namun demikian dalam penelitian ini masih ada 1 bayi yang diare pada bayi usia 0-6 bulan meskipun mendapatkan ASI eksklusif di RSUD Al-Islam H.M Mawardi. Hal ini kemungkinan disebabkan karena personal hygien ibu kurang baik dan penyakit penyerta yaitu infeksi pencernaan.

Dalam penelitian ini terdapat juga bahwa bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif tetapi tidak diare sejumlah 1 responden (8 %) di RSUD Al-Islam H.M Mawardi. Kemungkinan

hal ini dikarenakan personal hygien nya baik dengan cara mencuci dan menyeteril botol susu dengan benar.

4. SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan analisis dan pembahasan diatas dapat disimpulkan beberapa hal diantaranya :

Kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan yang mendapat ASI eksklusif di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan yang tidak mendapat ASI eksklusif di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Terdapat pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan di RSUD Al-Islam H.M Mawardi Sidoarjo.

Ibu – ibu diharapkan memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, untuk mencegah terjadinya diare, mengingat banyak manfaat yang tidak hanya diperoleh ibu saja tapi juga bayi. Petugas pelayanan kesehatan di wilayah setempat membantu mensosialisasikan pentingnya pemberian ASI eksklusif kepada bayi. Petugas kesehatan diharapkan ikut mensosialisasikan program pemerintah tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu (PP-ASI) dan tidak seharusnya melakukan kerja sama dengan pihak susu formula. Selain itu, petugas kesehatan diharapkan mampu menjadi sumber informasi mengenai keuntungan pemberian ASI sehingga pemberian ASI dapat berjalan lancar, mengingat beberapa ibu mengalami masing-masing permasalahan dalam pemberian ASI.

4. Muhith Abdul dkk, (2017). “Hubungan Karakteristik Pasien Pengguna Kartu Bpjs Dengan Persepsi Tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Deket Kabupaten Lamongan “ *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol 9 No. 1 2017, 1-8.
5. Nasir dan Muhith, (2011), *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan* . Yogyakarta : Nuha Medika
6. Nurul, Rizqi. (2013). *Pengaruh Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Penurunan Angka Kejadian Diare*. Malang: Universitas Brawijaya.

REFERENSI

1. Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Tersedia dari <http://www.depkes.go.id/downloads/ProfilKesehatanIndonesia2010.pdf>.
2. Kemenkes RI. Situasi Diare di Indonesia. 2011. Tersedia dari URL: HYPERLINK [http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin%20DiareFinal\(1\).pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/Buletin%20DiareFinal(1).pdf).
3. Muhith Abdul (2016). “Hubungan Motivasi Dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan Dengan Prestasi Kerja Perawat di RS Semen Gresik “ *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol 5 No. 1 2016, 72-83.

PERBEDAAN EFEKTIFITAS PENGGUNAAN KASSA KERING STERIL DIBANDINGKAN DENGAN KASSA ALKOHOL TERHADAP LAMA LEPAS TALI PUSAT DI DESA CERME KIDUL-GRESIK

Astrida Budiarti, Dya Sustrami, Julienavita Adinda

Stikes Hang Tuah Surabaya

As3da_ns@yahoo.com

Abstrak

Perawatan tali pusat merupakan asuhan keperawatan yang bertujuan merawat tali pusat pada bayi baru lahir agar tetap kering dan mencegah terjadinya infeksi. Fenomena perawatan tali pusat pada bayi masih beragam dalam penggunaan bahan. Tujuan penelitian untuk menganalisis perbedaan efektifitas penggunaan kassa kering steril dibandingkan dengan kassa alkohol terhadap lama lepas tali pusat. Desain penelitian ini adalah rancangan penelitian komparatif (Kohort). Sampel diambil menggunakan Non Probability Consecutive sampling didapatkan 32 bayi yang lahir didua BPS di Desa Cerme Kidul. Instrumen menggunakan kuesioner yang berisi data demografi dan lembar observasi. Analisa data menggunakan uji statistik *Mann Whitney* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Hasil penelitian didapatkan responden yang melakukan perawatan tali pusat dengan kassa kering steril berjumlah 19 responden, dan responden yang melakukan perawatan tali pusat dengan kassa alkohol berjumlah 12 responden. Rata-rata pelepasan tali pusat dengan kassa steril 5-7 hari sedangkan perawatan tali pusat dengan kassa alkohol rata-rata pelepasan tali pusat > 7 hari. Uji statistik menunjukkan ada perbedaan efektifitas penggunaan kassa kering steril dibandingkan dengan kassa alkohol terhadap lama lepas tali pusat $p = 0,000$ ($p < \alpha = 0,05$).

Kata kunci : Perawatan tali pusat, kassa kering steril, kassa alkohol, lama lepas tali pusat

1. PENDAHULUAN

Tali pusat merupakan suatu tali yang menghubungkan janin dengan uri/plasenta. Panjang tali pusat $\pm 50-55$ cm dengan diameter $\pm 1-2,5$ cm (kira-kira setebal jari). Tali pusat berwarna putih kuning, tempak berpilin dan tidak semua tempat sama tebalnya (Baety, A.N, 2010). Perawatan tali pusat merupakan asuhan keperawatan yang bertujuan merawat tali pusat pada bayi baru lahir agar tetap kering dan mencegah terjadinya infeksi (Alimul, 2009).

Fenomena perawatan tali pusat pada bayi masih beragam dalam penggunaan bahan. Perawatan tali pusat ada yang menggunakan kassa alkohol dan ada yang menggunakan kassa steril. Perawatan tanpa menggunakan obat-obatan antiseptik maupun alkohol, justru akan mempercepat tanggalnya tali pusat (Sodikin, 2009). Pada tahun 2000 WHO (World Health Organisation) menemukan angka kematian bayi sebesar 560.000, yang disebabkan oleh infeksi tali pusat, Negara Afrika angka kematian bayi yang disebabkan infeksi tali pusat 126.000 (21%), Negara Asia Tenggara diperkirakan ada 220.000 kematian bayi, di Negara Afrika maupun di Asia

Tinggara kematian disebabkan karena perawatan tali pusat yang kurang bersih (Widya Astuti, 2003). Sedangkan jumlah angka kematian bayi di Provinsi Jawa Timur pada Tahun 2005-2008 adalah 1.162 (18,5%) bayi. Dari hasil studi pendahuluan di BPS Ny.M desa Cerme Kidul pada tanggal 30-31 Januari 2015 yang menggunakan SPO (Standar Prosedur Operasional) perawatan tali pusat dengan kassa kering steril, diperoleh data 5 bayi menggunakan perawatan tali pusat dengan kassa kering steril. Sedangkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada tanggal 31 Januari – 1 Februari 2015 di BPS Ny.M yang menggunakan SPO (Standar Prosedur Operasional) perawatan tali pusat dengan cara mebasahi kassa alkohol, diperoleh data 4 bayi menggunakan perawatan tali pusat dengan kassa alkohol pada tali pusat, Pada saat tali pusat terpotong maka suplai darah dari ibu terhenti. Tali pusat yang masih menempel pada pusat bayi lama kelamaan akan kering dan terlepas. Pengeringan dan pemisahan tali pusat sangat dipengaruhi oleh jelly Wharton atau aliran udara yang mengenainya. Dampak dari perawatan tali pusat adalah bayi akan sehat dengan kondisi tali pusat bersih dan tidak

terjadi infeksi serta tali pusat pupus lebih cepat yaitu antara hari ke 5-7 tanpa ada komplikasi (Hidayat, 2005). Menurut Fanaroff, A.A (2008) dijelaskan bahwa perawatan tali pusat dibersihkan dengan air dan hindari penggunaan alkohol karena dapat memperlambat lepasnya tali pusat. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti diatas bahwa perawatan tali pusat menggunakan kassa kering steril lebih efektif dan mempercepat pelepasan tali pusat. Manfaat perawatan tali pusat dengan menggunakan kassa kering steril akan mengurangi bahan dan biaya yang diperlukan. Berdasarkan gambaran fenomena diatas peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian perbedaan efektifitas penggunaan kassa kering steril dibandingkan dengan kassa alkohol terhadap lama lepas tali pusat di desa Cerme Kidul Kecamatan Cerme Kabupaten Gresik.

2. METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian komparatif (Kohort). Jenis penelitian ini merupakan penelitian epidemiologik noneksperimental yang mengaji antara variabel independen (faktor resiko) dan variabel dependen (efek/kejadian penyakit). Peneliti mengobservasi variabel independen terlebih dahulu (faktor resiko), kemudian subjek diikuti sampai waktu tertentu untuk melihat terjadinya pengaruh pada variabel dependen (efek yang diteliti). Penelitian ini dilaksanakan pada 11 April – 5 Juni 2015 di BPS Ny.Mu dan BPS Ny.Me Desa Cerme Kidul.

Populasi yang digunakan sebagai objek dalam penelitian ini adalah semua bayi baru lahir di BPS Ny.Mu dan BPS Ny.Me desa Cerme Kidul Kecamatan Cerme, Kabupaten Gresik. Dalam pemilihan sampel peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi
 - a. Orang tua bayi yang bersedia bayinya sebagai responden.
 - b. Bayi baru lahir.
2. Kriteria eksklusi
 - a. Bayi yang mengalami infeksi tali pusat.
 - b. Ibu yang melakukan perawatan tali pusat lebih dari satu macam cara.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah Non Probability Sampling

(Consecutive Sampling) yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian yang dimaksudkan dalam penelitian dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini melibatkan variabel independen : kassa kerinf steril dan kassa alkohol serta variabel dependen lama lepas tali pusat. Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah lembar observasi dan kuesioner.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan usia pada ibu jumlah 19 responden yang melahirkan di BPS Ny.Mu Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Usia Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
20 – 25	7	36,8
26 – 30	8	42,1
31 – 35	4	21,1
Total	19	100,0

Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan usia pada ibu jumlah 12 responden yang melahirkan di BPS Ny.Me Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Usia Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
20 – 25	5	41,7
26 – 30	5	41,7
31 – 35	2	16,6
Total	12	100,0

Tabel 3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada ibu jumlah 19 responden yang melahirkan di BPS Ny.Mu Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Pendidikan Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
SD	0	0
SMP	2	10,53
SMA	10	52,63
Perguruan Tinggi	7	36,84
Total	19	100,0

Tabel 4. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada ibu jumlah 12 responden yang melahirkan di BPS Ny.Me Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Pendidikan Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
SD	0	0
SMP	0	0
SMA	10	83,33
Perguruan Tinggi	2	16,67
Total	12	100,0

Tabel 5. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan pada ibu jumlah 19 responden yang melahirkan di BPS Ny.Mu Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Pekerjaan Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
PNS	2	10,53
IRT	6	31,58
Pegawai Swasta	6	31,58
Wiraswasta	5	26,31
Total	19	100,0

Tabel 6. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan pada ibu jumlah 12 responden yang melahirkan di BPS Ny.Me Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Pekerjaan Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
PNS	1	8,33
IRT	5	41,67
Pegawai Swasta	5	41,67
Wiraswasta	1	8,33
Total	12	100,0

Tabel 7. Distribusi frekuensi lama lepas tali pusat jumlah 19 responden dengan perawatan teknik kassa kering pada bayi di BPS Ny.Mu Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Lama Lepas Tali Pusat	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
< 5 hari	2	10,53
5 – 7 hari	15	78,94
> 7 hari	2	10,53
Total	19	100

Tabel 8. Frekuensi lama lepas tali pusat jumlah 12 responden dengan perawatan teknik kassa alkohol pada bayi di BPS Ny.Me Desa Cerme Kidul pada tanggal 11 April – 5 Juni 2015.

Karakteristik Lama Lepas Tali Pusat	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
< 5 hari	0	0
5 – 7 hari	3	25
> 7 hari	9	75
Total	12	100

3.1. Lama Lepas Tali Pusat Menggunakan Teknik Perawatan Kassa Kering Steril.

Lama lepas tali pusat pada bayi hari ke- 5-7 hari sebanyak 15 responden (78,94 %), lama lepas tali pusat pada bayi yang menggunakan teknik kassa kering steril < 5 hari sebanyak 2 responden (10,53 %), lama lepas tali pusat pada bayi hari ke- > 7 hari sebanyak 2 responden (10,53 %). Jadi rata-rata pelepasan tali pusat menggunakan perawatan tali pusat pada 5-7 hari. Defi Gita (2010) mengungkapkan faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan tali pusat dan pelepasan tali pusat yaitu faktor usia, faktor pendidikan, dan faktor pekerjaan. Hasil tabulasi silang antara usia ibu dengan perawatan tali pusat usia ibu rentang 26-30 tahun sebanyak 8 responden (42,1 %) melakukan perawatan tali pusat menggunakan teknik kassa kering steril. Hasil tabulasi silang pendidikan responden terlihat bahwa responden terbanyak berpendidikan SMA berjumlah 10 responden (52,63 %) yang melakukan perawatan tali pusat menggunakan teknik kassa kering.

Hasil tabulasi silang pekerjaan responden menunjukkan 6 responden (31,58 %) sebagai IRT. Sebagai ibu rumah tangga tentunya waktu yang dimiliki oleh responden untuk memberi perhatian kepada perawatan bayinya menjadi lebih baik. Hasil tabulasi silang antara perawatan tali pusat dengan lama lepas tali pusat menunjukkan bahwa sebanyak 15 responden (78,94 %) melakukan perawatan tali pusat dengan kassa steril. Teknik ini menunjukkan bahwa rata-rata pelepasan tali pusat pada hari ke 5- 7

3.2. Lama Lepas Tali Pusat Menggunakan Teknik Perawatan Kassa Kering Steril.

Lama lepas tali pusat pada bayi hari ke- > 7 hari sebanyak 9 responden (75 %), lama lepas tali pusat pada bayi yang menggunakan teknik kassa alkohol hari ke- 5-7 hari sebanyak 3 responden (25 %). Defi Gita (2010) mengungkapkan faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan tali pusat dan pelepasan tali pusat yaitu faktor usia, faktor pendidikan, dan faktor pekerjaan.

Hasil tabulasi silang antara usia ibu dengan perawatan tali pusat usia ibu rentan 20-25 sebanyak 5 responden (41,7 %) dan rentan 26- 30 tahun sebanyak 5 responden (41,7 %) melakukan perawatan tali pusat menggunakan teknik kassa alkohol. Pelepasan tali pusat menggunakan teknik kassa alkohol rentan > 7 hari. Hasil tabulasi pekerjaan responden terlihat bahwa responden terbanyak adalah bekerja sebagai ibu rumah tangga berjumlah 5 responden (41,67 %).

Hasil tabulasi silang pendidikan responden terlihat bahwa responden terbanyak berpendidikan SMA berjumlah 10 responden (83,3 %). Hasil tabulasi antara perawatan tali pusat menggunakan teknik kassa alkohol terhadap lama lepas menunjukkan bahwa sebanyak 9 responden (75 %) pelepasan tali pusat dengan teknik kassa alkohol cukup lama yaitu > 7 hari.

3.3. Perbedaan Efektifitas Penggunaan Kassa Kering Steril Dibandingkan Dengan Kassa Alkohol Terhadap Lama Lepas Tali Pusat

Pelepasan tali pusat antara 5-7 hari yang menggunakan teknik kassa kering steril sebanyak 15 bayi (78,94 %). Pelepasan tali pusat < 5 hari yang menggunakan teknik kassa

kering steril sebanyak 2 bayi (10,52 %), serta ada juga pelepasan tali pusat yang > 7 hari sebanyak 2 bayi (10,52 %). Menurut Paisal (2008) perawatan tali pusat bertujuan untuk menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, mencegah infeksi pada bayi baru lahir, membiarkan tali pusat terkena udara agar cepat kering dan lepas. Pelepasan menggunakan teknik kassa kering lebih cepat karena keadaan tali pusat selalu lembab. Pelepasan tali pusat > 7 hari sebanyak 9 bayi (75 %) dan pelepasan tali pusat antara hari ke 5-7 dengan teknik kassa alkohol sebanyak 3 bayi (25 %). Menurut Depkes RI 2007 dijelaskan bahwa tali pusat hendaknya dibersihkan setiap hari dengan alkohol 70%, kemudian tali pusat ditutup dengan kain kasa yang bersih dan telah dibasahi alkohol 70%. Pelepasan tali pusat menggunakan teknik kassa alkohol lebih lama karena daya kerja alkohol lebih cepat, tetapi singkat karena bersifat menguap. Pemakaian antimikrobal topikal pada perawatan tali pusat dapat mempengaruhi waktu pelepasan tali pusat, yaitu merusak flora normal sekitar tali pusat sehingga memperlambat pelepasan tali pusat (Retniati, 2010). Pemberian antiseptik pada tali pusat tidak diperlukan, karena resiko terjadinya kontaminasi adalah kecil, yang penting terjaga kebersihannya. Hasil analisa data koefisien dengan uji Mann Whitney diperoleh hasil p value=0,000. Dimana kemaknaan artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima. Hal tersebut menunjukkan ada perbedaan efektifitas penggunaan kassa kering steril dibandingkan dengan kassa alkohol terhadap lama lepas tali pusat di desa Cerme Kidul Kecamatan Cerme Kabupaten Gresik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata waktu lepas tali pusat dengan menggunakan teknik kassa kering lebih cepat dibandingkan dengan teknik kassa alkohol. Wihono, P.A dan Purwanti, O.S., (2009) mengungkapkan bahwa lama pelepasan tali pusat dikatakan cepat jika kurang dari 5 hari, normal jika antara 5 sampai dengan 7 hari, dan lambat jika lebih dari 7 hari.

4. KESIMPULAN

Pelepasan tali pusat menggunakan teknik perawatan kassa kering rata-rata 5-7 hari. Pelepasan tali pusat menggunakan teknik perawatan kassa alkohol rata-rata > 7 hari. Ada perbedaan efektifitas penggunaan kassa kering steril dibandingkan dengan kassa alkohol

terhadap lama lepas tali pusat di Desa Cerme Kidul Kecamatan Cerme Kabupaten Gresik.

Diharapkan ibu mengetahui tentang perawatan bayi baru lahir terutama perawatan tali pusat dengan mengikuti penyuluhan serta berkonsultasi pada bidan, dokter atau orang yang lebih berpengalaman dalam merawat bayi. Diharapkan pada bidan memberikan penyuluhan kepada ibu bersalin sebelum pasien dipulangkan tentang perawatan tali pusat yang benar, dengan tujuan agar ibu tidak bingung untuk melakukan perawatan tali pusat.

REFERENSI

1. Baety, A.N. (2010). *Biologi Reproduksi Kehamilan dan Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
2. Cuningham, et al. (2012). *Obstetri William*. Ed.23. Jakarta: EGC.
3. Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial*. Jakarta: Salemba Medika
4. Ellen. (2008). *Bayi Neonatus Paling Rawan Tetanus*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
5. Hasselquist, M. B. (2006). *Tata Laksana Ibu dan Bayi Pasca Kelahiran*. Jakarta: Prestasi Pustakarya.
6. Hellen. (2005). *Perawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
7. Jitowijoyo, S., Kristiyanasari, W. (2010). *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Cetakan I. Yogyakarta: Muha Medika.
8. Judian, D. (2014). *Keajaiban Darah Tali Pusar dan Plasenta*. Cetakan I. Yogyakarta: Genius Publiser.
9. Leveno, K.J. et al. (2009). *Obstetri William*. Ed.21. Jakarta: EGC.
10. Maryuni, A dan Nurhayati. (2008). *Buku Saku Asuhan Bayi Baru Lahir Normal (Asuhan Neonatal)*. Jakarta: Trans Info Media.
11. Murray, M.L & Huelsmann, G.M.2013. *Persalinan & Melahirkan Praktik Berbasis Bukti*. Jakarta: EGC.
12. Nurjanah, S.N et al. (2013). *Asuhan Kebidanan Postpartum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. Bandung: Refika Aditama.
13. Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Ed.3. Jakarta: Salemba Medika.
14. Prawirohardjo, S. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Ed.4, Cet.3. Jakarta: PT Bina Pustaka.
15. Priyono, Y. (2010). *Merawat Bayi Tanpa Baby Sister*. Yogyakarta: Media Pressindo.
16. Sinsin, I. (2008). *Seri kesehatan Ibu dan Anak Masa Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: Elex Medika Kompatida.

HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN DENGAN KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI TAHUN 2017

Reny Nugraheni

Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

Reny.nugraheni@IIK.ac.id

Abstract

Background : Implementation of leprosy program is very dependent on health facilities that provide leprosy services, including leprosy hospital as one of the spearhead in leprosy service. The effectiveness of services that can be provided by leprosy hospitals in running leprosy programs is greatly influenced by the management of hospitals in regulating the service system. this requiring evaluation as an indicator of service success. **Objectives :** This research purpose to analyze the correlation of patient satisfaction based on variables Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance, Empathy with quality service at Kediri Leprosy Hospital **Methods :** This research was cross sectional, used analytic survey method, and used questionnaires as data collecting. Data were analyzed with Spearman rank-correlation test to determine the correlation between patient satisfaction with the quality service at Kediri Leprosy Hospital **Results :** The results of tangible variables showed level of service with very adequate facilities and human resources (78.4%), very satisfied with the level of satisfaction reached (83.3%), with medium correlation ($r=0.470$), for variable reliability, service very reliable reached (89.0%), with a satisfaction level of (85.5%), very satisfied, with medium correlation ($r=0.463$). For variable responsiveness (92.1%), service very responsive, very satisfied with the level of satisfaction of (88.1%), with medium correlation ($r=0.547$). For variable assurance, service is guaranteed (89.0%), very satisfied with the level of satisfaction of (86.8%), with medium correlation ($r=0.442$), empathy variable of service is considered (94.3%) are very satisfied with the level of satisfaction of (89.4%), with medium correlation ($r=0.529$). Based on the result all variables obtained very good service (72.2%), with satisfaction level is very satisfied (71.8%), with medium correlation ($r=0.438$). **Conclusion and Suggestion :** it can be concluded that there is a correlation between patient's satisfaction with quality service at Kediri Leprosy Hospital

Keywords: Quality of service, Patient Satisfaction, Leprosy Hospital.

1. PENDAHULUAN

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi sampai meluas masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Depkes RI, 2006). Pada saat ini Indonesia menempati posisi ketiga dalam hal jumlah penderita kusta di seluruh dunia, sedangkan untuk Propinsi Jawa Timur menempati urutan pertama dalam hal jumlah penderita kusta di seluruh Indonesia.

Pelaksanaan program kusta sangat tergantung dengan fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kusta, termasuk rumah sakit kusta sebagai salah satu ujung tombak dalam pelayanan kusta. Efektifitas pelayanan

yang dapat diberikan oleh rumah sakit kusta dalam menjalankan program kusta sangat dipengaruhi oleh manajemen rumah sakit dalam melakukan pengaturan sistem pelayanan. Pelayanan Medik yang diberikan oleh Rumah Sakit Kusta Kediri sebagai pelayanan kesehatan yang mengupayakan peningkatan kemampuan fungsional pasien sesuai dengan potensi yang dimiliki untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup, masih berjalan tidak maksimal.

Berkurangnya jumlah faskes pasti mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien Kusta dan berhubungan dengan keberhasilan program penanggulangan Kusta itu sendiri, oleh karena itu perlu suatu indikator untuk mengetahui keberhasilan program kusta tersebut. salah

satu indikatornya adalah kepuasan pasien, Sehingga dari beberapa fakta diatas maka peneliti ingin mengetahui tingkat kepuasan pasien sebagai indikator dari pelayanan rawat jalan pasien Kusta dengan mengangkat judul : “Hubungan Kualitas Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Kusta Kediri Tahun 2017”

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode observasi dengan *survei analitik* menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu peneliti mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor resiko) dengan variabel terikat (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat atau pada saat yang bersamaan dan dilakukan satu kali saja (Notoatmodjo, 2010). Serta memakai kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti yaitu Pasien rawat jalan yang sudah berobat jalan di Rumah Sakit Kusta. Jumlah sample dalam penelitian ini adalah 227 responden.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1. Distribusi dari variabel *Tangible*

Tabel 1. Distribusi pelayanan di Rumah Sakit Kusta menurut variabel *tangible*

No.	Pelayanan DPP	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Kondisi sarana dan SDM sangat tidak memadai	-	-
2.	Kondisi sarana dan SDM tidak memadai	6	2,6
3.	Kondisi sarana dan SDM memadai	43	18,9
4.	Kondisi sarana dan SDM sangat memadai	178	78,4
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

Tabel 2. Distribusi kepuasan variabel *tangible* di Rumah Sakit Kusta

No.	Kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat tidak puas	-	-
2.	Tidak puas	1	0,4
3.	Puas	37	16,3
4.	Sangat puas	189	83,3
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

3.1.2. Distribusi dari variabel *Reliability*

Tabel 3. Distribusi pelayanan di Rumah Sakit Kusta menurut variabel *Reliability*

No.	Pelayanan DPP	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat tidak bisa diandalkan	-	-
2.	Pelayanan tidak bisa diandalkan	1	0,4
3.	Pelayanan bisa diandalkan	24	10,6
4.	Pelayanan sangat bisa diandalkan	202	89,0
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

Tabel 4. Distribusi kepuasan variabel *Reliability* di Rumah Sakit Kusta

No.	Kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat tidak puas	-	-
2.	Tidak puas	1	0,4
3.	Puas	31	13,7
4.	Sangat puas	195	85,9
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

3.1.3. Distribusi dari variabel *Responsiveness***Tabel 5. Distribusi pelayanan di Rumah Sakit Kusta menurut variabel *Responsiveness***

No.	Pelayanan DPP	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat tidak tanggap	-	-
2.	Pelayanan tidak tanggap	-	-
3.	Pelayanan tanggap	18	7,9
4.	Pelayanan sangat tanggap	209	92,1
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

Tabel 6. Distribusi kepuasan variabel *Responsiveness* di Rumah Sakit Kusta

No.	Kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat tidak puas	-	-
2.	Tidak puas	-	-
3.	Puas	27	11,9
4.	Sangat puas	200	88,1
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

3.1.4. Distribusi dari variabel *Assurance***Tabel 7. Distribusi pelayanan di Rumah Sakit Kusta menurut variabel *Assurance***

No.	Pelayanan DPP	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat tidak dijamin	-	-
2.	Pelayanan tidak dijamin	-	-
3.	Pelayanan dijamin	25	11,0
4.	Pelayanan sangat dijamin	202	89,0
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

Tabel 8. Distribusi kepuasan variabel *Assurance* di Rumah Sakit Kusta

No.	Kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayan sangat tidak puas	-	-
2.	Pelayanan tidak puas	1	0,4
3.	Pelayanan puas	29	12,8
4.	Pelayanan sangat puas	197	86,8
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

3.1.5. Distribusi dari variabel *Empathy***Tabel 9. Distribusi pelayanan di Rumah Sakit Kusta menurut variabel *Empathy***

No.	Pelayanan DPP	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat tidak diperhatikan	-	-
2.	Pelayanan tidak diperhatikan	1	0,4
3.	Pelayanan diperhatikan	12	5,3
4.	Pelayanan sangat diperhatikan	214	94,3
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

Tabel 10. Distribusi kepuasan variabel *Empathy* di Rumah Sakit Kusta

No.	Kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat tidak puas	-	-
2.	Pelayanan tidak puas	-	-
3.	Pelayanan puas	24	10,6
4.	Pelayanan sangat puas	203	89,4
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

3.1.6. Distribusi secara keseluruhan

Tabel 11. Distribusi pelayanan di Rumah Sakit Kusta secara keseluruhan

No.	Pelayanan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat kurang	-	-
2.	Pelayanan kurang	-	-
3.	Pelayanan baik	63	27,8
4.	Pelayanan sangat baik	164	72,2
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

Tabel 12. Distribusi kepuasan secara keseluruhan di Rumah Sakit Kusta

No.	Kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pelayanan sangat tidak puas	-	-
2.	Pelayanan tidak puas	1	0,4
3.	Pelayanan puas	63	27,8
4.	Pelayanan sangat puas	163	71,8
Total		227	100,0

(Sumber : Data primer diolah juni 2017)

3.2. Pembahasan

Dari hasil penelitian yang telah diperoleh, dapat dilakukan pembahasan sebagai berikut :

4.2.1. Hubungan Antara Pelayanan dan Kepuasan dari variabel *Tangible*

Dari penelitian didapatkan data yaitu paling banyak responden setuju dengan Kondisi sarana dan SDM sangat memadai dengan 178 responden (78,4%), Data tersebut menunjukkan kualitas sarana dan SDM di Rumah Sakit Kusta sangat memadai dan baik tetapi ada 6 orang responden yang kurang setuju, Karena masalah sarana ruang tunggu dan parkir yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang adanya fasilitas tersebut. Beberapa responden yang lain juga menilai bahwa alat kesehatan yang kurang.

Data kepuasan pasien menunjukkan paling banyak responden menyatakan sangat puas dengan 189 responden (83,3%), bisa dikatakan responden sudah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. Hasil uji *rank spearman* diperoleh sig 0,01, $\alpha = 0,005$, $r = 0,470$. Hal ini berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima karena nilai $r = 0,470$ dengan arah korelasi positif dan menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan tingkat kepuasan pasien kusta dari variabel *tangible*. Fakta ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Endah (2013) yang juga menyimpulkan ada hubungan antara *tangible* dengan kepuasan pasien.

4.2.2. Hubungan Antara Pelayanan dan Kepuasan ditinjau dari variabel *Reliability*

Dari penelitian didapatkan data yaitu paling banyak responden setuju dengan pelayanan sangat bisa diandalkan dengan 202 responden (89,0%). Data tersebut menunjukkan kualitas kehandalan di Rumah Sakit Kusta sangat baik.satu orang responden merasa kehandalannya masih kurang dikarenakan dokter terlambat atau kurang tepat waktu.

Data kepuasan pasien menunjukkan paling banyak responden menyatakan sangat puas dengan 195 responden (85,5%), bisa dikatakanresponden merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan.Hasil uji *rank spearman* diperoleh sig 0,01, $\alpha = 0,005$, $r = 0,463$. Hal ini berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima karena nilai $r = 0,463$ dengan arah korelasi positif dan menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan tingkat kepuasan pasien kusta dari variabel *reliability*. Penelitian Endah (2013) juga menyimpulkan hal yang sama.

4.2.3. Hubungan Antara Pelayanan dan Kepuasan ditinjau dari variabel *Responsiveness*

Dari penelitian didapatkan data yaitu paling banyak responden setuju dengan pelayanan sangat tanggap dengan 209 responden (92,1%). Data tersebut menunjukkan kualitas dari ketanggapan di Rumah Sakit Kusta sangat baik. Data kepuasan

pasien menunjukkan paling banyak responden menyatakan sangat puas dengan 200 responden (88,1%), bisa dikatakan responden sudah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan.

Hasil uji *rank spearman* diperoleh sig 0,01, $\alpha = 0,005$, $r = 0,547$. Hal ini berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima karena nilai $r = 0,547$ dengan arah korelasi positif dan menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan tingkat kepuasan pasien kusta dari variabel *Responsiveness*. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Endah (2013) yang juga menyimpulkan ada hubungan antara pelayanan dari *Responsiveness* dengan kepuasan pasien.

4.2.4. Hubungan Antara Pelayanan dan Kepuasan ditinjau dari variabel Assurance

Dari penelitian didapatkan data yaitu paling banyak responden menyatakan setuju dengan pelayanan sangat dijamin dengan 202 responden (89,0%). Data tersebut menunjukkan kualitas dari ketanggapan di Rumah Sakit Kusta sangat dijamin. Data kepuasan pasien menunjukkan paling banyak responden menyatakan sangat puas dengan 197 responden (86,8%), bisa dikatakan responden sudah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan.

Hasil uji *rank spearman* diperoleh sig 0,01, $\alpha = 0,005$, $r = 0,442$. Hal ini berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima karena nilai $r = 0,442$ dengan arah korelasi positif dan menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan tingkat kepuasan pasien kusta dari variabel *assurance*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Endah (2013) yang juga menyimpulkan ada hubungan antara *assurance* dengan kepuasan pasien yang menunjukkan arah korelasi yang positif.

4.2.5. Hubungan Antara Pelayanan dan Kepuasan ditinjau dari variabel Empathy

Dari penelitian didapatkan data yaitu paling banyak responden menyatakan setuju dengan pelayanan sangat diperhatikan dengan 214 responden (94,3%) dan paling sedikit 1 responden (0,4%) yang merasakan pelayanan kurang di perhatikan disebabkan oleh waktu pelayanan dan konsultasi yang kurang, data tersebut menunjukkan kualitas dari pelayanan di Rumah Sakit Kusta sangat diperhatikan.

Data kepuasan pasien menunjukkan paling banyak responden menyatakan sangat puas dengan 203 responden (89,4%), bisa dikatakan responden sudah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan.

Hasil uji *rank spearman* diperoleh sig 0,01, $\alpha = 0,005$, $r = 0,529$. Hal ini berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima karena nilai $r = 0,529$ dengan arah korelasi positif dan menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan tingkat kepuasan pasien kusta dari variabel *empathy*. Sesuai dengan penelitian Arista (2013) yang menyimpulkan ada hubungan antara *empathy* dengan kepuasan pasien dan diperkuat juga dengan penelitian Endah (2013) yang mendapatkan hasil yang sama.

4.2.6. Hubungan Antara Pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan Kepuasan pasien

Analisis ini adalah analisis keseluruhan antara pelayanan dan kepuasan Rumah Sakit Kusta dengan menggunakan semua variabel yang ada yaitu *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*. Dari penelitian didapatkan data, paling banyak responden menyatakan setuju dengan pelayanan sangat baik dengan 164 responden (72,2%), data tersebut menunjukkan kualitas dari pelayanan di Rumah Sakit Kusta secara keseluruhan sudah sangat baik.

Data kepuasan pasien menunjukkan paling banyak responden menyatakan sangat puas dengan 163 responden (71,8%), bisa disimpulkan responden sudah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. Hasil uji *rank spearman* diperoleh sig 0,01, $\alpha = 0,005$, $r = 0,438$. Hal ini berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima karena nilai $r = 0,438$ dengan arah korelasi positif dan menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan Rumah Sakit Kusta dengan kepuasan pasien Rumah Sakit Kusta. Hasil tersebut bisa diambil kesimpulan sesuai dengan penelitian Endah (2013) yang memperlihatkan ada hubungan antara variabel *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dengan kepuasan pasien.

5. SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian hubungan kepuasan pasien kusta kesehatan dengan kualitas pelayanan Rumah Sakit Kusta dapat disimpulkan sebagai berikut :

Pelayanan Rumah Sakit Kusta berdasarkan pelayanan *tangible* dapat dikategorikan sangat baik. Kepuasan Pasien Rumah Sakit Kusta berdasarkan *tangible* dikategorikan sangat puas. Berdasarkan uji korelasi *rank spearman* diketahui hubungan kepuasan pasien kusta dengan pelayanan Rumah Sakit Kusta dari variabel *tangible* memiliki hubungan dengan kategori sedang dan arah korelasi positif.

Rumah Sakit Kusta berdasarkan indikator pelayanan *reliability* dapat dikategorikan sangat baik. Kepuasan Pasien Rumah Sakit Kusta berdasarkan *reliability* menunjukkan bahwa kepuasan pasien sangat puas. Berdasarkan uji korelasi *rank spearman* diketahui hubungan kepuasan pasien dengan pelayanan Rumah Sakit Kusta dari variabel *reliability* memiliki hubungan dengan kategori sedang dan arah korelasi positif.

Pelayanan Rumah Sakit Kusta berdasarkan indikator pelayanan *responsiveness* dapat dikategorikan sangat baik. Kepuasan Pasien Rumah Sakit Kusta berdasarkan *responsiveness* bisa dikategorikan sangat puas. Berdasarkan uji korelasi *rank spearman* diketahui hubungan kepuasan pasien dengan pelayanan Rumah Sakit Kusta dari variabel *responsiveness* memiliki hubungan dengan kategori sedang dan arah korelasi positif.

Pelayanan Rumah Sakit Kusta berdasarkan indikator pelayanan *assurance* dapat dikategorikan sangat baik. Kepuasan Pasien Rumah Sakit Kusta berdasarkan *assurance* bisa dikategorikan sangat puas. Berdasarkan uji korelasi *rank spearman* diketahui hubungan kepuasan pasien dengan pelayanan Rumah Sakit Kusta dari variabel *assurance* memiliki hubungan dengan kategori sedang dan arah korelasi positif.

Pelayanan Rumah Sakit Kusta berdasarkan indikator pelayanan *empathy* dapat dikategorikan sangat baik. Kepuasan Pasien Rumah Sakit Kusta berdasarkan *empathy* bisa dikategorikan sangat puas. Berdasarkan uji korelasi *rank spearman* diketahui hubungan kepuasan pasien dengan pelayanan Rumah Sakit Kusta dari variabel *empathy* memiliki hubungan dengan kategori sedang dan arah korelasi positif.

Pelayanan Rumah Sakit Kusta berdasarkan indikator pelayanan dapat

dikategorikan sangat baik. Kepuasan Pasien bisa dikategorikan sangat puas. Berdasarkan uji korelasi *rank spearman* diketahui hubungan kepuasan pasien dengan pelayanan Rumah Sakit Kusta memiliki hubungan dengan kategori sedang dan arah korelasi positif.

5.2. Saran

Hendaknya Rumah Sakit memberikan informasi atau penyuluhan kepada pasien tentang fasilitas yang dimiliki dengan leaflet atau papan panduan., membudayakan disiplin waktu dalam melakukan pelayanan sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan, perluasan sarana baik tempat parkir maupun ruang tunggu.

REFERENSI

1. Depkes RI. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta, cetakan XVIII*, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta: 2006
2. Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar. 2012. *Buku Saku Gate Keeper Dalam Pelaksanaan SJSN* : Kemenkes RI
3. Kemenkes RI. 2011. *Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan* . Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
4. Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Rineka Cipta.
5. Noviyanti, Arista. 2012. *Hubungan Antara Beberapa Faktor Dengan Kepuasan Pasien Dengan Mutu Pelayanan Kesehatan Balai Pengobatan Umum di Puskesmas Pecangaan Kabupaten Jepara*. Skripsi di publikasikan oleh Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang
6. Sensus Penduduk. 2010. <http://www.bps.go.id/indeks.php/site?id=35&=jawa-timur>, [Diakses Pada Tanggal 5 Januari 2015 Pukul 19.10 WIB]
7. Sugesti, Endah. 2013. *Hubungan Persepsi Pasien Rawat Jalan Tentang Mutu Pelayanan Dokter Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di RSUD Kota Salatiga Tahun 2013*. Skripsi di

- publikasikan oleh Fakultas Kesehatan
Universitas Dian Nuswantoro Semarang
8. Supranto, J. 2011. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta : Rineka Cipta.

DEPRESI DAN KUALITAS TIDUR LANSIA**Bunga Anggraita¹⁾, Christina Yuliasuti²⁾, Imroatul Farida³⁾**^{1,2,3} STIKes Hang Tuah Surabaya

email : christinayuliasuti@stikeshangtuah-sby.ac.id

³ STIKes Hang Tuah Surabaya

email : faridabiantoro13@gmail.com

Abstract

Poor quality of life in elderly people such as decreasing body function, not getting health access, no old-age insurance, no social support from family or friends can trigger depression. The objective of this study was to identify the correlation between depression level and sleep quality among elderly. This study used correlational analytic. Samples were taken using simple random sampling, with 31 elderly people in Panti Werdha Mojopahit Mojokerto. Data collection was undertaken using Geriatric Depression Scale (GDS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire sheet. Data were analyzed with Spearman Rank test with significance level of 0,05. Results showed that 16 elderly people who did not have depression, 10 elderly had good sleep quality (62.5%) and 6 elderly had poor quality, while 15 elderly with mild depression all had poor sleep quality (100%). This study found that there was a significant correlation between depression level and sleep quality among elderly ($\rho = 0.000$). A holistic nursing care plan that minimizes the underlying causes of depression in the elderly, developing adaptive coping and social support can help the elderly adjust to the underlying causes of depression.

Keywords : elderly, depression, sleep, CHPA axis

1. PENDAHULUAN

Terdapat banyak permasalahan yang dialami lanjut usia diantaranya banyak lanjut usia yang masih memiliki kualitas hidup yang buruk seperti tidak berpendidikan, tidak memperoleh akses kesehatan, tidak memiliki jaminan hari tua, tidak memiliki dukungan sosial dari keluarga atau teman untuk merawat mereka. Kondisi psikologis tersebut dapat memicu munculnya salah satu gangguan mental pada lanjut usia yaitu depresi. Pada pasien lanjut usia tampilan yang paling umum adalah keluhan somatis, hilang selera makan, dan gangguan pola tidur yang berdampak pada kualitas tidur dari lanjut usia itu sendiri. Berdasarkan pengalaman klinik dari peneliti, peneliti menemukan lansia yang terlihat menyendiri, tidak mau makan, tidak mau berjemur, dan malas untuk beraktivitas serta lansia yang sering mengeluhkan terbangun pada saat tidur dan sulit tidur, sehingga tingkat depresi yang mempengaruhi kualitas tidur pada lansia di UPT Panti Werdha Mojopahit Mojokerto belum dapat dijelaskan.

Prevalensi gangguan tidur pada lanjut usia di Indonesia cukup tinggi yaitu sekitar 67% dari 6 juta lanjut usia (Amir, 2007). Gangguan tidur menyerang 50% orang yang berusia 65 tahun atau lebih yang tinggal dirumah dan 66%

orang yang tinggal di fasilitas perawatan (Mickey & Patricia, 2006). Gangguan tidur pada lanjut usia bisa disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah depresi. Prevalensi depresi pada lanjut usia di dunia berkisar antara 8-15% (Medicastore, 2008). Berdasarkan hasil wawancara awal peneliti terhadap 8 orang lanjut usia di UPT Panti Werdha Mojopahit Mojokerto yang mengalami didapatkan (6 orang) 75% mengalami gangguan tidur dan yang tidak mengalami gangguan tidur yang berarti (2 orang) 25%.

Etiologi depresi yang mendukung hubungannya dengan gangguan tidur adalah teori terganggunya neurotransmitter serotonin dan regulasi hormon *Cortical Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (CHPA)*. Serotonin mempunyai efek menenangkan. Hormon ini menyiapkan otak dan tubuh untuk masuk ke tahap tidur dalam dengan cara mengurangi sistem aktivitas tubuh (Prasadj, 2009). Apabila terdapat gangguan neurotransmitter pada serotonin, maka akan terjadi keadaan tidak bisa tidur atau keadaan terjaga sehingga hal tersebut dapat berpengaruh pada kualitas tidur. Tidur demikian penting pada orang yang menderita kondisi seperti itu, sebagai penurunan tidur dapat memperburuk gejala pada gangguan tersebut dan bahkan

memperburuk prognosis. Apabila lanjut usia dapat memenuhi kebutuhan tidurnya secara adekuat, lanjut usia tersebut akan dapat menjaga keseimbangan fungsi fisiologis dan psikologisnya.

Depresi merupakan salah satu penyebab dari terganggunya kualitas tidur pada lanjut usia, tugas perawat adalah memberikan dukungan serta perhatian kepada lanjut usia agar lanjut usia tidak merasa sendiri dan merasa dirinya tidak berharga salah satunya dengan mengadakan kegiatan berupa terapi modalitas bagi lanjut usia. Maryam (2008) menjelaskan bahwa tujuan dari terapi modalitas adalah untuk mengisi waktu luang bagi lansia, meningkatkan kesehatan lansia, meningkatkan produktivitas lansia, dan meningkatkan interaksi sosial antar lansia, sehingga meminimalkan terjadinya depresi pada lanjut usia. Selain itu, sebagai perawat sudah seharusnya memberikan asuhan keperawatan sehingga kebutuhan tidur pada lanjut usia dapat terpenuhi, dengan tingkat depresi yang berkurang diharapkan dapat memberi kenyamanan bagi lanjut usia sehingga dapat meningkatkan kebutuhan tidur secara adekuat.

2. KAJIAN LITERATUR

Stres (*stress*) menunjukkan suatu tekanan atau tuntutan yang dialami individu/organisme agar ia beradaptasi atau menyesuaikan diri. Sumber stres disebut sebagai *stressor*. Dalam batas tertentu stres sehat untuk diri kita, stres membantu kita untuk tetap aktif dan waspada. Akan tetapi, stres yang sangat kuat atau berlangsung lama dapat melebihi kemampuan kita untuk mengatasi (*coping ability*) dan menyebabkan distress emosional seperti depresi atau kecemasan, atau keluhan fisik seperti kelelahan dan sakit kepala. (Nevid, et al, 2005).

Beberapa kelenjar endokrin terlibat dalam menampilkan respons tubuh terhadap stres. Pertama, hipotalamus, suatu struktur kecil di otak, melepas suatu hormon yang menstimulasi kelenjar pituitari didekatnya untuk menghasilkan *adrenocorticotrophic*

dan menurunkan serotonin tubuh tidak mampu menghasilkan lebih banyak serotonin untuk menggantikan serotonin yang terpakai mengakibatkan penurunan siklus tidur REM, sehingga dapat menyebabkan terjadinya insomnia (Widya, 2010).

hormone (ACTH). ACTH, selanjutnya, menstimulasi kelenjar adrenal yang berlokasi di atas ginjal. Di bawah pengaruh ACTH, lapisan terluar kelenjar adrenal yang disebut *korteks adrenal*, melepas sekelompok steroid (misalnya, *cortisol* dan *cortisone*). Kortisol steroid ini (disebut juga *kortikosteroid*) merupakan hormon yang mempunyai sejumlah fungsi yang berbeda-beda dalam tubuh. Hormon ini mendorong perlawanan terhadap stres, membantu perkembangan otot dan menyebabkan hati melepaskan gula, yang merupakan tenaga dalam menghadapi stresor yang mengancam (misalnya pencari mangsa/predator atau penyerang yang tersembunyi).

Cabang simpatis dari susunan saraf otonom, menstimulasi lapisan dalam dari kelenjar adrenal, disebut *medula adrenalis*, untuk melepaskan zat kimia yang disebut *catecholamine*— epinefrina (adrenal) dan norepinefrina (noradrenalin). Zat ini berungsi sebagai hormon setelah terlepas di dalam aliran darah. Norepinefrina juga diproduksi di sistem saraf dan berfungsi sebagai suatu neurotransmitter.

Penelitian awal mengenai dasar penyebab biologis dari depresi berfokus pada berkurangnya tingkat neurotransmitter dalam otak. Neurotransmitter pertama kali dicurigai memainkan peran dalam depresi pada tahun 1950-an. Penemuan yang dilaporkan pada masa itu adalah pasien hipertensi (tekanan darah tinggi) yang meminum obat *reserpine* sering menjadi depresi. *Reserpine* menurunkan suplai dari berbagai neurotransmitter di dalam otak, termasuk *norepinephrine* dan *serotonin* (USDHHS, 1999a). Kemudian muncul penemuan bahwa obat-obatan yang menaikkan tingkat neurotransmitter seperti *norepinephrine* dan *serotonin* di otak dapat mengurangi depresi (Nevid, et al, 2005).

Depresi berhubungan dengan meningkatnya saraf simpatis menimbulkan penurunan gaba yang mengakibatkan kesulitan tidur dan meningkatnya keadaan jaga, peningkatan norepinefrin mengakibatkan penurunan tidur NREM tahap IV dan REM,

Menurut Prasadja (2009), hormon serotonin menyiapkan otak dan tubuh untuk masuk ke tahap tidur dalam dengan cara mengurangi sistem aktivitas tubuh, sedangkan hormon norepinefrin merupakan neurotransmitter yang menghasilkan aktivitas

pada terminal saraf post sinaps simpatik pada system saraf otonom yang menimbulkan respons “*fight or flight*” pada organ efektor (Suliswati, 2005), sehingga apabila terjadi depresi maka akan menyebabkan terganggunya neurotransmitter diatas yang akan menyebabkan gangguan tidur dan memperburuk kualitas tidur pada lansia.

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *non experimental* (penelitian analitik korelatif) yang bertujuan mengungkapkan hubungan korelatif antara tingkat depresi dan kualitas

tidur pada lansia. Sampel penelitian diambil menggunakan metode *Simple Random Sampling* sebanyak 31 lansia yang berusia 50-80 tahun, tidak mengalami demensia dan tidak mendapatkan *total care* di UPT Panti Werdha Mojopahit Mojokerto. Data penelitian didapatkan dengan menggunakan metode wawancara terstruktur. Instrumen penelitian berupa kuesioner data demografi, kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS), kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji statistik Spearman Rho dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$.

Tabel 1. Karakteristik Responden lansia

			Frekuensi	
			n	%
No.	Karakteristik lansia			
1	Jenis kelamin	Laki-laki	6	19,4%
		Perempuan	25	80,6%
2	Usia	50-60 tahun	6	19,4%
		61-70 tahun	13	41,9%
		71-80 tahun	12	38,7%
3	Pendidikan terakhir	Tidak sekolah	27	87,1%
		SD	3	9,7%
		SMP	0	0,0%
		SMA	1	3,2%
		perguruan Tinggi	0	0,0%
4	Status perkawinan	Kawin	5	16,1%
		Tidak kawin	0	0,0%
		Janda/duda	26	83,9%
5	Lama tinggal di panti	< 1 tahun	5	16,1%
		> 1 tahun	26	83,9%
6	Awal masuk panti werdha	Diantar keluarga	17	54,8%
		Terlantar di jalan/terbuang	8	25,8%
		Keinginan sendiri	6	19,4%
7	Memiliki pasangan di panti	Memiliki pasangan di panti	5	16,1%
		Tidak memiliki pasangan di panti	26	83,9%

Sumber : Data primer

Tabel 2 : Tingkat depresi dan kualitas tidur lansia

Tingkat depresi	Kualitas tidur					
	Baik		Buruk		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tidak depresi	10	62,5%	6	37,5%	16	100%
Depresi ringan	0	0	15	100%	15	100%
Depresi sedang/berat	0	0	0	0	0	0
Total	10		21		31	

$p = 0,000$

Sumber : Data primer

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Secara umum, dari 31 responden lansia di UPT Panti Werdha Mojopahit Mojokerto, sebagian besar adalah perempuan (80,6%), rata-rata berusia 61-70 tahun, sebagian besar tidak pernah bersekolah (87,1%), berstatus janda/duda (83,9%) dan hanya 15,1% yang masih memiliki pasangan di panti, rata-rata lansia tinggal dipanti dengan diantar oleh keluarga (54,8%). Karakteristik responden lansia dapat dilihat pada tabel 1.

Hasil penelitian menunjukkan 16 lansia yang tidak mengalami depresi, 10 lansia memiliki kualitas tidur yang baik (62,5%) dan 6 lansia memiliki kualitas tidur yang buruk, sedangkan 15 lansia yang mengalami depresi ringan, seluruhnya memiliki kualitas tidur yang buruk. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur lansia ($p = 0.000$). Hubungan antara tingkat depresi dan kualitas tidur lansia dapat dilihat pada tabel 2.

Hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa lansia yang tidak mengalami depresi lebih dari separuh, yakni 16 orang (51,6%), yang mengalami depresi ringan sebanyak 15 orang (48,4%) dan yang tidak ada yang mengalami depresi sedang/berat. Secara teoritis dijelaskan bahwa, terjadinya depresi pada lanjut usia selalu merupakan interaksi antara faktor biologik, fisik, psikologik, dan sosial (Ibrahim, 2011). Faktor biologi yang merupakan predisposisi mendasari terjadinya depresi pada usia lanjut ini antara lain akibat berkurangnya produksi neurotransmitter pada lansia yang dikarenakan terjadinya penurunan fungsi pada lansia. Faktor fisik terjadinya depresi pada lansia bisa diakibatkan karena penyakit fisik tertentu yang dialami oleh lansia sehingga menyebabkan kehilangan fungsi tertentu untuk melakukan sesuatu, dan hal ini bisa mengakibatkan terjadinya depresi ada lansia (Ibrahim, 2011). Faktor psikologik juga mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia, antara lain ditandai dengan adanya konflik yang tidak terselesaikan (cemas, rasa bersalah), kemunduran daya ingat atau demensia/pikun, serta adanya gangguan kepribadian. Konflik yang berkepanjangan dan tidak terselesaikan merupakan stresor tersendiri bagi lansia, apabila hal tersebut terjadi secara terus-menerus maka akan mengakibatkan lansia

mengalami depresi. Faktor sosial juga merupakan salah satu faktor penyebab depresi pada lansia, yakni kehilangan pasangan dan kurangnya interaksi dengan orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa jumlah lansia yang tidak mengalami depresi lebih banyak yakni 16 orang (51,6%), peneliti berasumsi hal ini dikarenakan terdapat kegiatan seperti senam yang dilakukan setiap hari Jum'at, kegiatan keagamaan yang juga dilakukan 2 kali setiap minggunya, sehingga interaksi antar lansia dan pegawai panti terjalin dengan baik. Hal ini dapat meminimalisir lansia memiliki perasaan tidak berguna, kehilangan kepercayaan diri yang merupakan penyebab terjadinya depresi pada lansia. Menurut karakteristik jenis kelamin didapatkan hasil dari 6 (100%) lansia laki-laki semuanya tidak mengalami depresi, hal ini tidak bisa dibandingkan karena jumlah responden laki-laki dan perempuan dalam penelitian ini tidak homogen, tetapi menurut penelitian dari Palupi (2010) menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan dalam hal gejala depresi pada responden laki-laki dan perempuan. Hal ini dikarenakan pada penelitian yang dilakukannya tidak dapat menjelaskan pengaruh jenis kelamin terhadap resiko terkena depresi. Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, lansia yang tinggal di panti yang lebih dari 1 tahun jumlahnya lebih banyak yakni 26 orang (83,9%) dari pada lansia yang tinggal di panti yang kurang dari 1 tahun yakni 5 orang (16,1%). Peneliti berasumsi bahwa lansia telah mampu beradaptasi terhadap lingkungan panti. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustin & Ulliya (2008) yang menyatakan individu yang telah lama tinggal di panti telah menyatu dengan kegiatan-kegiatan di panti dan dapat menikmati kegiatan tersebut sehingga kemungkinan terjadinya depresi akan lebih sedikit.

Hal ini juga didukung oleh karakteristik awal masuk panti, dimana hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari 6 lansia yang masuk panti berdasarkan keinginannya sendiri terdapat 4 lansia (66,7%) tidak depresi. Menurut peneliti, ini dikarenakan tidak ada paksaan dari siapapun sehingga lansia tidak merasa terbebani dan menganggap bahwa kehidupan di panti merupakan keluarga baru,

sehingga proses penyesuaian diri pada lansia akan lebih mudah.

Berdasarkan hasil penelitian dari 31 lansia, 15 lansia (48,4) mengalami depresi ringan. Menurut karakteristik berdasarkan usia didapat data bahwa usia antara 50-60 tahun, lansia yang tidak depresi sebanyak 5 orang (83,3%) dan yang mengalami depresi ringan sebanyak 1 orang (16,7 %), sedangkan pada lansia yang berusia antara 61-70 tahun merupakan kelompok usia yang paling banyak yakni 13 orang (41,9%), dengan lansia yang tidak mengalami depresi sebanyak 6 orang (46,2%) dan yang mengalami depresi ringan sebanyak 7 orang (53,8%). Begitu pula pada kelompok usia 71-80 tahun, jumlah lansia yang mengalami depresi ringan lebih banyak dari pada yang tidak mengalami depresi. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Ibrahim (2011), bahwa dengan meningkatnya usia harapan hidup, ternyata insiden depresi pada usia lanjut juga meningkat. Peneliti berasumsi bahwa banyak faktor yang mempengaruhi seorang lansia mengalami depresi. Tidak hanya pada teori yang disebutkan oleh Ibrahim (2011) diatas, namun perubahan akibat proses menua yang terjadi pada lansia turut berpengaruh pada terjadinya depresi.

Berdasarkan karakteristik status perkawinan didapatkan hasil bahwa dari 5 lansia yang menikah dan memiliki pasangan di panti hanya 2 (40%) yang mengalami depresi ringan, sedangkan yang tidak mengalami depresi 3 orang (60%), sedangkan dari 26 lansia yang janda atau duda yang mengalami depresi adalah 13 orang (50%), dan yang tidak mengalami depresi berjumlah 13 orang (50%). Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Potter & Perry (2009), bahwa pengalaman kehilangan melalui kematian kerabat dan teman merupakan bagian sejarah kehidupan yang dialami lansia. Termasuk pengalaman kehilangan keluarga yang lebih tua dan terkadang kehilangan anak. Namun, kematian pasangan merupakan kehilangan yang paling berpengaruh pada lansia. Peneliti berasumsi bahwa kematian atau kehilangan pasangan bagi lansia dapat menimbulkan rasa kesepian. Apabila koping dari lansia tidak baik, kehilangan pasangan bagi lansia bisa memicu timbulnya stres dan apabila dibiarkan lama kelamaan akan menjadi depresi.

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar lansia di UPT Panti Werdha Mojopahit Mojokerto memiliki kualitas tidur yang buruk. Hal ini terbukti dari 31 orang lansia yang menjadi responden, terdapat 21 lansia (67,7%) yang memiliki kualitas tidur yang buruk, dan hanya 10 orang (32,3%) yang memiliki kualitas tidur baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Prasadja (2009), pola tidur seseorang pasti mengalami perubahan seiring dengan pertambahan usia dan semakin beragamnya aktivitas. Berdasarkan hasil karakteristik usia, kelompok usia 71-80 tahun sebanyak 12 orang, 9 (75%) diantaranya memiliki kualitas tidur yang buruk. Perubahan pola tidur pada lansia disebabkan karena adanya penurunan fungsi tubuh, dan perubahan yang terjadi pada lansia. Gangguan tidur pada usia lanjut biasanya muncul dalam bentuk kesulitan tidur dan sering terbangun atau bangun lebih awal. Hal ini tentunya mempengaruhi kualitas tidur dari lansia, kualitas tidur tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya (Hidayat, 2006) . Menurut data penelitian yang didapat, jumlah lansia perempuan yang memiliki kualitas tidur buruk lebih banyak dibandingkan dengan jumlah lansia laki-laki, hal ini sesuai dengan pernyataan dari Prasadja (2009) bahwa pada usia lanjut, wanita lebih banyak mengalami insomnia, dibandingkan pria yang lebih banyak menderita *sleep apnea* atau kondisi lain yang dapat mengganggu tidur. Hal ini berbeda dengan penelitian dari Hastuti (2011), yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara kualitas tidur dengan jenis kelamin, karena hasil uji beda penelitiannya menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas tidur antara lansia yang berjenis kelamin laki-laki atau perempuan. Peneliti berasumsi bahwa hasil penelitian sejalan dengan yang diungkapkan Prasadja karena data pada penelitian ini tidak homogen, sehingga jumlah lansia perempuan yang memiliki kualitas tidur buruk lebih banyak dari pada jumlah lansia laki-laki. Berdasarkan karakteristik lama tinggal di panti, awal masuk panti, dan memiliki pasangan di panti atau tidak, lansia yang memiliki kualitas tidur yang buruk adalah lansia yang tinggal di panti lebih dari 1 tahun, lansia yang masuk panti bukan dengan

keinginannya sendiri atau diantar oleh keluarganya dan lansia yang tidak memiliki pasangan di panti. Berdasarkan asumsi peneliti hal ini mendasari timbulnya stres pada lansia sehingga dapat mempengaruhi pola tidur dan kualitas tidur lansia tersebut. Menurut Hidayat (2006), kondisi psikologis dapat terjadi pada seorang akibat ketegangan jiwa. Hal tersebut terlihat ketika seseorang yang memiliki masalah psikologis mengalami kegelisahan sehingga sulit untuk tidur.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia ($p = 0,000$). Berdasarkan hasil penelitian, responden yang memiliki tingkat depresi dengan kualitas tidur buruk adalah sebanyak 15 orang (100%). Keluhan tidur umumnya muncul pada lansia, sayangnya meskipun banyak pemberi asuhan kesehatan yakin bahwa tidur yang kurang adalah bagian yang tidak terelakkan pada orang yang menua, namun berdasarkan fakta, stres adalah penyebab paling sering pada insomnia akut dan depresi adalah penyebab paling sering pada insomnia kronik (Billiard, Partinen, Roth, & Saphiro, 1994 dalam Maas, et al, 2011). Menurut asumsi peneliti hal ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan hormon norepinefrin dan serotonin, dimana keduanya berperan besar dalam proses tidur. Selain itu, adanya penurunan fungsi pada lansia sehingga memperburuk kondisi depresi pada lansia dan kualitas tidur pada lansia tersebut.

Menurut Lumbantobing (2011), perubahan neurofisiologi yang banyak diteliti pada depresi ialah gangguan tidur. Penderita depresi umumnya mengeluhkan bangunnya terlalu pagi dan sulit tidur lagi, bersamaan pula dengan sering terbangun di malam hari. Lansia yang tidak memiliki depresi sebanyak 16 orang, dimana 10 orang (62,5%) diantaranya memiliki kualitas tidur yang baik, dan hanya 6 (37,5%) yang kualitas tidur buruk. Penelitian dari Hayashino, et al (2010) menyatakan bahwa proporsi responden yang mengalami depresi dengan kualitas tidur yang buruk meningkat secara linier dengan statistik signifikansi $p < 0,0001$. Hal ini dikarenakan pada penelitian ini depresi memainkan peran yang lebih besar karena disertai dengan beberapa kondisi kormobiditas, sehingga proporsi responden dengan depresi pada orang

dengan kualitas tidur yang buruk merupakan proporsi yang lebih besar dari pada faktor lain. Penelitian lain dari Jie, et al (2013) juga menyebutkan bahwa kesehatan fisik dan mental merupakan faktor yang mempengaruhi buruknya kualitas tidur pada lansia. Depresi merupakan salah satu yang dapat mengganggu kesehatan mental, sehingga dapat disimpulkan bahwa depresi bisa sebagai pemicu buruknya kualitas tidur pada lansia.

Menurut asumsi peneliti, banyak faktor yang dapat menimbulkan depresi pada lansia, ini berhubungan dengan penurunan fungsi dan perubahan yang terjadi pada lansia sehingga apabila lansia tersebut tidak dapat beradaptasi dengan perubahan yang ada maka sangat mudah untuk lansia mengalami depresi. Gejala depresi mencakup gejala fisik, gejala psikis, dan gejala sosial. Ketiganya akan sangat berkaitan, secara umum gejala tersebut adalah kehilangan rasa percaya diri, merasa diri tidak berguna, sensitif, perasaan bersalah, dan perasaan terbebani. Gejala tersebut akan mengakibatkan lansia menjadi susah untuk tidur, dan mengganggu pola tidur mereka. Lansia di lokasi penelitian rata-rata mengeluhkan, bahwa mereka sering terbangun pada malam hari, susah untuk memulai tidur dan tidak nyenyak. Kualitas tidur lansia dapat ditingkatkan menjadi lebih baik dengan meminimalisir hal-hal yang dapat menjadi stresor bagi lansia sehingga menimbulkan depresi. Apabila depresi pada lansia dapat ditangani, maka kualitas tidur lansia dapat ditingkatkan.

5. KESIMPULAN

Berbagai permasalahan yang dihadapi oleh lansia, baik masalah fisik, psikologi maupun sosial dapat memicu terjadinya depresi. Depresi akan mengganggu keseimbangan fisiologi dan psikologi lansia, ditunjukkan dari penurunan aktivitas sosial, perawatan diri, serta penurunan kualitas tidur yang akan berdampak pada menurunnya kualitas kesehatan lansia. Asuhan keperawatan pada lansia diarahkan untuk meminimalisir penyebab depresi dengan memfasilitasi coping yang adaptif, dukungan sosial dari keluarga akan membantu lansia beradaptasi terhadap situasi penyebab depresi.

REFERENSI

1. Agustin, D. dan Sarah Ulliya. 2008. Perbedaan Tingkat Depresi pada Lansia dan Sesudah Dilakukan Senam Bugar Lansia di Panti Wredha Wening Wardoya Ungaran. *Media Ners*, 2(1) <https://doi.org/10.14710/nmjn.v2i1.738>
2. Asmadi. 2008. *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika
3. Azizah, M. L. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu
4. Dahlan, M. 2012. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
5. Darmojo, B. 2007. *Buku Ajar Geriatri*. Ed 4. Jakarta : Lembaga Penerbit FKUI
6. Friedman, M. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC
7. Hanun, M. 2011. *Mengenal Sebab-sebab, Akibat-akibat, dan Cara Terapi Insomnia*. Yogyakarta : Flashbooks
8. Hastuti, E. 2011. *Hubungan Kualitas Tidur dengan Fungsi Kognitif dan Kualitas Hidup pada Anggota Posyandu Lansia Sekar Melati Pogung Kidul Sinduadi Mlati Sleman Yogyakarta*. Program Sarjana Universitas Gadjah Mada : Skripsi tidak dipublikasikan
9. Hayashino, Yasuaki., et al. 2010. Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*, 11(4) : 366-371 <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.05.021>
10. Hidayat, A. A. A. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Salemba Medika
11. Ibrahim, A. 2011. *Gangguan Alam Perasaan*. Tangerang : Jelajah Nusa
12. Jie, Li., et al. 2013. Characterization and Factors Associated With Sleep Quality Among Rural Elderly in China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1) : 237-243 <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.08.002>
13. Lubis, N. 2009. *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta : Prenada Media Group
14. Lumbantobing. 2004. *Gangguan Tidur*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
15. Maas, M.L., et al. 2011. *Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Jakarta : EGC
16. Maryam, S.R., et al. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
17. Nevid, J., Spencer, A. Dan Beverly G. 2005. *Psikologi Abnormal*. Jakarta : Erlangga
18. Nugroho, W. 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : EGC
19. Palupi, R. 2008. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia yang Ikut Posyandu di Kelurahan Terban Gondokusuman Yogyakarta*. Program Sarjana Universitas Gadjah Mada : Skripsi tidak dipublikasikan
20. Perry & Potter. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
21. Prasadja, A. 2009. *Ayo Bangun dengan Bugar karena Tidur yang Benar*. Jakarta : Hikmah
22. Radityo, W. 2012. Depresi dan Gangguan Tidur. *E – Jurnal Medika Udayana*, 1(1). <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/4267>
23. Sahelian, R. 2009. *Obat Tidur Alami : MELATONIN*. Jakarta : Prestasi Pustaka
24. Stanley, Neil. 2005. Physiology of Sleep and The Impact of Ageing. *European Urology Supplements*

ANALISIS KEGIATAN TAMAN PEMULIHAN GIZI TERHADAP PERKEMBANGAN BALITA DI WILAYAH KECAMATAN TEMBELANG DI KABUPATEN JOMBANG

Septi Fitrah Ningtyas¹⁾, Mamik Ratnawati²⁾, Rini Hayu L³⁾

¹Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang, cepti_ncep@yahoo.com

²Prodi D III Keperawatan Stikes Pemkab Jombang mamik.perawat@gmail.com

³Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang, hanifsyafi1998@gmail.com

Abstract

Nutrition Recovery Park activities require an active partisipation of all relevant elements. To achieve a good nutrition staus in toddlers, it is necessary activity of Nutrition Recovery Park which is an innovation activity proclaimed by Jombang Regent. Ongoing activities during the specified time period can overcome the nutritional problems in Tembelang District, Jombang regency. The purpose of this activity is to analyze TPG activities on the development of underfives with undernourishment and uncomplicated malnutrition. Research design of quasy experiment, place of research in Tembelang sub-district of Jombang regency. The study was conducted for 3 months. Samples are underweight and malnutrition without complications as many as 76 children under five. Sampling is purposive sampling. Data analysis using chi-square test. The research was conducted in Tembelang sub-district of Jombang district. Monitoring of progress is done at the beginning of TPG activity that is first round and third round with primary data. The independent variable in this research is TPG activity, while the dependent variable is the development of children under five. Instrument for nutritional status of children using Z-score Statistical analysis using chi-square test. The result of the research shows that there is an effect of TPG activity, to further optimize the activity should equip APE facilities in order to improve the development of children under five.

Keywords: TPG, development, toddler.

1. PENDAHULUAN

Gizi memiliki peranan yang tidak diragukan lagi pada tumbuh kembang anak terutama dalam kaitannya dengan lingkungan anak sejak dalam kandungan hingga remaja. Pola makan dan kualitas makanan anak di negara-negara tropik merupakan tantangan yang sangat perlu dikaji lebih mendalam untuk menjawab masalah gizi pada tumbuh kembang anak di Indonesia. Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia, karena kurang gizi akan menyebabkan kegagalan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan, menurunkan produktifitas, daya tahan tubuh sehingga akan meningkatkan angka kesakitan dan kematian (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007). Pada bayi dan anak balita kekurangan gizi dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental dan spiritual (Ali, 2008).

Dari sepuluh propinsi di Indonesia menunjukkan bahwa gizi buruk tertinggi di Indonesia yang menunjukkan bahwa gizi buruk tertinggi di Propinsi Jawa Timur menempati posisi ke tiga dengan jumlah bayi dan balita mencapai 434 ribu orang. Berdasarkan laporan

dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur pada tahun 2008 diketahui jumlah balita Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 3,39% dan balita gizi buruk 0,61%. Prevalensi gizi buruk dan kurang tahun 2009 Jatim sesuai dengan hasil pemantauan status gizi sebesar 12,2 % angka ini lebih rendah dibandingkan dengan target *Millenium Development Goals* (MDG's) 2015 sebesar 20%. Prevalensi lebih dari 43% terjadi di lima Kabupaten/Kota. Keadaan gizi buruk banyak terjadi di Jawa Timur bagian utara. Pada tahun 2010 di Jawa Timur terdapat 136 kecamatan rawan gizi terbanyak ada di Kabupaten Situbondo (12 kecamatan), Probolinggo (11 kecamatan), dan Jember (10 kecamatan), sedangkan Jombang termasuk peringkat ke tiga belas yaitu ada 3 kecamatan rawan gizi diantaranya kecamatan Kesamben, Kabuh dan Sumobito. Karena Jombang termasuk cakupan yang telah mendekati target yang diharapkan sebesar 80% meningkat dari tahun sebelumnya (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2010).

Jumlah balita gizi kurang di Kabupaten Jombang pada tahun 2008 4,4% dan gizi buruk 0,06%. Pada tahun 2009 jumlah balita Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 3,37% dan gizi

buruk sebanyak 0,07% dari seluruh balita. Pada tahun 2010 didapatkan 2,69% balita dengan BGM dan 0,05% balita dengan gizi buruk. Jumlah balita BGM di Kabupaten Jombang pada tahun 2011 sebanyak 0,95%, angka tersebut masih di bawah batas toleransi Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2011. Sementara itu, menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang 2011 berdasarkan prosentase status gizi balita kurang dan buruk dapat diketahui jumlah kecamatan rawan gizi sebanyak 13 kecamatan pada tahun 2011. Adapun rincian dari 16 kecamatan tersebut dicantumkan pada tabel di bawah ini.

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kegiatan TPG terhadap perkembangan balita di Kecamatan Tembelang di Kabupaten Jombang.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

2.1. Taman Pemulihan Gizi (TPG)

TPG adalah kegiatan dari masyarakat, oleh masyarakat, dan bersama masyarakat menanggulangi masalah gizi yang ditemukan dengan partisipasi aktif ibu balita di dampingi ibu kader serta sebagai wahana untuk penerapan perilaku positif, edukatif dan bermain bagi balita.

Tujuan dari TPG adalah untuk memperbaiki status gizi kurang atau gizi buruk menjadi baik, mempertahankan status gizi balita yang sudah baik dan mencegah agar tidak terjadi gizi kurang atau gizi buruk. Balita gizi buruk dan gizi kurang tanpa komplikasi dari keluarga miskin maupun non-miskin.

Tempat pelaksanaan TPG biasanya dilaksanakan di Balai Desa, rumah perangkat desa dan rumah kader. Sumber dana TPG berasal dari jimpitan peduli balita gizi buruk, donatur, pemanfaatan lahan pekarangan (penanaman pohon pisang), serta bantuan dari Kepala Desa dan perangkat desa.

Terdiri dari satu periode kegiatan selama tiga bulan dimana tiap-tiap bulan terdapat 12 hari pelaksanaan Hari Makan Anak, yang dilaksanakan satu minggu setelah hari buka Posyandu.

Kegiatan dari TPG diantaranya adalah mengumpulkan balita sasaran, penyusunan menu sesuai dengan kesukaan balita di tempat sasaran, pengukuran antropometri (berat badan

dan tinggi badan), pemeriksaan medis oleh dokter pada hari pertama, mengolah bahan makanan sesuai jadwal menu oleh ibu balita didampingi kader, permainan dengan APE, dan penyuluhan kesehatan oleh petugas Puskesmas dan kader. Sedangkan urutan kegiatan TPG setiap harinya adalah sebagai berikut: a) Sambil menunggu menu diolah dan disajikan, balita bermain dengan APE, b) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, c) Pembagian makan, d) Berdoa sebelum makan, f) Makan bersama, g) Membersihkan alat makan, h) Pembagian tugas untuk hari berikutnya, i) Pesan kesehatan, dan j) Ibu dan balita pulang.

2.2. Perkembangan Anak

Perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar. Perkembangan juga dapat diartikan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Perkembangan juga merupakan bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Hidayat, 2007; Soetjiningsih, 2007; Ahmad, 2008). Menurut peneliti perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian yang dapat di tes dengan menggunakan suatu instrumen, hal ini sesuai dengan beberapa pengertian perkembangan yang telah dikemukakan oleh beberapa sumber di atas.

Alat ukur yang digunakan dalam perkembangan balita adalah KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan).

2.3. Hipotesis

"Ada pengaruh kegiatan TPG terhadap Perkembangan Balita.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian *quasi experimental*. Pada desain ini mempelajari hubungan kegiatan TPG serta perkembangan dengan menggunakan data primer.

Sampel dari penelitian ini adalah balita dengan gizi buruk dan gizi kurang tanpa komplikasi di Kecamatan Tembelang Kabupaten Jombang. Dengan penghitungan sampel yang memiliki jumlah balita gizi buruk dan gizi kurang 76 balita. (Azwar, 2010).

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perkembangan balita. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kegiatan TPG.

Analisa ini digunakan untuk mencari pengaruh antara dua variabel berbentuk ordinal dan nominal, yaitu :.

Mengetahui pengaruh kegiatan TPG dengan perkembangan balita uji statistik *chi-square*.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Interpretasi Perkembangan Balita Dengan TPG Di Kecamatan Tembelang Pada Masing – Masing Bulan Pengamatan

Waktu monitoring	Sesuai n(%)	TPG Lengkap	
		Meragukan n(%)	Penyimpangan n(%)
Monitoring triwulan pertama	14 (18,4)	44(57,9)	18 (23,7)
Monitoring triwulan kedua	37 (49,1)	25 (33,3)	14(17,5)
Monitoring triwulan ketiga	72(63,2)	23 (20,2)	19 (16,7)

Sebagian besar balita mengalami perkembangan meragukan pada triwulan pertama pada kegiatan TPG, sedangkan pada monitoring triwulan kedua perkembangan balita sesuai, pada monitoring triwulan ketiga sebagian besar perkembangan balita sesuai. (tabel 4.1)

Pengaruh kegiatan TPG terhadap perkembangan balita hasil uji *Chi - square* menunjukkan bahwa $p = 0,000$ yang berarti ada pengaruh perkembangan balita terhadap kegiatan TPG.

4.2. Pembahasan

Hasil penelitian perkembangan balita pada monitoring pertama, kedua dan ketiga pada TPG menunjukkan bahwa ada pengaruh terhadap perkembangan balita. Sesuai dengan pendapat Hidayat (2008) perkembangan setiap tahap usia berbeda – beda peningkatannya. Berbeda dengan pertumbuhan, untuk perkembangan banyak keterampilan yang harus dilalui oleh balita di setiap tahap fase yaitu motorik kasar, motorik halus, sosialisasi dan kemandirian serta bahasa. Kegiatan TPG salah satunya adalah dengan memberikan stimulasi perkembangan yaitu dengan penyuluhan dan APE. Dengan penyuluhan ini maka ibu balita akan lebih banyak tahu tentang stimulasi perkembangan terutama sesuai dengan tahap perkembangan balita. Perkembangan balita butuh monitoring khusus

karena lain halnya dengan pertumbuhan yang bias dilihat dengan kasat mata, tetapi perkembangan hanya bisa dilihat dengan tes tertentu. Dengan kegiatan TPG ini memudahkan deteksi dini penyimpangan perkembangan balita.

Disebutkan bahwa kegiatan TPG lebih efektif dalam hal pertumbuhan sehingga hal tersebut mendukung perkembangan yang lebih baik, lain halnya dengan desa yang tidak ada kegiatan TPG pertumbuhan berlangsung lambat sehingga perkembangan juga akan mengikuti. Faktor lain yang mempengaruhi adalah pola asuh orang tua dan status gizi terhadap perkembangan anaknya. Hal ini sesuai dengan penelitian Kofiyah yang meneliti tentang pola asuh dan status gizi terhadap perkembangan balita. Dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pola asuh sangat menentukan perkembangan balita. Selain itu gizi yang kurang juga akan menurunkan perkembangan balita (Hidayat, 2008).

5. KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan sebagai berikut : Pada monitoring dari triwulan pertama, kedua dan ketiga ada pengaruh perkembangan balita dengan kegiatan TPG di Kecamatan Tembelang Kabupaten Jombang.

REFERENSI

1. Anggidin, Syaflini. 2012. *Kegiatan Inovatif dalam Mendukung Pemberdayaan Masyarakat dalam Meningkatkan Status Gizi Masyarakat Desa NICE*. komunitas fasilitator gizi.com. Diakses tanggal 11 Mei 2012.
2. De Caballero E, Sinisterra O, Lagrutta F, Atalah E. 2004. *Assessment of the nutritional impact of the complementary feeding program of Panama in children under five years old*. 54(1):66-71. (Abstr.).
3. Dinas Kesehatan Kab. Jombang. 2009. *Profil Dinas Kesehatan kab. Jombang, Jombang*.
4. Purwaningsih, E. 2009. *Pengaruh Suplementasi Seng dan Besi terhadap Pertumbuhan, Perkembangan Psikomotorik dan Kognitif Bayi Uji Lapangan di Indramayu Jawa Barat*. eprint.undip.ac.id. Diakses pada tanggal 3 September 2009
5. Soetjiningsih. 2008. *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta : EGC.
6. Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba.

ANALISIS AKURASI GLASGOW COMA SCALE (GCS) DALAM MEMPREDIKSI MORTALITY PASIEN CEDERA KEPALA

Riki Ristanto¹⁾, Amin Zakaria²⁾

¹ Dosen Prodi Keperawatan Poltekkes RS. dr. Soepraoen Malang
rikiristanto1983@gmail.com

² Dosen Prodi Keperawatan Poltekkes RS. dr. Soepraoen Malang
dhilahanin88@gmail.com

Abstract

Background. Measurement of severity and mortality predictions in cases of head injury is an important step to support appropriate, effective and efficient clinical decision-making. Glasgow Coma Score (GCS) is physiological scoring systems that can be used as predictors of mortality of head injury patients. The objective of the study was to know accuracy GCS as a predictor of mortality of head injured patients. **Method.** The observational analytic study with this retrospective cohort design approach was carried out at dr. Iskak Tulungagung on Medical Record. Data taken from all patient medical records from January 2016 to July 2017 amounted to 150 medical records. Variables used were GCS scores when patients were admitted to hospital IGD as well as patient mortality data within 7 days of treatment. The data obtained is then processed with SPSS 20 using Mann Whitney Test, logistic regression. **Results.** Based on Mann-Whitney test results, p value GCS = 0,000, based on multivariate logistic regression test, GCS has sensitivity 0.7586, specificity 0.7934, Positive Predictive Value (PPV) 0.468, and Negative Predictive Value (NPV) 0.932. **Conclusion.** GCS is a good predictor of mortality in cases of head trauma with sensitivity 0.7586, specificity 0.7934, PPV 0.468, and NPV 0.932.

Keywords: Accuracy, GCS, Head Injury Patient, Mortality.

1. PENDAHULUAN

Cedera kepala merupakan kondisi trauma yang menjadi salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan akibat trauma. Kasus cedera kepala selalu membutuhkan penanganan yang serius, komprehensif, dan cepat yang bertujuan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitasnya. Pengukuran keparahan trauma pada kasus cedera kepala (model prognosis) adalah langkah yang sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat, merencanakan strategi pengobatan yang efektif dan efisien, hemat waktu dan biaya serta dapat mencegah kecacatan dan *mortality* pasien cedera kepala (Kung *et al*, 2011; Ting *et al*, 2010; Tjahjadi *et al*, 2013).

Terdapat berbagai cara penilaian prognosis pada kasus trauma kepala, salah satu diantaranya adalah dengan menggunakan *Glasgow Coma Score* (GCS). Penilaian menggunakan GCS menggunakan komponen respon mata, verbal, dan motorik. Namun, menurut Rapsang & Shyam (2015) saat ini masih belum ada sistem penilaian trauma yang ideal untuk diterapkan.

Adanya sistem skoring dari *Glasgow Coma Scale* akan dapat membantu menentukan pasien mana yang memiliki *survival rate* yang masih bagus dan dapat dioptimalkan dengan strategi pengobatan yang efektif dan efisien (Tjahjadi *et al.*, 2013). Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui kemampuan GCS dalam memprediksi *mortality* pada pasien trauma kepala.

2. METODE

Penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan desain *cohort retrospektif* ini dilaksanakan di Rumah Sakit dr. Iskak Tulungagung pada bagaian Rekam Medis. Data diambil dari semua rekam medis pasien bulan Januari 2016 hingga Juli 2017 berjumlah 150 rekam medis dengan kriteria inklusi adalah data rekam medis dengan nilai ISS ≥ 15 , memiliki data GCS pada lembar *triage*, dan data dengan rentang usia pasien 20-65 Tahun. Kriteria eksklusinya adalah data rekam medis dengan luka bakar serius, intoksikasi dan PPOK, dan data pasien rujukan dan pasien yang pindah rumah sakit sebelum 7 hari perawatan.

Dilakukan pengumpulan data dasar berupa: jenis kelamin, mekanisme cedera, dan *mortality* pasien dalam 7 hari perawatan. Data GCS yang digunakan data GCS saat pasien masuk IGD rumah sakit. Penilaian GCS (Tabel 1) terdiri dari tiga komponen yaitu: respon membuka mata, respon motorik dan respon verbal. Data yang didapatkan kemudian diolah dengan SPSS 20.0 menggunakan *Uji Mann Whitney* dan regresi logistik

Tabel 1. Penilaian GCS (Rapsang & Shyam, 2015)

No	Respon	Nilai
1	Eye:	
	Membuka spontan	4
	Membuka terhadap rangsangan suara	3
	Membuka terhadap nyeri	2
	Tidak ada	1
2	Verbal:	
	Orientasi baik	5
	Orientasi terganggu	4
	Kata-kata tidak jelas	3
	Suara tidak jelas	2
	Tidak ada respon	1
3	Motorik:	
	Mampu bergerak	6
	Melokalisasi nyeri	5
	Fleksi menarik	4
	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi	2
	Tidak ada respon	1

3. HASIL

Tabel 2. Karakteristik Responden Penelitian

	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	107	71,3
Perempuan	43	28,7
Mekanisme Cedera		
Kecelakaan lalu lintas	133	88,7
Jatuh	10	6,7
Trauma benda tumpul	7	4,7
Mortality dalam 7 hari		
Hidup	103	68,7
Meninggal	47	31,3
Total	150	100

Sumber : Data primer diolah, 2017

Tabel 3. Diskriptif data Responden Penelitian

Variabel	Rerata	Median	Mini mum	Maksi mum
Usia	40,17	40	19	68
Score ISS	25,19	26	17	38
Score GCS	9,06	9	3	14

Sumber : Data primer diolah, 2017

Pada tabel 2 yang merupakan karakteristik responden penelitian, didapatkan bahwa trauma kepala lebih banyak terjadi pada laki-laki (71,3%), dengan mekanisme cedera terbanyak kecelakaan lalu lintas (88,7%). Penderita trauma kepala lebih banyak yang hidup hingga hari ke 7 perawatan (75%). Berdasarkan hasil pada tabel 3, kejadian cedera kepala rata-rata terjadi pada usia 40,17 (19-68) tahun. Berdasarkan penilaian *Score ISS*, diperoleh nilai mediannya 26 dengan rerata 25,19 (17-38), dan terbanyak mengalami cedera kepala sedang dengan rerata 9,06 (3-14).

Tabel 4. Hasil analisis uji Mann-Whitney

	n	Mortality pasien		Median (Min-Max)	p
		Mati	Hidup		
GCS	150	47	103	9 (3-14)	0,000

Sumber : Data primer diolah, 2017

Berdasarkan hasil analisis uji *Mann-Whitney*, semua *p value* dari variabel GCS <0.05, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara *mortality* pasien dalam 7 hari perawatan dengan score GCS di awal masuk IGD.

Tabel 5. Hasil analisis multivariat regresi logistik GCS.

	Variabel	Koefisien	P
Langkah 1	GCS	0,495	0,000
	Constanta	-3,405	0,000

Sumber : Data primer diolah, 2017

Berdasarkan hasil analisis uji multivariat regresi logistik, maka dapat diinterpretasikan:

1. Variabel GCS berpengaruh terhadap *mortality* pasien cedera kepala dalam 7 hari perawatan.

2. Persamaan pada GCS adalah $y = -3,405 + (0,495) (GCS)$.
3. Variabel GCS, memiliki korelasi positif terhadap *survival* pasien cedera kepala dalam 7 hari perawatan.

Tabel 6. Nilai AUC dan *p Value Uji Hosmer and Lamesho* pada GCS

	Nilai AUC	<i>p Value Uji Hosmer and Lamesho</i>
GCS	0,818	0,231

Sumber : Data primer diolah, 2017

Nilai *p value* dari GCS memiliki nilai *p value* > 0.05. Sehingga disimpulkan bahwa GCS memiliki kalibrasi yang baik. Nilai AUC dari GCS adalah 0.818, dengan interpretasi sangat kuat. Sehingga GCS memiliki diskriminasi dan kalibrasi yang baik.

Tabel 7. Akurasi GCS

	Kemampuan Prediksi		%
	Hidup	Mati	
GCS	22	25	46,8
	7	96	93,2

Sumber : Data primer diolah, 2017

Berdasarkan hasil analisis uji multivariat regresi logistik, GCS memiliki *sensitivity* $(a/(a+c)) = 22/29 = 0.7586$ (75.86%), *specificity* $(d/(b+d)) = 96/121 = 0.7934$ (79.34%), *Positive Predictive Value* (PPV) $(a/(a+b)) = 22/47 = 0.468$ (46.8%), dan *Negative Predictive Value* (NPV) $(d/(c+d)) = 96/103 = 0.932$ (93.2%).

4. PEMBAHASAN

Data yang didapat menunjukkan bahwa pada periode pengambilan sampel, rerata usia penderita cedera kepala adalah 40,17 (19-68) tahun, dengan prevalensi laki-laki yang terbanyak (69,8%), dan mekanisme cedera terbanyak adalah kecelakaan lalu lintas (88,7%). Hasil tersebut bersesuaian dengan hasil penelitian Tjahjadi *et al.* (2013) yang menyatakan bahwa jumlah pasien laki-laki yang mengalami cedera kepala (61 orang atau 81.96%) lebih banyak dibandingkan jumlah pasien perempuan (11 orang atau 18.04%).

Menurut Amanda & Marbun (2014), laki-laki adalah korban kecelakaan yang paling banyak di Indonesia, bahkan jumlahnya termasuk dalam lima besar penyebab utama kematian di Indonesia. Menurut Spesialis

Keselamatan Lalu Lintas di Bank Dunia, Jose Luis Irigoyen, negara-negara berkembang seperti Indonesia menyumbang 90% jumlah kematian akibat kecelakaan lalu lintas. Setiap hari rata-rata 120 orang meninggal akibat kecelakaan lalu lintas di Indonesia dengan 60% kematian berasal dari pengendara roda dua atau tiga dan 80%-nya korbannya adalah laki-laki.

Dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan bahwa GCS memiliki hubungan yang bermakna dengan *mortality* pasien dalam 7 hari perawatan. Menurut kesimpulan hasil penelitian ini, GCS memiliki hubungan yang bermakna sekaligus berpengaruh terhadap *mortality* pasien cedera kepala. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hasil pengukuran GCS secara tidak langsung menunjukkan tingkat keberfungsian otak sebagai pusat kontrol fungsi organ dari seluruh tubuh manusia, kegagalan fungsi organ dapat berdampak langsung pada kelangsungan hidup seseorang. Menurut hasil penelitian Grace & Borley (2008), pasien cedera kepala dengan GCS 15 memiliki prediksi *mortality* sebesar 1%, sedangkan GCS 8 - 12 memiliki prediksi *mortality* yang meningkat menjadi 5% dan pasien cedera kepala dengan GCS 8 prediksi *mortality*nya naik menjadi 40%. Menurut Signorini (1999), GCS dapat digunakan untuk memprediksi risiko kematian di awal trauma. Bahkan menurut hasil penelitian dari Mahdian *et al.* (2014), GCS lebih sensitif daripada prediksi dengan *cerebral state index*.

Pengukuran GCS secara tidak langsung menunjukkan tingkat keberfungsian otak sebagai pusat fungsi kontrol seluruh organ pada tubuh manusia dan alat ukur kuantitatif berat ringannya cedera yang terjadi pada pasien dengan truma kepala (Ting *et al.*, 2010). Menurut hasil penelitian Grace & Borley (2008), bahwa pasien cedera kepala dengan GCS 15 maka tingkat kematiannya 1%, GCS 8 - 12 tingkat kematiannya 5% dan GCS 8 tingkat kematiannya naik menjadi 40%. Sehingga semakin rendah hasil penilaian GCS, maka semakin berat tingkat kerusakan neurologis maka semakin buruk pula prognosis pasien cedera kepala (Ting *et al.*, 2010).

Hasil penilaian GCS bergantung pada respon serebrum terhadap rangsangan aferen. Variasi dari nilai GCS disebabkan oleh gangguan fungsi serebrum atau gangguan di batang otak yang mempengaruhi jalannya

rangsangan ke hemisfer serebrum (Irawan *et al.*, 2010; Wilkinson & Lennox, 2005). Sehingga semakin rendah hasil penilaian GCS, maka semakin berat tingkat kerusakan neurologis yang dialami oleh serebrum atau batang otak (Ting *et al.*, 2010). Oleh karena itu, GCS menjadi faktor penting yang harus diukur pada pasien dengan cedera kepala (Jennet, 2005). Karena selain berfungsi sebagai alat untuk mengevaluasi tingkat kesadaran pasien dan menilai status klinis pasien, GCS juga menjadi alat prognosis untuk pasien yang mengalami cedera kepala (Kung *et al.*, 2011).

Menurut Brazinova *et al.* (2010) prognosis pasien cedera kepala dipengaruhi oleh GCS pasien tersebut, GCS merupakan parameter dalam menentukan prognosis pasien cedera kepala, semakin kecil nilai GCS, maka semakin buruk pula prognosis pasien cedera kepala. Fungsi lain dari pengukuran GCS saat pertama kali pasien cedera kepala masuk rumah sakit adalah untuk memprediksi tingkat *Disability Rating Scale* (DRS) saat pasien keluar dari rumah sakit, dengan kemampuan prediksi sebesar 71%-77% untuk disabilitas keseluruhan dan prediksi disabilitas sedang-berat sebesar 69 - 83% (Irawan *et al.*, 2010; Poon *et al.*, 2005; Zafonte *et al.*, 1996).

Hasil uji akurasi, GCS memiliki sensitivitas sebesar 75.86% dan spesifisitas sebesar 0.7934 atau 79.34%. Hasil tersebut dipengaruhi oleh tingkat rata-rata GCS pasien yaitu 9, hasil itu menunjukkan bahwa tingkat cedera terbanyak adalah cedera otak sedang. Pada kondisi cedera otak sedang, tubuh masih memiliki kemampuan untuk melakukan mekanisme kompensasi, yang bertujuan untuk menstabilkan atau menciptakan kondisi *homeostasis* pada tubuh. Proses penstabilan kondisi akan nampak dari beberapa upaya tubuh yang bersifat otomatis, yang pada akhirnya akan berdampak pada status hemodinamik dalam tubuh. Tubuh akan meningkatkan kerja fungsi jantung dan paru demi mempertahankan oksigenasi dan kecukupan kebutuhan nutrisi otak yang sedang mengalami cedera. Maka pada seorang klien dengan kondisi cedera kepala sedang akan dijumpai adanya peningkatan nadi, tekanan darah dan RR. Apabila mekanisme *homeostasis* tersebut berhasil, maka akan berdampak pada pulihnya kembali fungsi neurologis otak yang pada akhirnya dapat

menurunkan kemungkinan *mortality* klien cedera kepala.

5. SIMPULAN

GCS merupakan prediktor *mortality* yang baik pada kasus trauma kepala dengan *sensitivity* 0.7586, *specificity* 0.7934, PPV 0.468, and NPV 0.932.

REFERENSI

1. Amanda, Gita & Marbun, Julkifli. 2014. *Indonesia Urutan Pertama Peningkatan Kecelakaan Lalu Lintas*. <http://republika.co.id>. Diakses tanggal 24 Juli 2016 Pukul 09.11 WIB.
2. Brazinova, A., Mauritz, W., Leitgeb, J., Wilbacher, I., Janciak, I. 2010. Outcome of Patients With Severe Traumatic Brain Injury Who Have Glasgow Coma Score Scores of 3 or 4 and Are Over 65 years Old. *Neurotrauma*. 27(9): 1549-55.
3. Grace, P.A. Borley, N.R. 2008. *At Glance Ilmu Bedah*. Jakarta, Erlangga.
4. Irawan, H., Setiawan, F., Dewi, Dewanto G. 2010. *Perbandingan glasgow coma Score dan revised trauma score dalam memprediksi disabilitas pasien trauma kepala di RS. Atma Jaya*. Majalah Kedokteran Indonesia. Vol. 60. No. 10.
5. Jennet, B. 2005. Development of Glasgow Coma and Outcome Score. *Nepal Journal of Neuroscience*. 2 (1) : 24-28.
6. Kung, Woon-Man, Tsai, Shin-Han, Chiu, Wen-Ta, Hung, Kuo-Sheng, Wang, Shin-Ping, Lin, Jia-Wei, & Lin, Muh-Shi. 2011. Correlation between Glasgow coma score components and survival in patients with traumatic brain injury. *Injury*, 42(9), 940-944. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2010.09.019>
7. Mahdian, M., Fazel, M.R., Fakharian, E., Akbari, H., Mahdian, S. 2014. "Cerebral State Index Versus Glasgow coma Score As A predictor for In Hospital Mortality in Brain Injured Patients." *Chinese Journal of Traumatologi*. 17(4): 220-224.
8. Poon, W.S., Zhu, X.L., Ng, SCP., Wong, GKC. 2005. Predicting one year clinical outcome in traumatic brain injury (TBI) at the beginning of rehabilitation. *Acta Neurochir*. 93:207-8.

9. Rapsang, A. G., & Shyam, D. C. 2015. Scoring Systems of Severity in Patients with Multiple Trauma. *Cirugía Española (English Edition)*, 93(4), 213-221. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2013.12.031>
10. Signorini, D. F., Andrews, P. J., Jones, P. A. 1999. Predicting survival using simple clinical case study in traumatic brain injury. *Journal Neuoral Neurosurg Psychiatry*. 60: 20-25.
11. Ting, Hsien-Wei, Chen, Ming-Shung, Hsieh, Yueh-Chun, & Chan, Chien-Lung. 2010. Good Mortality Prediction by Glasgow Coma Score for Neurosurgical Patients. *Journal of the Chinese Medical Association*, 73(3), 139-143. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901\(10\)70028-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901(10)70028-9).
12. Tjahjadi, M., Arifin, M. Z., Gill, A. S., & Faried, A. 2013. Early mortality predictor of severe traumatic brain injury: A single center study of prognostic variables based on admission characteristics. *The Indian Journal of Neurotrauma*, 10(1), 3-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnt.2013.04.007>.
13. Wilkinson, I., Lennox, G. 2005. *Essential neurology*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing.
14. Zafonte, R.D., Hammond, F.M., Mann, N.R., Wood, D.L., Millis, S.R., Black, K.L. 1996. Revised trauma score: an additive predictor of disability following traumatic brain injury?. *Am J Phys Med Rehabil*. 75:456-61.

GAMBARAN TINGKAT TURNOVER PERAWAT, MOTIVASI, DAN KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT ISLAM HASANAH MOJOKERTO

Arief Fardiansyah¹⁾, Abdul Muhith²⁾ Mukhammad Himawan Saputra³⁾ Fenty⁴⁾

¹⁾Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: arieffardiansyah123@gmail.com

²⁾Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: abdulmuhith@gmail.com

³⁾Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: mhimawansaputra@gmail.com

Abstract

In Indonesia nurse turnover often occurs in private hospitals, because private hospitals are a form of company that has internally regulated rules and guidelines or commitments. The nurse's turnover is influenced by work dissatisfaction factors due to inadequate compensation, unclear hospital regulation, no appreciation and self-improvement so that employee commitment is low. This study aims to determine the motivation and performance of nurses with many levels of nurse turnover. This type of descriptive research using Cross Sectional approach. Sample of 16 respondents, Proportionate Random Sampling Sampling Technique. The measuring tool used is the questionnaire. The results showed that most nurses with moderate motivation were 8 respondents (50%), and most of the nurses with moderate performance were 9 respondents (56.25%). Based on the results of research conducted got results that high turnover rate influential with the motivation and performance of nurses in the room. So the research is expected to be a reference for hospitals and nurses to reduce the number of turnover and improve the motivation and performance of nurses.

Keywords: Turnover, Motivation, Performance

1. PENDAHULUAN

Perawat merupakan salah satu profesi yang memiliki peranan paling penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Kondisi lingkungan kerja yang buruk, upah kerja yang minim, jam kerja yang melewati batas, tidak adanya jaminan sosial merupakan penyebab utama terjadinya Turnover pada karyawan. Dampak negatif yang dirasakan akibat terjadinya turnover pada perusahaan yaitu pada kualitas dan kemampuan untuk menggantikan karyawan yang keluar dari perusahaan, yang membutuhkan waktu serta biaya baru dalam merekrut karyawan baru (Waspodo dkk, 2013).

Pada tahun 2020, diperkirakan akan ada kekurangan hampir 1 juta perawat di Amerika Serikat. Hal ini di dukung oleh laporan hasil survei di fasilitas keperawatan yang dilakukan oleh American Health Care Association (AHCA) tahun 2011, ada sekitar 2 juta pekerja yang bekerja di fasilitas keperawatan di seluruh Amerika Serikat pada tahun 2010, dimana staf perawat berjumlah 1,3 juta staf (66 persen). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Rosbi, 2013), disatu rumah sakit swasta di Jakarta tentang kepuasan kerja perawat

dengan pengumpulan data melalui kuesioner dengan jumlah responden sebanyak 129 perawat, didapatkan hasil bahwa perawat yang berada pada kategori puas berjumlah 89,9% dan perawat yang berada pada kategori tidak puas berjumlah 10,1%. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 24 Januari 2017 di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto dari 164 orang karyawan diantara nya ada 62 orang perawat. Terdapat 23 (37,1 %) perawat keluar dalam periode waktu tahun 2016, 5 orang (21,7%) dikarenakan masa kontrak habis, 17 orang (73,9%) dikarenakan mengundurkan diri, dan 1 orang (4,3%) berpindah tugas.

Tingginya tingkat turnover melemahkan struktur sistem keperawatan dan menghambat implementasi yang tepat dari proses dan prosedur keperawatan. Turnover dapat berupa pengunduran diri, perpindahan keluar unit organisasi, pemberhentian, atau kematian anggota organisasi. Peningkatan turnover dapat menyebabkan peningkatan beban kerja perawat sehingga tingkat stres perawat menjadi lebih tinggi.

Hal ini berdampak timbulnya kelelahan kerja dan dapat mengurangi motivasi perawat untuk melakukan tugas dengan baik, sehingga

dapat menyebabkan rendahnya kualitas kerja dan meningkatkan terjadinya morbiditas dan mortalitas pasien. Di pihak lain tuntutan akan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat mengharuskan perawat bekerja secara profesional dengan beban kerja yang tinggi (Jones, 2002 dalam Langitan, 2010). Petronila et al mengungkapkan bahwa pengelolaan karyawan secara efektif dan efisien akan mampu mengurangi tingginya tingkat turnover karyawan ke perusahaan lain, turnover menjadi salah satu opsi terakhir bagi seseorang karyawan ketika merasakan kondisi kerja yang sudah tidak sesuai dengan harapan.

Upaya untuk mengendalikan dan menurunkan turnover, dapat dimulai dengan menghilangkan Turnover karyawan (Pareke, 2007). Banyak penyebab terjadinya Turnover antara lain stres kerja, lingkungan kerja, kepuasan kerja, komitmen organisasional, dan lain sebagainya. Selain masalah ketidakpuasan dalam pekerjaan, adanya penurunan Komitmen Organisasional akan memicu terjadinya perpindahan kerja. Pemberdayaan sumber daya perawat mulai dari proses rekrutmen, seleksi, dan penempatan, pembinaan serta pengembangan karir harus dikelola dengan baik, agar dapat memaksimalkan pendayagunaan tenaga perawat dan memberikan kepuasan kerja bagi perawat sehingga akan mencegah perawat berkeinginan pindah kerja (turnover).

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah Deskriptif, dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah 62 orang perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 16 responden. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Proportionate Random Sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Tingkat Turnover pada Perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto pada tahun 2016, dapat diketahui bahwa tingkat Turnover perawat sebanyak 23 (37,1%) Perawat. Berdasarkan standar Turnover Pegawai

menurut WCO Turnover dikatakan tinggi jika $\geq 7\%$ dan rendah $< 7\%$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat turnover perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto dalam kategori tinggi (37,1%) karena lebih dari ($\geq 7\%$). Kemudian berdasarkan perhitungan deskripsi subjek berdasarkan jenis kelamin, dapat diketahui bahwa intensi turnover dengan jenis kelamin perempuan cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini berdasarkan dengan yang dikemukakan oleh Robbins & Judge (2008), wanita memiliki tingkat turnover yang lebih tinggi daripada pria. Karena wanita yang dimaksud Robbins adalah wanita yang sudah menikah dimana wanita memiliki dua peran dan tanggung jawab yang besar, baik sebagai ibu rumah tangga maupun wanita karir.

Berdasarkan karakteristik usia dapat diketahui bahwa intensi turnover pada usia 23-31 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan usia lainnya, berdasarkan fakta yang di dapatkan di lapangan hal ini disebabkan harapan-harapan yang mereka inginkan di tempat kerjanya saat ini tidak dapat terpenuhi, sehingga mereka memiliki intensi turnover yang lebih tinggi.

Alasan mengapa banyak perawat yang keluar tentunya beragam, ada yang dikarenakan masa kontrak habis, mengundurkan diri dan berpindah tugas. Kebijakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan misalkan saja gaji, kondisi lingkungan pekerjaan, kurangnya penghargaan, dan harapan pekerja akan membawa dampak buruk pada sikap kerja pekerjanya, salah satu masalah dalam organisasi yang sering didapatkan menyangkut sumber daya manusia adalah masalah turnover.

3.2. Motivasi perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16 responden terdapat 3 responden (18,75%) dengan motivasi lemah, sebanyak 8 responden (50,0%) dengan motivasi sedang, dan sebanyak 5 responden (31,25%) dengan motivasi kuat. Hal ini menunjukkan bahwa dengan tingginya tingkat turnover perawat sangat berpengaruh pada motivasi perawat ruangan.

Motivasi merupakan bagian penting dalam meningkatkan kinerja. Motivasi menurut teori kebutuhan Maslow dalam Marquis dan Huston (2010) terdiri kebutuhan

fisiologis, rasa aman, kepemilikan, harga diri dan aktualisasi diri. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Aniek S (2015), faktor yang berhubungan dengan turnover perawat di rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar yaitu prestasi/kemajuan di tempat kerja, tanggung jawab kerja, faktor ekstrinsik, kondisi kerja, gaji, kebijakan organisasi dan administrasi serta supervisi, dan tentunya semua faktor tersebut sangat mempengaruhi tingkat motivasi perawat. Pada motivasi perawat masih banyak yang kurang hal ini disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor yang pertama kondisi kerja yang tidak kondusif dengan beban kerja yang tinggi sedangkan jumlah perawat yang terbatas. Dimana pelaksanaan tugas yang rutinitas tanpa ada pengembangan yang kreatif mereka bosan dan jenuh (Muhith, 2017).

Seorang perawat tentunya sangat menginginkan adanya kemajuan dan mengembangkan pekerjaannya. Mendukung pendidikan berkelanjutan dapat membuat mereka merasa lebih berharga dan terpenuhi secara profesional. Hal ini dapat meningkatkan kepuasan, motivasi dan niat untuk tinggal dengan institusi saat ini. Berdasarkan informasi yang didapatkan oleh peneliti saat penelitian, dari beberapa perawat yang ditanya pendapatnya mengenai tingginya tingkat turnover apakah mempengaruhi motivasi mereka dalam bekerja, mereka berpendapat bahwa tentu saja sangat mempengaruhi motivasi kerja mereka, karena pada awalnya mereka yang bekerja solid dalam satu tim dan saling membantu satu sama lain akan tetapi karena beberapa alasan mereka tidak lagi bekerja dalam satu tim.

3.3. Kinerja Perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16 responden terdapat 4 responden (25,0%) dengan kinerja kurang, sebanyak 9 responden (56,25%) dengan kinerja sedang, dan sebanyak 3 responden (18,75%) dengan kinerja baik. Hal ini juga menunjukkan bahwa turnover juga mempengaruhi kinerja perawat di dalam suatu ruangan.

Baik buruknya kinerja organisasi dapat diukur dari kinerja medis dan non medis dalam memberikan pelayanan pada pasien. Perawat adalah salah satu profesi di rumah sakit yang

memiliki peranan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Kinerja (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Muhith, 2017). Oleh karena itu organisasi tempat para perawat bekerja senantiasa mengusahakan peningkatan kualitas profesionalisme mereka.

Berdasarkan informasi yang didapatkan oleh peneliti saat penelitian, banyaknya tingkat turnover sangat mempengaruhi kinerja perawat. Karena naluri setiap perawat tentunya tidak jauh berbeda mereka ingin mengembangkan bakat dan kemampuan nya dalam bidang pekerjaannya, dan tentunya setiap perawat juga menginginkan penghargaan dan mengembangkan dirinya lebih baik lagi. Namun ada pula yang berpendapat jika banyak atau tidaknya tingkat turnover tidak berpengaruh pada kinerja yang dilakukan karena jika perawat yang sudah keluar tentu sudah tidak ada sangkut pautnya lagi dengan pekerjaan yang mereka jalani saat ini.

4. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang didapatkan, maka dapat diambil kesimpulan penelitian yaitu : tingkat Turnover pada perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto dalam kategori Tinggi, motivasi perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah Mojokerto sebagian besar memiliki motivasi sedang, kinerja perawat di Rumah Sakit Islam Hasanah sebagian besar memiliki kinerja sedang.

REFERENSI

1. Widiana ME, 2004. "Dampak Faktor-Faktor Pemasaran Relasional dalam Membentuk Loyalitas Nasabah pada Bisnis Asuransi". Majalah Ekonomi. Tahun XIV. (3) : 193-209.
2. Aniek,S. (2015). "Faktor Yang Brhubungan Dengan Turnover Intentions Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar".
3. Langitan R.E. (2010). "Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian turnover perawat pelaksana tahun 2009 di rumah sakit Bhakti Yudha Depok" (Tesis). Depok: Universitas Indonesia.

4. Marquis, L.B, & Huston J.C. (2010). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Teori & Aplikasi*. Jakarta: EGC.
5. Mobley, W.H. 1986. "Pergantian Karyawan: Sebab Akibat dan Pengendaliannya". Terjemahan. Jakarta (ID). IPPM dan PT Pustaka Binaman Pressindo. Terjemahan dari: Employee Turnover: Cause, Consequences, and Control.
6. Muhith, A & dkk. 2011. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
7. Muhith, A. 2017. "The Development Of Nursing Care Quality Model Based On The Analysis Of Nurse's Performance And Nurse's And Patient's Satisfaction". *PUBLIKASI HASIL PENELITIAN*, 7-14.
8. Muhith, A. 2014. *Pengembangan Model Mutu Asuhan Keperawatan*, Yogyakarta: Yuka Print.
9. Muhith, A., Saputra, M. H., & Nursalam, N. 2017. Marketing Mix By Bed Occupancy Ratio (BOR). *Jurnal NERS*, 8(1), 135-141.
10. Pareke, F. J. 2007. Hubungan Keadilan dan Kepuasan Dengan Keinginan Berpindah: Peran Komitmen Organisasional Sebagai Variabel Pemediasi. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Politik*, 9(2).
11. Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2008). "Perilaku organisasi", Edisi 12. Jakarta : Salemba Empat.
12. Waspodo Agung AWS, Nurul Chotimah Handayani, dan Widya Paramita . 2013. Pengaruh Kepuasan Kerja dan Stres Kerja terhadap Turnover Intention pada Karyawan PT. Unitex di Bogor . *Jurnal Riset Manajemen Sains Indonesia (JRMSI)* Vol. 4, No. 1, 2013.

PENGARUH PEMBERIAN MINYAK ZAITUN (*OLIVE OIL*) TERHADAP RUAM POPOK (*DIAPER RASH*) PADA BATITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GROGOL KABUPATEN KEDIRI TAHUN 2016

Rahma Kusuma Dewi¹⁾, Pamogsa Ratri Adha Daniyar²⁾

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri
email: rkusde@gmail.com

²Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri
email: pamogsadaniyar@gmail.com

Abstract

Diaper rash is a problem the skin in the area of genital baby , characterized by the blotches red on the diaper rash occurring result from contact continuous with the state of the environment that happen in genitals , rectal, and the stomach bottom .The purpose of this research is to find the influence of the provision olive oil of diaper rash in young babies in the work area of Puskesmas Grogol Kediri 2016. Design of the study uses a pre-experimental (one group pre-post test design). The population of the research is all infants experienced rash diapers in Grogol Kediri at May-June about 11 children.The result showed that the majority of children were 8 (72,7 %) changed after the olive oil from being moderate to minor. However statistical tests using the wilcoxon that p-value 0,003 smaller than the $\alpha = 0,05$ (.000 < 0,05) so H_0 rejected dan H_1 accepted, That means any impact on the giving olive oil to diapers rash on infants in the work area of Grogol Kediri. According to the research is expected that this research for knowledge of alternative medicine about diaper rash for the mther and to pay more attention to the health of primarily the cleaning perianal skin.

Keywords: *Perianal Skin, Diaper Rash, Olive Oil.*

1. PENDAHULUAN

Bayi memiliki permasalahan yang luas dan kompleks, terutama masalah kulit. Semua bayi memiliki kulit yang sangat peka. Kondisi kulit pada bayi yang relatif lebih tipis ini menyebabkan bayi lebih rentan terhadap infeksi, iritasi, dan alergi. Gangguan kulit yang sering timbul pada bayi antara lain dermatitis atopik, seborrhea, bisul, miliariasis (keringat buntat), alergi, dan peradangan berupa ruam kulit yang dikenal dengan diaper rash atau ruam popok. Diaper rash atau ruam popok adalah gangguan kulit yang timbul akibat radang di daerah yang tertutup popok, yaitu di alat kelamin, sekitar dubur, bokong, lipatan paha, dan perut bagian bawah (Rukiah, 2010).

Minyak zaitun mengandung lemak baik seperti yang terdapat pada alpukat, yang melembabkan dan mengenyalkan kulit dengan kombinasi vitamin A dan E-nya, demikian menurut situs *The Daily Green*. Minyak zaitun mampu meredakan iritasi, kemerahan, rasa kering, atau gangguan lain pada kulit akibat faktor lingkungan. Kita bisa mengaplikasikan minyak zaitun ke kulit dengan kapas, atau tuangkan saja 2-3 tetes ke dalam *moisturizer* untuk meningkatkan efektivitasnya (Utami, 2013).

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian minyak zaitun (*olive oil*) terhadap ruam popok (*diaper rash*) pada batita.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah pre-eksperimentaln. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pemberian minyak zaitun (*olive oil*). Dan Variabel dependen pada penelitian ini adalah ruam popok (*diaper rash*).

Lokasi pada penelitian ini di Kelurahan Grogol Kecamatan Grogol Kabupaten Kediri Tahun 2016 sedangkan waktu penelitian pada bulan April-Mei 2016. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian batita yang mengalami ruam popok di Kelurahan Grogol Kecamatan Grogol Kabupaten Kediri pada tahun 2016 yang berjumlah 11 batita.

Pengolahan data dengan menggunakan program komputer SPSS versi 20. Analisa univariat pada penelitian ini adalah variabel dependen yang berisi tentang ruam popok (*diaper rash*) dan variabel independen berisi tentang pemberian minyak zaitun (*olive oil*). Hasil analisa dalam bentuk distribusi frekuensi dari tiap variabel. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi

frekuensi dan prosentase dari tiap variabel dan Analisis Bivariat dilakukan dengan Uji statistik.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji wilcoxon diketahui bahwa besarnya nilai *p-value* 0,003 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ ($0,000 < 0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada pengaruh pemberian minyak zaitun terhadap ruam popok pada batita di Wilayah Kerja Puskesmas Grogol Kabupaten Kediri Tahun 2016.

Menurut hasil penghitungan dalam uji *wilcoxon signed rank test* terdapat kolom tingkatan yaitu *mean rank* dan *sum of ranks* serta kategori *negative ranks*, *positive ranks*, dan *ties*. Dalam penelitian ini, didapatkan hasil jumlah dari *negative ranks* adalah 9^a yang berarti terdapat 9 responden yang mengalami penurunan derajat ruam popok antara sebelum dan sesudah diberikan minyak zaitun. Pada kategori *positive ranks* menunjukkan nilai 0^b yang artinya tidak ada responden dengan derajat lebih berat daripada sebelum diberi minyak zaitun. Sedangkan kategori *ties* menunjukkan nilai 2^c yang menandakan bahwa derajat ruam popok antara sebelum dan sesudah diberi minyak zaitun adalah sama.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji wilcoxon diketahui bahwa besarnya nilai *p-value* 0,003 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ ($0,000 < 0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada pengaruh pemberian minyak zaitun terhadap ruam popok pada batita di Wilayah Kerja Puskesmas Grogol Kabupaten Kediri Tahun 2016.

Menurut Maryunani (2010) gejala diaper rash bervariasi mulai dari yang ringan sampai dengan yang berat. Secara klinis dapat terlihat gejala yang biasa ditemukan pada *diaper rash* oleh kontak dengan iritan yaitu kemerahan yang meluas, berkilat, kadang mirip luka bakar, timbul bintil-bintil merah, lecet atau luka bersisik, kadang basah dan bengkak pada daerah yang paling lama kontak dengan popok, seperti pada paha bagian dalam dan lipatan paha.

Bahan kimia yang terkandung dalam popok atau pada pelindung popok sekali pakai dapat menyebabkan reaksi alergi pada kulit bayi dan anak. Selain itu, detergen, bahan pewangi, dan pemutih yang digunakan pada

popok kain dengan pembilasan yang kurang dapat menyebabkan ruam popok (Vicki, 2007).

Kandungan vitamin E pada minyak zaitun akan membantu melawan radikal bebas, penuaan kulit, dan kerusakan yang diakibatkan oleh paparan polusi dan sinar matahari sehingga mampu meredakan ruam popok yang diderita anak. Selain itu, sifat minyak zaitun sebagai antiseptic oil juga mampu menciptakan sensitivitas pada tipe kulit tertentu oleh karenanya dapat mengurangi luas daerah ruam popok hingga mempengaruhi kenyamanan anak dan daerah perianal pun terjaga kebersihannya (Utami, 2013)

Menurut pandangan peneliti, pemberian minyak zaitun dapat menurunkan derajat ruam popok sehingga pemberian rutin dapat efektif untuk penyembuhan daripada ruam popok itu sendiri dan minyak zaitun dapat dijadikan sebagai obat alternatif dari penyakit ruam pada batita.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Grogol Kabupaten Kediri pada Tahun 2016, dapat disimpulkan Sebelum pemberian minyak zaitun terdapat responden yang mengalami ruam popok dengan derajat sedang sebanyak (72,7%) dan derajat berat sebanyak (27,3%), Setelah pemberian minyak zaitun terdapat responden yang mengalami ruam popok dengan derajat ringan sebanyak (63,6%), derajat sedang (27,3%), dan derajat berat (9,1%). Ada pengaruh terhadap ruam popok pada batita sebelum dan sesudah pemberian minyak zaitun dilihat dari penurunan derajat dari ruam popok secara bertahap.

REFERENSI

1. Magdalena, M. 2013. "Apakah Minyak Zaitun Itu" <http://www.deherba.com/>.
2. Rukiyah, Ai Yeyeh, Lia Y. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta : CV. Trans Info.
3. Sudarti & Khoirunnisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika.
4. Maryunani, A. 2010. *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.

5. Apriyanti, Maya. (2012). *10 Tanaman Obat Paling Berkhasiat&Paling Dicari*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
6. Corwin, Elizabeth, J. 2013. *Buku Saku Patofisiologi*, Brahm U Pendit, Endah P. Jakarta : EGC.
7. Haws, Paulette S. 2008 . *Asuhan Neonatus Rujukan Cepat*. Jakarta : EGC.
8. K.M. Rahmah, dkk. 2012 .*Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta : EGC.

**DUKUNGAN KADER POSYANDU TERHADAP PARTISIPASI AYAH PEDULI
BALITA DALAM UPAYA PELAYANAN KESEHATAN
POSYANDU CADERS SUPPORT FOR PARTICIPATION FATHER CARES
CHILDREN UNDER FIVE IN HEALTH CARE SERVICE**

Heni Maryati¹⁾, Monika Sawitri Prihatini²⁾

Program Studi Diploma III Keperawatan STIKES Pemkab Jombang

email : nie.maryati@gmail.com, monika.sawitri@yahoo.co.id

Abstract

The success of this program is also depends on the good or the lack of community's participation and the success of the posyandu's program. Posyandu cadres should provide support to the community to dutifully bring their children to Posyandu every month. It most generally that it is dominated by women but different things happened in father's Posyandu in caring the children under five become the first childhood posyandu in Jombang that accommodate the participation of father. This study aims to see how to cadre's support for the participations of the under fives in toddler health effort. This research is descriptive with qualitative approach. Unit of analysis in this research is posyandu cadre and father who participated in Posyandu dad caring toddler. The data collection technique used is literature study, observation and direct interview. The results showed that cadre support that encouraged the participation of fathers to deliver toddlers to posyandu included emotional support, information support, real support and awards support. The participation of father to bring their children to Posyandu increased in order to realize the gold generation expected posyandu cadres continue to innovate, looking for new breakthrough in order to increase the success of Posyandu to Posyandu Mandiri.

Keywords: Support, Posyandu cadres, Participation, Father Care for Toddlers

1. PENDAHULUAN

Salah satu pembangunan kesehatan yang akan ditempuh sampai tahun 2025 adalah Semua Rukun warga/ lingkungan telah memiliki minimal satu posyandu aktif yang melaksanakan kegiatan minimum sebulan sekali (Depkes RI, 2009). Keberhasilan posyandu tergantung dari baik atau kurangnya peran serta masyarakat serta berhasil tidaknya program posyandu. Sudah menjadi hal yang umum kalau suasana posyandu balita didominasi kaum perempuan. Hal ini berbeda dengan kondisi posyandu ayah peduli di Dusun Rejoagung Desa Rejoagung yang dibentuk awal bulan Mei 2016. Kepedulian juga keterlibatan ayah dan kader laki laki ini di posyandu diharapkan menjadi sebuah bentuk kerjasama yang baik antara ayah juga ibu sebagai orang tua didalam memantau tumbuh kembang anak. Posyandu ayah peduli di Kabupaten Jombang ini merupakan pelopor dan akan menjadi pioner. Tidak hanya di Jombang, bahkan posyandu ayah ini adalah salah satunya dan untuk pertama kalinya di Indonesia. Semoga keberadaan posyandu ayah peduli ini semakin terus ditingkatkan hingga

menjadi posyandu mandiri untuk turut mewujudkan generasi emas yang sehat, berakhlak karimah, berbudi pekerti yang luhur serta diharapkan para kader posyandu diharapkan untuk terus berinovasi, mencari terobosan baru guna menghadapi permasalahan yang ada didalam (Dinkes Jombang, 2015). Partisipasi ayah peduli balita ini dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal, seperti pengetahuan, lama tinggal, usia, pekerjaan, kebiasaan, kebutuhan, keluarga, lokasi posyandu, dukungan struktur masyarakat, serta manfaat dari ikut berpartisipasi dalam kegiatan posyandu balita (Ife, 2008). Kader Posyandu merupakan orang yang dipilih, bersedia, mampu dan memiliki waktu serta kepedulian terhadap kesehatan masyarakat secara sukarela. Peran kader dalam penyelenggaraan Posyandu sangat besar karena selain pemberi informasi kesehatan juga sebagai penggerak masyarakat untuk datang ke Posyandu (Kemenkes RI, 2012). Dukungan dari kader untuk memotivasi masyarakat terutama para ayah untuk berpartisipasi dengan rutin datang ke Posyandu sangatlah penting. Dukungan tersebut

diantaranya secara emosional, dukungan informasi, nyata, dan dukungan penghargaan.

2. KAJIAN LITERATUR

2.1. Konsep Dukungan Kader Posyandu

Pelayanan dan Pemeliharaan kesehatan tidak dapat ditangani seluruhnya oleh para dokter saja, apalagi kegiatan yang melibatkan kelompok masyarakat luas. Dokter membutuhkan bantuan para tenaga paramedis, sanitasi, gizi, ahli ilmu social dan juga anggota masyarakat yaitu tokoh masyarakat dan kader untuk melaksanakan program kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2005). Kader kesehatan atau promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarelawan yang dipilih oleh dan dari masyarakat dan memiliki tugas untuk mengembangkan masyarakat. Depkes RI menyebutkan kader kesehatan adalah tenaga sukarela yang terdidik dan terlatih dalam bidang tertentu di tengah – tengah masyarakat dan merasa berkewajiban untuk meningkatkan serta membina kesejahteraan masyarakat dengan ikhlas dan didasarkan panggilan jiwa untuk melaksanakan tugas kemanusiaan. Kader kesehatan dipilih dari masyarakat dengan prosedur yang disesuaikan kondisi setempat. Kader diharapkan memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan untuk membaca, menulis serta menghitung secara sederhana, mau dan mapu bekerja dengan sukarela, sabar dan memahami masyarakat. Selain itu kader yang di pilih juga harus melaksanakan tugas – tugas kader secara fisik, memiliki penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan, aktif dalam kegiatan social dan pembangunan di desa, dikenal masyarakat, dapat bekerja sama dengan calon kader lain, dan sanggup membina paling sedikit 10 kepala keluarga (Zulkifli, 2004). Kader Posyandu sendiri memiliki tugas sebagai berikut : Sebelum hari buka posyandu melakukan persiapan, menyebarluaskan informasi mengenai hari buka posyandu melalui pertemuan warga setempat, melakukan pembagian tugas antar kader, melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan dan menyiapkan bahan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan. Saat hari buka posyandu melakukan pendaftaran,, memberikan pelayanan kesehatan, membimbing dan membantu melakukan pencatatan,

memberikan penyuluhan, memberikan layanan konsultasi maupun konseling, memotivasi, menyampaikan informasi, dan penghargaan dan melakukan pencatatan setiap kegiatan yang telah dilakukan. Sesudah hari buka posyandu kader posyandu melakukan kunjungan, memotivasi masyarakat untuk memanfaatkan pekarangan, penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat, mengadakan diskusi dengan masyarakat terkait kegiatan posyandu, serta mempelajari informasi Posyandu (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Kader posyandu perlu meningkatkan dukungan agar masyarakat terutama ayah peduli balita untuk berkunjung ke Posyandu. Dukungan kader posyandu yang mempengaruhi partisipasi ayah ikut mengantar istri atau mengantar sendiri anak balitanya ke Posyandu antara lain Dukungan emosional yaitu kader harus lebih proaktif mendampingi ibu atau ayah yang mengantar balita ke Posyandu ; Dukungan Informasi yaitu kader Posyandu perlu memberikan pengumuman tentang jadwal Posyandu, seperti memberikan pengumuman di masjid, arisan warga, pengajian, juga perlu membuat undangan untuk masyarakat agar mengetahui jadwal dan tempat dilaksanakannya Posyandu.; Dukungan nyata dimana kader Posyandu perlu mengkreasikan hidangan makanan dengan menghias aneka macam makanan dengan berbagai macam bentuk kreasi seperti bentuk hewan, agar anak – anak lebih tertarik untuk berkunjung ke Posyandu. Dukungan selanjutnya adalah dukungan Penghargaan yaitu kader Posyandu perlu memberikan reward kepada ayah yang rutin setiap bulan ikut mengantar istri atau mengantar sendiri anaknya berkunjung ke Posyandu seperti memberikan piagam atau hadiah (Firdausiyah Jinani, dkk, 2016).

2.2. Konsep Partisipasi

Partisipasi adalah keterlibatan masyarakat secara sukarela dalam perubahan yang ditentukan sendiri oleh masyarakat. Selain itu partisipasi juga diartikan sebagai keterlibatan masyarakat dalam upaya pembangunan lingkungan, kehidupan, dan diri mereka sendiri (Mikkelsen 2003). Adi (2007) menjelaskan lebih jauh mengenai partisipasi bahwa masyarakat terlibat dalam program pemberdayaan mulai dari proses pengidentifikasian masalah dan potensi yang

ada di dalam masyarakat, pemilihan dan pengambilan keputusan tentang alternative solusi untuk menangani masalah, pelaksanaan upaya mengatasi masalah dan keterlibatan masyarakat dalam proses mengevaluasi perubahan yang terjadi. Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan partisipasi ayah peduli balita adalah keikutsertaan para suami/ ayah yang terlibat aktif dalam pelayanan kesehatan balita di Posyandu ayah peduli balita. Adapun bentuk partisipasi adalah sebagai berikut :Menurut Hamidoyo (dalam Sastropetro, 2004) membedakan bentuk partisipasi dalam lima bentuk yaitu partisipasi buah pikiran, tenaga, ketrampilan, materi dan harta benda, partisipasi social. Partisipasi buah pikiran partisipasi ini diwujudkan dengan memberikan pengalaman dan pengetahuan guna mengembangkan kegiatan yang diikutinya. Sumbangan pemikiran diarahkan kepada penataan cara pelayanan dari lembaga atau badan yang ada, sehingga dapat berfungsi social secara aktif dalam pemenuhan kebutuhan anggota masyarakat Partisipasi tenaga Partisipasi jenis ini diberikan dalam bentuk tenaga untuk pelaksanaan usaha – usaha yang dapat menunjang keberhasilan dari suatu kegiatan . Partisipasi ketrampilan Jenis ketrampilan ini memberikan dorongan melalui ketrampilan yang dimilikinya kepada anggota masyarakat lain yang membutuhkannya. Kegiatan ini biasanya diadakan dalam benu latihan bagi anggota masyarakat. Partisipasi ini pada umumnya bersifat membina masyarakat agar dapat memiliki kemmpuan memenuhi kebutuhannya. Partisipasi uang (materi) dan harta benda Partisipasi ini adalah untuk memperlancar usaha-usaha bagi pencapaian kebutuhan masyarakat yang memerlukan bantuan. Selain uang, partisipasi juga memberikan alat alat kerja yang berguna bagi kelangsungan program/kegiatan. Partisipasi social Partisipasi ini biasanya dilakukan sebagai tanda perkumpulan atau paguyuban warga desa, seperti kegiatan arisan, menghadiri upacara kematian, dan lain – lain.

Sedangkan bentuk bentuk partisipasi tersebut dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal dapat dilihat dari adanya pengetahuan yang baik tentang pentingnya kesehatan serta perlunya kesehatan tersebut dimiliki oleh setiap anggota keluarga. Kemudian

partisipasi para laki –laki juga karena mereka memahami pentingnya anak balita memiliki kesehatan yang baik. Keadaan ini mendorong mereka untuk berpartisipasi dan untuk dating memanfaatkan pelayanan posyandu. Begitu pula faktor lama tinggal, usia, kebiasaan serta pekerjaan yang mayoritas tani, wirausaha dan pedagang memundahkan mereka untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita di posyandu. Adapun hal –hal yang diperoleh dari faktor eksternal adalah adanya dukungan dari keluarga (istri), serta adanya kemudahan mencapai lokasi posyandu, dimana letak posyandu relative dekat dengan rumah, yang bisa dicapai dengan berjalan kaki. Dalam hal berorganisasi para partisipan mayoritas tidak mempunyai pengalaman organisasi tetapi tetap berpartisipasi dalam pelayanan posyandu balita. Tidak adanya penghargaan juga tidak menyurutkan partisipan untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita di posyandu, baik sebagai kader maupun yang rutin memanfaatkan pelayanan posyandu. Hal tersebut terutama di dorong oleh keinginan yang kuat dari kader untuk bisa membantu pelayanan di posyandu, begitu juga dengan para ayah yang mempunyai balita yang merasakan manfaatnya. Dengan keikutsertaan mereka di posyandu manfaat yang ada itu dirasakan oleh mereka. Adanya dukungan masyarakat lainnya membuat para partisipan tetap percaya diri ketika mereka berpartisipasi dalam pelayanan kesehtan balita, baik menjadi kader maupun ayah yang membawa anaknya ke posyandu.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif peneliti berusaha mencari fakta data kemudian mendeskripsikan mengenai Dukungan kader terhadap partisipasi ayah peduli balita di Posyandu ayah peduli balita. Subjek penelitian (informan) dalam penelitian ini adalah ayah yang mengantar balita ke posyandu ayah peduli di Dusun Rejoagung Desa Rejoagung Kecamatan Ploso Kabupaten Jombang. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam , observasi dan dokumentasi. Untuk menguji keabsahan data dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pemeriksaan keabsahan data yaitu triangulasi. Analisis data dilakukan secara interaktif melalui proses reduksi data,

penyajian data, dan verifikasi atau penarikan kesimpulan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran umum posyandu balita Dusun Rejoagung Desa Rejoagung Kecamatan Ploso Kabupaten Jombang

Posyandu balita Rukun warga (RW) 5 Dusun Rejoagung Desa Rejoagung Kecamatan Ploso Kabupaten Jombang merupakan lokasi penelitian Dukungan Kader Terhadap Partisipasi Ayah peduli Balita dalam Upaya Pelayanan Kesehatan. Pada awal berdirinya, posyandu ini di motori oleh ketua posyandu yaitu ketua kader posyandu RW 5 dan ibu – ibu lainnya yang mempunyai motivasi tinggi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sekitarnya khususnya kesehatan balita. Sejak awal berdirinya posyandu balita ini memiliki kader sejumlah 6 yang semuanya terdiri dari ibu –ibu dan baru mulai tahun 2016 memiliki 3 kader laki – laki seiring dengan di resmikannya posyandu ayah peduli balita oleh ibu ketua tim penggerak PKK Kabupaten Jombang pada awal bulan Mei 2016 yang merupakan posyandu pertama di Kabupaten Jombang yang menampung partisipasi para ayah . Kader yang mengabdikan di posyandu balita ini termasuk kader yang aktif, dilihat dari kehadiran mereka di setiap kegiatan posyandu balita. Adapun dalam menjalankan kegiatan pelayanan posyandu RW 5 ini mengelola dana yang berasal dari pemerintah, iuran dari masyarakat yang tidak mengikat jumlahnya. Pelaksanaan kegiatan hari buka posyandu balita ini sudah menetap di pos/rumah khusus yang disediakan bagi pelaksanaan hari buka posyandu di rumah salah satu kader posyandu balita ini. Inventaris yang dimiliki posyandu balita ini meliputi timbangan bayi, timbangan dadin dan timbangan berdiri, alat pengukur tinggi badan, adanya KMS yang merupakan salah satu alat ukur yang penting untuk memantau perkembangan kesehatan balita. Informasi yang tertera dalam KMS Balita antara lain biodata diri anak, catatan pemberian imunisasi, pemberian kapsul vitamin A, pemantauan berat dan tinggi badan anak serta beberapa informasi penting tentang pentingnya imunisasi dan ASI, pengobatan diare dan penyuluhan gizi, di posyandu ini juga memiliki form pemantauan R/1 yang merupakan daftar catatan bulanan yang berisikan hasil

pemantauan balita yang datang ke posyandu. Daftar ini berisikan informasi seperti nama anak, nomor pendaftaran, tanggal pertama kali datang, berat badan dan tinggi badan pertama kali datang, dan hasil penimbangan setiap kali datang ke posyandu. Kemudian di form ini juga tercatat siapa saja yang aktif dan tidak aktif datang setiap bulannya. Sejak pertama kali terbentuk, pelayanan yang diberikan adalah pelayanan lima meja bagi bayi dan balita. Pelayanan bagi bayi dan balita di mulai dari pendaftaran, penimbangan, pencatatan Kartu. Usia balita yang datang ke Posyandu ini mulai dari 0 bulan sampai 60 bulan. Semua balita mendapatkan pelayanan penimbangan, pengukuran berat badan dan tinggi badan, pemberian vitamin, imunisasi oleh bidan, dan pemberian makanan tambahan.

4.2. Dukungan Kader terhadap Partisipasi Ayah Peduli Balita dalam Upaya Pelayanan Kesehatan

Dari hasil temuan lapangan di Posyandu Ayah peduli Balita Dusun Rejoagung Desa Rejoagung Kecamatan Ploso Kabupaten Jombang menunjukkan bahwa Partisipasi ayah peduli Balita yang membawa balitanya maupun suami yang mendampingi istri nya ke Posyandu setiap bulan merupakan upaya meningkatkan pelayanan kesehatan karena kepedulian dan keterlibatan ayah ini di posyandu diharapkan menjadi sebuah bentuk kerjasama yang baik antara ayah juga ibu sebagai orang tua didalam memantau tumbuh kembang anak mewujudkan generasi emas yang sehat, berakhlak karimah, berbudi pekerti yang luhur. Ada 8 (delapan) ayah yang hampir setiap bulan aktif menyempatkan diri ikut membawa balita nya ke Posyandu baik datang sendiri atau bersama dengan istrinya seperti yang di ungkapkan salah satu ayah yang mengatakan “ Setiap bulan laki –laki yang rutin membawa ke Posyandu anak ya hanya kami berdelapan”, dan ayah lainnya mengiyakan pernyataan salah satu ayah yang berpartisipasi membawa balitanya ke Posyandu. Partisipasi ayah balita yang aktif membawa anaknya setiap bulan ke posyandu akan mendukung pelayanan kesehatan balita di posyandu untuk mencapai tingkat derajat yang maksimal bagi kesehatan balita. Selain upaya yang dilakukan kader, derajat kesehatan balita ini sendiri tidak terlepas dari peran orang tua baik ibu maupun ayah, yang memiliki kewajiban untuk

senantiasa memberikan perhatian bagi kesehatan balita mereka. Untuk menjaga kesehatan balita mereka sebagai orang tua baik ibu maupun ayah melakukan berbagai upaya seperti menjaga kualitas makanan yang dikonsumsi balita serta membawa balita mereka ke posyandu di RW 5 sehingga kesehatan balita mereka dapat dipantau secara maksimal, baik berat badan, tinggi badan, status gizi serta imunisasi yang diberikan. Dari berbagai macam bentuk partisipasi ayah dalam posyandu ayah peduli balita dalam upaya pelayanan kesehatan khususnya balita, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi partisipasi para orang tua terutama ayah balita dan kader laki-laki dalam upaya pelayanan kesehatan balita di posyandu balita RW 5. Faktor-faktor tersebut dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal dapat dilihat dari adanya pengetahuan yang baik tentang pentingnya kesehatan serta perlunya kesehatan tersebut dimiliki oleh setiap anggota keluarga. Kemudian partisipasi para laki-laki juga karena mereka memahami pentingnya anak balita memiliki kesehatan yang baik. Keadaan ini mendorong mereka untuk berpartisipasi dan untuk datang memanfaatkan pelayanan posyandu. Begitu pula faktor lama tinggal, usia, kebiasaan serta pekerjaan yang mayoritas tani, wirasaha dan pedagang memundahkan mereka untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita di posyandu. Adapun hal-hal yang diperoleh dari faktor eksternal adalah adanya dukungan dari keluarga (istri), dukungan kader posyandu serta adanya kemudahan mencapai lokasi posyandu, dimana letak posyandu relatif dekat dengan rumah, yang bisa dicapai dengan berjalan kaki. Dalam hal berorganisasi para partisipan mayoritas tidak mempunyai pengalaman organisasi tetapi tetap berpartisipasi dalam pelayanan posyandu balita. Tidak adanya penghargaan juga tidak menyurutkan partisipan untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita di posyandu, yang rutin memanfaatkan pelayanan posyandu. Hal tersebut terutama didorong oleh keinginan yang kuat dari kader untuk bisa membantu pelayanan di posyandu, begitu juga dengan para ayah yang mempunyai balita yang merasakan manfaatnya. Dengan keikutsertaan mereka di posyandu manfaat yang ada itu dirasakan oleh mereka. Adanya dukungan

masyarakat lainnya membuat para partisipan tetap percaya diri ketika mereka berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita membawa anaknya ke posyandu. Pernyataan partisipan yang diwakili salah satu ayah yang membawa anaknya ke Posyandu “adanya posyandu ini menambah pengetahuan saya tentang kesehatan anak, imunisasi, pemberian vitamin, dan didukung pernyataan partisipan lainnya mengatakan “iya”. Mayoritas dari para informan mengatakan pernah merasakan langsung manfaat dari keberadaan posyandu, seperti mendapatkan tambahan ilmu pengetahuan tentang masalah kesehatan, bisa memantau tumbuh kembang anak, mengetahui cara pemberian vitamin dan imunisasi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa para informan mau ikut berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita salah satunya karena telah mendapatkan manfaat dari pelayanan kesehatan balita di posyandu sesuai teori bahwa kebermanfaatan program posyandu merupakan faktor yang mempengaruhi partisipasi (Ndraha, 1990). Menurut partisipan dari faktor-faktor yang mempengaruhi mereka membawa anaknya ke Posyandu tidak terlepas dari dukungan kader. Menurut pernyataan dari para partisipan mengatakan bahwa Kader sangat mendukung keikutsertaan partisipan dalam Posyandu, salah satu partisipan mengatakan “Dukungan kader sangat berarti dan memotivasi saya mengikuti kegiatan Posyandu ini, apalagi juga ada kader laki-laki yang membuat kita lebih nyaman dalam berkonsultasi dan bisa leluasa ngobrol. Pernyataan ini diikuti partisipan lainnya yang mengatakan “iya dukungan kader sangat memotivasi kami. Menurut partisipan dapat disimpulkan bahwa dukungan kader yang membuat para ayah peduli balita membawa anaknya ke Posyandu adalah dukungan emosional, Dimana para kader baik kader perempuan maupun kader laki-laki selalu proaktif mendampingi mereka saat di Posyandu seperti yang diungkapkan salah satu partisipan “Kader di Posyandu ini selalu dekat, ramah dan mendampingi saya dan anak yang hadir di Posyandu.” Hal ini juga dibenarkan oleh pernyataan ketua kader balita “Kami di sini selalu akrab, Posyandu ini juga kita gunakan sebagai ajang bertukar pendapat tentang masalah kesehatan masyarakat, dengan adanya kader posyandu laki-laki membuat

ayah yang mengantar anaknya atau ikut istrinya mengantar anak nya ke Posyandu merasa lebih nyaman. Selain itu juga dukungan Informasi yaitu Kader selalu memberikan pengumuman tentang jadwal Posyandu, Seperti pernyataan salah satu partisipan yang di ikuti partisipan lainnya bahwa “Kader selalu memberikan informasi tentang jadwal Posyandu, biasanya sehari sebelumnya selalu di siarkan oleh ketua kader yang kebetulan suaminya juga menjadi kader di Posyandu ini”. Partisipan lainnya mengatakan “ Selain disiarkan biasanya informasi juga diberikan saat arisan maupun acara pengajian”. Serta kader lain menyatakan yang penting lagi biasanya kalau mendekati jadwal Posyandu setiap kami ketemu kader pasti mereka tidak bosan – bosan mengingatkan secara lisan”, Pernyataan ini di benarkan oleh ketua kader “ iya kami para kader terutama saya selalu mengingatkan biasanya sehari sebelumnya jadwal buka Posyandu kalau saya pas jalan – jalan dan ketemu masyarakat yang punya balita selalu saya beritahu” dan pernyataan salah satu kader laki-laki “ selain itu jadwal buka Posyandu juga kita informasikan melalui arisan, pengajian maupun secara langsung bila ketemu masyarakat. Dukungan lainnya yang diberikan kader adalah dukungan nyata berupa pemberian makanan baik berupa snack maupun makanan ringan yang bergizi buat balita. Pernyataan partisipan “ Setiap ke Posyandu anak –anak diberikan makanan yang bergizi dan menarik sehingga anak –anak senang kalau ke di ajak ke Posyandu”. Pernyataan ini didukung oleh ketua kader “ Kami selalu berupaya memberikan makanan atau snack saat anak dibawa Posyandu. Kami dapat dana dari pemerintah namun kalau kurang kadang kami iuran para kader atau masyarakat yang mau memberikan sumbangan secara sukarela”. Dukungan nyata lainnya adalah disediakannya rumah salah satu kader untuk tempat Posyandu setiap bulannya, seperti pernyataan kader” Saya senang bisa menyediakan tempat untuk buka Posyandu di sini, kebetulan rumah ini kosong jadi bisa dimanfaatkan untuk tempat Posyandu”. Selain itu dukungan kader kepada ayah yang peduli balita dengan pemberian penghargaan atau *reward* walaupun hanya berupa pemberian semangat sudah membuat para ayah termotivasi menghadiri Posyandu, Seperti

pernyataan salah satu Partisipan “ selama ini saya tidak pernah mendapatkan penghargaan langsung seperti piagam atau hadiah, menurut saya dengan mendapat pengetahuan tentang kesehatan sudah senang “, disahut dengan pernyataan partisipan lainnya yang mengatakan “iya betul “. Penghargaan merupakan salah satu factor yang berperan dalam partisipasi (Ife,2008) . Secara keseluruhan para informan mengatakan tidak pernah mendapatkan apresiasi atau penghargaan selama mereka berpartisipasi dalam posyandu balita dalam upaya pelayanan kesehatan. Mereka sudah ikhlas dan niat berpartisipasi dalam posyandu ayah peduli balita, sebagian besar mengatakan dengan ikut posyandu sering mendapatkan ilmu tentang kesehatan sudah membuat mereka cukup senang. Hal ini di dukung pernyataan salah satu kader laki –laki “ Memang kami belum pernah memberikan penghargaan berupa hadiah atau piagam tapi kami memberikan penghargaan berupa pujian bahwa hebat kalau laki –laki mau peduli dengan kesehatan anaknya, begitu pula saya tertarik menjadi kader laki –laki karena hati nurani tergerak untuk ikut menyehatkan balita terutama di Dusun saya ini walaupun belum pernah mendapat penghargaan piagam atau hadiah tapi dengan ilmu kesehatan yang saya peroleh sudah membuat saya senang”. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa para informan mau ikut berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita salah satunya karena telah mendapatkan manfaat dari pelayanan kesehatan balita di posyandu sesuai teori bahwa kebermanfaatan program posyandu merupakan faktor yang mempengaruhi partisipasi (Ndraha,1990).

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Dapat disimpulkan bahwa partisipasi yang dilakukan para ayah untuk berpartisipasi dalam posyandu ayah peduli balita dalam upaya pelayanan kesehatan balita dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal dapat dilihat dari adanya pengetahuan yang baik tentang pentingnya kesehatan serta perlunya kesehatan tersebut dimiliki oleh setiap anggota keluarga. untuk datang memanfaatkan pelayanan posyandu. Begitu pula faktor lama tinggal, usia, kebiasaan serta pekerjaan mereka untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan

balita di posyandu. Adapun faktor eksternal adalah adanya dukungan dari kader, dukungan keluarga (istri), serta adanya kemudahan mencapai lokasi posyandu. Tidak adanya penghargaan juga tidak menyurutkan partisipan untuk berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita di posyandu. Hal tersebut terutama di dorong oleh keinginan yang kuat dari kader untuk bisa membantu pelayanan di posyandu, begitu juga dengan para ayah yang mempunyai balita yang merasakan manfaatnya. Dengan keikutsertaan mereka di posyandu manfaat yang ada itu dirasakan oleh mereka. Adanya dukungan masyarakat lainnya membuat para partisipan tetap percaya diri ketika mereka berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan balita yaitu adanya Dukungan dari kader untuk memotivasi masyarakat terutama para ayah untuk berpartisipasi dengan rutin datang ke Posyandu sangatlah penting. Dukungan tersebut diantaranya dukungan secara emosional, dukungan informasi, dukungan nyata, dan dukungan penghargaan. Di sarankan agar meningkatkan mutu menjadi posyandu mandiri yang dapat meningkatkan mutu kualitas pelayanannya, Posyandu ayah peduli balita yang ada di RW 5 Dusun Rejoagung bisa lebih mengaktifkan peran laki –laki dalam upaya pelayanan kesehatan balita sehingga bisa menjadi percontohan posyandu lainnya. Dan diusahakan agar para kader semakin giat mendorong masyarakat untuk memiliki kesadaran akan pentingnya kesehatan.

REFERENSI

1. Adi,Isbandi Rukminto. 2007. *Perencanaan Partisipatoris Berbasis Aset Komunitas Dari Pemikiran Menuju Penerapan (Seri Pemberdayaan Masyarakat 04)*. Jakarta : FISIP UI Press.
2. Departemen Kesehatan RI, 2009. *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
3. Dinkes Kab Jombang, 2015. *Posyandu Ayah Peduli Balita*. Jombang: Dinkes Kab. Jombang.
4. Firdausiyah. J, dkk. 2016. *Hubungan Dukungan Kader Posyandu dengan Kepatuhan Ibu Membawa anaknya ke Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Wringin Kabupeten Bondowoso (Skripsi)*. Jember : Fikes Unmuh Jember
5. Ife,Jim & Frank Tesoriero. 2008. *Community Development : alternative Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Buku pegangan kader posyandu setiap bulan*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan .
7. Mikkelsen. 2003. *Pengantar Ilmu Politik*. Jakarta : Pusat Penerbit Universitas Terbuka
8. Ndraha, Talizihutu 1990, *Pembangunan Masyarakat: Mempersiapkan Masyarakat Tinggal Landas*. Jakarta : Rineka Cipta
9. Sastropoetro.2004. *Partisipasi Sebagai Keterlibatan Mental*. Jakarta : Cusio Graff
10. Zulkifli, 2004. *Posyandu dan Kader Kesehatan* : USU Digital Library

UPAYA PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN DALAM PENINGKATAN SELF EFFICACY PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS BERBASIS KONSERVASI LEVINE

Alik Septian Mubarrok¹⁾, Ahmad NurKhoiri²⁾

Program Studi Sarjana Keperawatan, Stikes Pemkab Jombang

Email : alikseptian@gmail.com

Abstract

Introduction : Diabetes type 2 is chronic disease that needed long term treatment, so the patient need self management education to prevent the complications. Self management will be effective if patient have knowledge, skills and self efficacy. One of the nursing model theory is Myra E. Levine conservation model's. This model is oriented towards energy conservation, structural integrity, personal integrity and social integrity. The objectives of the research there are the effect of empowering healt cadres through health education based on levine's conservation to self efficacy in diabetes type 2. **Method :** This research is quasi experiment research with non randomized control group pretest posttest design. The treatment group given treatment, and the control group don't give treatment. **Result :** The result of the research indicate that there are significant difference of self efficacy between treatment group and control group that effect of applying health education based on levine's conservation. Result of t test independent test at the self efficacy variable got t value 25,055 ($p = 0.000$). **Discussion :** The conclusion is the application of health education based on levine's conservation has significant impact in improving the self efficacy of patients with type 2 diabetes, because Levine Conservation affect the way people think (cognitive), feeling (affective), motivational, and selection of the behavior of the selected treatment by individuals.

Keyword : Levine's Conservation, Self Efficacy, DM type 2

1. PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus (DM) yang lebih dikenal sebagai penyakit kencing manis adalah kelompok penyakit metabolik yang dikarakteristikan oleh tingginya kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) karena kelainan sekresi insulin, kelainan kerja insulin, atau kombinasi keduanya (ADA, 2010). Keadaan hiperglikemia ini jika berlangsung terus-menerus akan mengakibatkan kerusakan dan kegagalan berbagai organ terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (ADA, 2012). Hasil dari berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insidensi dan prevalensi DM tipe 2 di berbagai penjuru dunia. World Health Organization (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030 (PERKENI, 2011).

Prevalensi nasional penyakit Diabetes Melitus adalah 1,1%. Provinsi Jawa Timur termasuk dalam provinsi di Indonesia yang mempunyai prevalensi penyakit DM di atas prevalensi Nasional. DM juga menunjukkan

kecenderungan untuk selalu berada dalam sepuluh besar penyakit dengan jumlah kunjungan terbanyak di Puskesmas Sentinel yang ada di Provinsi Jawa Timur pada periode 2010–2012. Kabupaten Jombang merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur yang penyakit Diabetes Melitusnya masuk dalam daftar 15 besar penyakit dengan jumlah kasus terbanyak khususnya pada tahun 2015 dan 2016 sebanyak 16.380 kasus (Dinkes Kabupaten Jombang, 2016). Puskesmas Kesamben merupakan Puskesmas di Kabupaten Jombang yang memiliki perkumpulan penyandang Diabetes yang diberi nama Paguyuban Sehat Kencing Manis (PSKM). Jumlah kasus DM di Puskesmas Kesamben pada tahun 2016 adalah sebanyak 559 kasus (Dinkes Kabupaten Jombang, 2016).

Edukasi kepada pasien dan keluarganya bertujuan dengan memberikan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit, dan penatalaksanaan DM, akan sangat membantu meningkatkan keikutsertaan keluarga dalam usaha memperbaiki hasil pengelolaan. Keberadaan organisasi perkumpulan penyandang diabetes seperti

PERKENI, PERSADIA, PEDI, dan lain-lain menjadi sangat dibutuhkan, karena perkumpulan tersebut dapat membantu meningkatkan pengetahuan penyandang diabetes tentang penyakitnya dan meningkatkan peran aktif mereka dalam memodifikasi pengobatan DM (PERKENI, 2011). Melakukan kontrol glukosa darah merupakan hal yang terpenting di dalam pengendalian dan pengelolaan DM selain edukasi. Kontrol DM yang buruk dapat mengakibatkan hiperglikemia dalam jangka panjang, yang menjadi pemicu beberapa komplikasi yang serius baik makrovaskular maupun mikrovaskular seperti penyakit jantung, penyakit vaskuler perifer, gagal ginjal, kerusakan saraf dan kebutaan (PERKENI, 2011).

Salah satu model keperawatan yang telah dikembangkan dalam tata layanan keperawatan adalah model konservasi yang dikembangkan oleh Mira E. Levine. Model ini berorientasi pada konservasi energi, integritas struktural, integritas personal, dan integritas sosial, yang berfokus pada peningkatan kemampuan klien untuk dapat beradaptasi semaksimal mungkin untuk mencapai Self Care Activity yang optimal. Pendekatan model konservasi yang dipelopori oleh Myra Estrin Levine sesuai untuk meningkatkan self efficacy dan Self Care Activity penderita sehingga pengelolaan diabetes dapat optimal.

Konsep utama model Levine terdiri dari wholism (menyeluruh/ integritas), adaptasi dan konservasi. Sehat yang wholism (menyeluruh) adalah sesuatu yang bersifat organik, mengalami perubahan/kemajuan, saling menguntungkan antara perbedaan fungsi dan bagian yang ada di dalam tubuh, bersifat terbuka dan saling mempengaruhi dengan lingkungan sekitar.

Model konservasi memungkinkan perawat dapat membantu individu mencapai integritas dirinya. Model ini memberikan panduan tentang bagaimana hubungan perawat – klien dengan berfokus pada pengaruh dan respon klien untuk mempromosikan integritas klien melalui prinsip konservasi. Intervensi untuk mempertahankan integritas jaringan, konservasi energi, integritas personal dan psikososial.

2. BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian quasi experiment dengan design penelitian Nonequivalent Control Group Design atau Non-Randomized Control Group Pretest-Posttest Design, yaitu eksperimen semu dengan membagi group yang ada tanpa membedakan kontrol dan group secara nyata dengan tetap mengacu pada bentuk alami yang sudah ada (Notoatmodjo, 2012).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita DM tipe 2 di desa Jatiduwur Kecamatan Kesamben Kabupaten Jombang. Berdasarkan rumus besar sampel untuk analisis numerik berpasangan didapatkan sampel 16 responden untuk masing-masing kelompok. Penelitian ini menggunakan metode purposive sampling, yaitu pengambilan sampel yang bertujuan untuk mendapatkan subyek penelitian yang memiliki sejumlah karakteristik tertentu atau mendapatkan kelompok penelitian yang sebanding dalam karakteristik tertentu (Sugiyono, 2006).

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel independent (bebas) dan variabel dependent (tergantung). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah aplikasi model Konservasi Levine. Sedangkan variabel tergantungnya adalah self efficacy dan kualitas hidup. Instrumen penelitian ini ada 2, yaitu kuesioner DSEQ (Diabetes Self Efficacy Questionnaire). Kuesioner DSEQ dikembangkan oleh Hurley (2004) untuk mengukur self efficacy pasien DM tipe 2. Peneliti menggunakan alat ukur ini karena alat ukur ini sudah terstandarisasi dan spesifik untuk penderita DM tipe 2 dan banyak digunakan didalam penelitian self efficacy penderita DM tipe 2.

Penelitian dilakukan dalam dua tahap, yaitu dengan cara mengalokasikan sampel menjadi dua kelompok (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol). Selanjutnya Peneliti melaksanakan pre test self efficacy dan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Penelitian dilakukan selama 2 bulan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Shi (2010) perubahan self efficacy dapat dilihat segera setelah pelaksanaan suatu intervensi.

Kemudian Peneliti melakukan post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dan diolah. Kegiatan dalam

pengolahan data meliputi: memeriksa data (editing), memberi kode (coding), dan menyusun data (tabulating).

3. HASIL

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa tingkat self efficacy responden pada kelompok perlakuan sebelum intervensi, sebagian besar berada dalam kategori sedang, yaitu 9 orang responden (56,3). Setelah dilaksanakan intervensi, tingkat self efficacy responden meningkat, yaitu sebagian besar responden yaitu 8 orang (50%) mempunyai tingkat self efficacy dalam kategori tinggi. Sedangkan untuk tingkat self efficacy responden

pada kelompok kontrol pada saat pre test sebagian besar berada dalam kategori sedang yaitu 9 orang responden (56,3 %). Sedangkan pada saat post test, sebagian besar tingkat self efficacy responden berada dalam kategori tinggi sebanyak 15 orang responden (93,8 %).

Sedangkan pada tabel 2 dapat diketahui bahwa peningkatan self efficacy yang terjadi pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibanding pada kelompok kontrol, yaitu peningkatan rata-rata nilai self efficacy pada kelompok perlakuan sebesar 19 dibandingkan pada kelompok kontrol yang hanya sebesar 0,15.

Tabel 1. Tingkat Self Efficacy Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

No.	Tingkat Self Efficacy	Perlakuan				Kontrol			
		Pre test		Post test		Pre Test		Post test	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Sangat Rendah	-	-	-	-	-	-	-	-
2.	Rendah	5	31,2	-	-	4	25	-	-
3.	Sedang	9	56,3	6	37,5	9	56,3	15	93,8
4.	Tinggi	2	12,5	8	50	3	18,8	1	6,2
5.	Sangat Tinggi	-	-	2	12,5	-	-	-	-
Total		16	100	16	100	16	100	16	100

Tabel 2. Perbedaan Self Efficacy pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No.	Variabel	Mean		Mean Difference
		Awal	Akhir	
1.	Self efficacy kelompok perlakuan	106	125	19
2.	Self efficacy kelompok kontrol	106,75	106,9	0,15

Berdasarkan hasil uji normalitas dengan menggunakan Uji Kolmogorov-Smirnov pada variabel self efficacy pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat diketahui bahwa nilai $p > \alpha$ (0,05) jadi dapat dinyatakan bahwa semua data terdistribusi dengan normal. Sedangkan berdasarkan hasil uji homogenitas sebagaimana tercantum pada tabel 5.16 dengan menggunakan Uji Levene's Test pada variabel self efficacy dan Self Care Activity pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat diketahui bahwa nilai $p > \alpha$ (0,05) sehingga dapat dinyatakan bahwa semua data homogen.

Berdasarkan tabel 5 didapatkan hasil uji paired t test pada kelompok perlakuan dengan nilai t hitung -8,061 dan p 0,000 < 0,05 (α), artinya terdapat perbedaan self efficacy sebelum intervensi dengan setelah intervensi.

Nilai negatif pada t menunjukkan bahwa nilai pre test lebih rendah dari pada nilai post test. Berdasarkan tabel 5 juga diketahui hasil uji paired t test pada kelompok kontrol didapatkan nilai t hitung -0,051 dan p 0,960 > 0,05 (α), artinya tidak ada perbedaan self efficacy pada saat pre test dan post test. Dimana nilai negatif pada t hitung menunjukkan bahwa nilai pre test lebih rendah dari pada nilai post test. Sedangkan berdasarkan tabel 6 dapat diketahui hasil uji t test independent terhadap variabel self efficacy antara kelompok perlakuan dan kontrol, yaitu nilai t 25,055 dengan p 0,000 < 0,05 artinya terdapat perbedaan self efficacy yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Nilai positif pada t menunjukkan bahwa nilai self efficacy kelompok perlakuan lebih tinggi dari pada kelompok kontrol.

Tabel 3. Hasil Uji Paired t Test Self Efficacy pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No.	Kelompok	Self efficacy	T	P
1.	Perlakuan	Pre test	-8,061	0,00
		Post test		0
2.	Kontrol	Pre test	-0,051	0,96
		Post test		0

Tabel 4. Hasil Uji t Test Independent Self Efficacy pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	t	P	df
1	Self efficacy kelompok perlakuan	25,055	0,00	3
2	Self efficacy kelompok kontrol		0	0

Hasil uji paired t test pada kelompok perlakuan seperti tercantum pada tabel 7 didapatkan nilai t hitung - 9,223 dan $p 0,000 < 0,05 (\alpha)$, artinya terdapat perbedaan Self Care Activity sebelum intervensi dengan setelah intervensi. Berdasarkan tabel 5.25 juga dapat diketahui hasil uji paired t test pada kelompok kontrol dan didapatkan nilai t hitung -1,400 dan $p 0,182 > 0,05 (\alpha)$, artinya tidak terdapat perbedaan Self Care Activity pada saat pre test dan post test. Dimana nilai negatif pada t hitung menunjukkan bahwa nilai pre test lebih rendah dari pada nilai post test.

4. PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa self efficacy pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi (Konservasi Levine). Model Konservasi Levine berfokus pada individu sebagai makhluk holistik yang berinteraksi dengan lingkungan. Pada pasien dengan DM terjadi penurunan kualitas hidup, hal tersebut disebabkan oleh karena akibat penyakitnya secara fisik, proses pengobatan, dan komplikasi yang ditimbulkannya. DM dapat menurunkan fungsi fisik oleh karena adanya komplikasi jangka panjang yang timbul, karena penyakitnya sendiri, dan kondisi kesehatan yang berkaitan dengan DM. Hal lain disebabkan karena tuntutan terapi yang sering

menyebabkan seorang pasien merasa dibatasi dalam kehidupannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat self efficacy pada kedua kelompok pada saat pre test yaitu pada kelompok perlakuan lebih rendah dari pada kelompok kontrol (kelompok perlakuan sebagian besar dalam kategori sedang, kelompok kontrol sebagian besar dalam kategori tinggi). Hal ini berhubungan dengan perbedaan faktor predisposisi yang dimiliki oleh kedua kelompok, yaitu adanya perbedaan dari lamanya waktu sakit dan tingkat penghasilan pada kedua kelompok, yaitu rata-rata lama sakit pada kelompok kontrol lebih lama dan rata-rata penghasilannya lebih besar dari pada kelompok perlakuan. Perbedaan ini membuat terjadinya perbedaan self efficacy antara kedua kelompok pada saat pre test. Karena sesuai dengan penelitian Walker (2007), semakin lama waktu penerimaan terhadap penyakitnya akan mempengaruhi self efficacy pasien. Selain itu tingkat penghasilan yang lebih tinggi juga berkontribusi dalam self efficacy karena mereka akan memiliki sumber daya ekonomi untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Selain itu pada kelompok perlakuan jumlah responden laki-laki lebih sedikit dari pada kelompok kontrol, sehingga hal ini berpengaruh terhadap perbedaan self efficacy pada kedua kelompok. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Mystakidou (2010) laki-laki memiliki self efficacy lebih tinggi dari pada perempuan. Peningkatan self efficacy yang terjadi pada kelompok kontrol, walaupun lebih rendah dari pada kelompok perlakuan disebabkan karena kelompok kontrol juga mendapatkan pendidikan kesehatan di puskesmas. Walaupun pendidikan kesehatan yang dilakukan diberikan hanya sedikit selama 1 bulan sekali, namun tetap saja di dalamnya terdapat informasi mengenai penyakit dan pengelolaan penyakitnya. Sehingga hal tersebut akan berkontribusi dalam peningkatan self efficacy pasien pada kelompok kontrol. Karena sesuai dengan hasil penelitian Falvo di dalam Atak (2010) yang menyatakan bahwa pemberian pendidikan kesehatan dapat meningkatkan self efficacy seseorang.

Selama mengikuti kegiatan pasien pada kelompok perlakuan mendapatkan pendidikan kesehatan secara lebih terstruktur, yaitu

melalui penerapan Konservasi Levine. Dengan penerapan Konservasi Levine maka pasien akan menjalani proses pembelajaran secara bertahap yang dibagi dalam empat tahapan. Sehingga perbedaan peningkatan self efficacy pada kedua kelompok disebabkan adanya perbedaan cara dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan. Dimana pada kelompok perlakuan mendapatkan pendidikan kesehatan dengan menggunakan konsep Konservasi Levine sedangkan pada kelompok kontrol hanya mendapatkan pendidikan kesehatan seperti yang biasa dilakukan di puskesmas.

Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara *self efficacy* dan Self Care Activity baik sebelum maupun setelah intervensi pada kelompok perlakuan ($p < 0,05$). Selain itu kedua kelompok juga menunjukkan peningkatan nilai korelasi pada saat post test. Namun nilai korelasi dan peningkatan angka korelasi pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol.

Peningkatan angka korelasi antara variabel *self efficacy* dan Self Care Activity yang terjadi pada kelompok perlakuan yang lebih tinggi dari pada kelompok kontrol disebabkan karena peningkatan *self efficacy* pada kelompok perlakuan sebagaimana tercantum pada tabel 5.18 memang lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol. Yang kemudian hal ini menyebabkan peningkatan Self Care Activity pada kelompok perlakuan menjadi lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol. Hasil penelitian juga menunjukkan hubungan yang positif antara *self efficacy* dan kualitas hidup. sehingga peningkatan *self efficacy* juga akan diikuti peningkatan kualitas hidup.

5. SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Penerapan pendidikan kesehatan berbasis Konservasi Levine memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan self efficacy pasien DM tipe 2 karena Konservasi Levine meningkatkan kemampuan beradaptasi dengan konservasi integritas energi, struktural, personal dan sosial dalam mencapai keutuhan (wholeness) melalui proses berubah. Konservasi Levine mempengaruhi cara individu berpikir (kognitif), perasaan (afektif), motivasional, dan seleksi terhadap perilaku

perawatan yang dipilih oleh individu. Self efficacy yang baik akan membuat individu merasa mampu untuk melakukan perawatan secara mandiri ketika berada di rumah dan melakukan perilaku perawatan mandiri yang berdampak pada penurunan komplikasi dan peningkatan kualitas hidupnya.

5.2. Saran

Perawat dapat mengaplikasikan konservasi levine dalam melakukan pendidikan kesehatan pada pasien DM tipe 2 sehingga akan lebih meningkatkan pengelolaan diabetes secara mandiri oleh pasien dan keluarga. Penelitian lanjutan dalam jangka waktu yang lebih lama, seperti penelitian longitudinal atau randomized control trial dengan sampel yang lebih besar dapat dilakukan untuk mengevaluasi pengaruh konservasi levine terhadap self efficacy pasien DM tipe 2. Penelitian lanjutan yang lebih mendalam dapat dilakukan untuk mengevaluasi faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap self efficacy dan kualitas hidup, seperti : faktor-faktor internal dan eksternal dari penderita, misal: faktor demografi dan etnisitas penderita, tipe kepribadian, kualitas dukungan sosial dan lain-lain.

REFERENSI

1. ADA. (2010). Standards of Medical Care in Diabetes 2010. Journal of Diabetes Care, Vol. 33, Supplement 1, January 2010, 11-61. Diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/> pada tanggal 10 Februari 2011.
2. Azwar, S. (2010). Penyusunan Skala Psikologi. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
3. Bandura, A., (1994). Self Efficacy: Toward Unifying Theory. Psychological Review 1977, Vol. 84. Number. 2. 195, Diperoleh dari <http://psycnet.apa.org/journals/>. pada tanggal 3 Februari 2011
4. Bandura, A. (1997). Self Efficacy. Diperoleh dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html> pada tanggal 3 Februari 2011.
5. Boedisantoso, R. (2009). Komplikasi Akut Diabetes Melitus. Dalam Soegondo et al (Ed.). Penatalaksanaan Diabetes

- Melitus Terpadu. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
6. Carey, Barbara J. Maschak. (2002). Pengkajian dan Penatalaksanaan Pasien Diabetes Melitus. Dalam Smeltzer dan Bare (Ed.) Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Brunner & Sudarth. Edisi 8. Vol 2. Alih Bahasa : Kuncara, dkk. Jakarta : EGC.
7. Funnel, M.M., et al., (2010). National Standards for Diabetes Self Management Education. Journal of Diabetes Care, Vol 33, Supp. 1, 89-96, diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/>. pada tanggal 10 Februari 2011.
8. Glasgow, R.E., Tobbert D.J., Gillet C.D. (2001). Psychosocial Barrier to Diabetes Self Management and Quality of Life. Journal of Diabetes Spectrum. Volume 14. Number 1. 33-47. diperoleh dari <http://spectrum.diabetesjournals.org/>. pada tanggal 10 Februari 2011.
9. Kuntoro. (2008). Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel. Surabaya : Pustaka Melati
10. Kuntoro. (2008). Metode Statistik. Surabaya : Pustaka Melati
11. Levine, M.E (1966). Adaptation and Assesment, a rationale for nursing information. Los Angeles: Davis.
12. Levine, M.E (1973). Introduction to Clinical Nursing Los Angeles. Davis.(2nd edition). Los Angeles: Davis
13. Perry, A.G and Potter P.A. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Volume 1. Edisi 4. Jakarta : EGC.
14. PERKENI. (2011). Konsensus Pengelolaan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2011. Diperoleh dari <http://perkeni.net/old/> pada tanggal 2 Januari 2015.
15. Shi, Q., S. K Ostwald, and S. Wang (2010). Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. Journal of Clinical Nursing. 398-404. Diperoleh dari <http://www.clinicalnursingjournal.org/>. pada tanggal 12 Februari 2011.
16. Sugiyono (2000). Metodologi Penelitian Administrasi. Bandung : Alfa Beta
17. Suyono, S. (2009). Kecenderungan Peningkatan Jumlah Penyandang Diabetes. Dalam Soegondo et al (Ed.). Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
18. Tomey A.M. dan Alligood M. R. (2006). Nursing Theorists and Their Work. 6th ed. USA: Mosby Elsevier.

NEONATAL INCIDENT OF HYPOGLIKEMIA IN PREGNANT WOMAN WITH GESTASIONAL RISK DIABETES MELLITUS

Sulistiyah¹, Ismiatun² Nunung Ernawati³ Shella⁴

^{1,2,3,4}Polytechnic dr. Soepraoen Jl. Sudanco Supriyadi no 22 Malang

¹lies.anggra@yahoo.co.id, ³nunungerna@gmail.com

Abstract

Gestational diabetes mellitus (GDM) is a glucose intolerance that begins or is first identified during pregnancy. One of the indication of GDM is the condition of hyperglycemia. Hyperglycaemia in pregnancy is one of the metabolic disorders during pregnancy and this can develop into insulin resistance during pregnancy (Diabetes Voice, IDF, June 2014). According to the International Diabetes Federation (IDF) in diabetes voice, 2014, said that the estimated number of hyperglycemia in pregnancy during 2013 was about 21.4 billion (16.9%). According to the results of rikesdas 2013 states that the prevalences of DM in Indonesia are 5.7% and 26.3% have been diagnosed while 73.7% are not diagnosed. GDM in Indonesia is 1.9% -3.6% in most pregnancies, but it is often difficult to find due to low case detection ability. Pregnancy is a diabetogenic condition because the placenta secretes hormones such as progesterone, cortisol, lactogen, placenta, prolactin and growth hormone, which is a major contributor to the insulin resistance seen in pregnancy. The purpose of this study was to analyze the correlation of neonatal hypoglycemia in pregnant women with gestational risk. The research method used observational analytic research design with multiple prospective cohort approach. The population of all pregnant women who did antenatal care in BPS A and B Malang Regency, the sample size of 50 participants divided into 2 groups of case / risk group (+) 15 people and control group / risk (-) 15 people. The sample in this research are some pregnant women who do antenatal care at BPS A and B Malang which meet the criteria of inclusion. The instruments used were interviews, ANC documentation and laboratory tests for maternal and newborn blood sugar levels. The results of statistical calculation results obtained value χ^2 count (Chi-square count) obtained from the analysis of 8.259 with a significance value of 0,004. Because χ^2 arithmetic > χ^2 table (8,259 > 3,841) or the significance value is smaller than the real level of 0,05 then concluded there is a significant relationship between the risk of GDM with the incidence of neonatal hypoglycemia. Odd Ratio value obtained for 15,889 means that people who have GDM risk will tend to give birth to infants who have neonatal hypoglycemia 15,889 times greater than people who are not at risk of GDM. In conclusion, there is a significant relationship between GDM risk and the incidence of neonatal hypoglycaemia.

Keywords: Neonatal Hypoglycemia, Gestational Diabetes Mellitus

1. PENDAHULUAN

GDM merupakan intoleransi glukosa yang dimulai atau diidentifikasi pertama kali saat kehamilan berlangsung. GDM di Indonesia sebesar 1,9%-3,6% pada kehamilan umumnya (Soewardono dan Pramono, 2011), tetapi seringkali sukar ditemukan karena rendahnya kemampuan deteksi kasus (Nurrahmani, 2012). Berdasarkan wawancara dengan beberapa bidan menyatakan bahwa skrining GDM jarang dilakukan jika tidak ada indikasi atau keluhan dari pasien, walaupun ada riwayat DM pada keluarga.

Kehamilan merupakan suatu kondisi diabetogenic karena plasenta mensekresi hormone seperti progesterone, kortisol,

laktogen, plasenta, prolaktin dan hormone pertumbuhan, yang menjadi penyumbang utama terjadinya resistensi insulin yang terlihat dalam kehamilan. Resistensi insulin biasanya dimulai pada trimester kedua dan memaju ke seluruh sisa kehamilan. Wanita hamil yang mengalami GDM dapat meningkatkan morbiditas janin yang akan dilahirkan. Ibu hamil dengan kondisi hiperglikemia dapat menjadikan janin yang ada didalam kandungannya mengalami hiperinsulinemia sehingga bayi dapat mengalami hipoglikemia neonatal beberapa jam setelah kelahiran dan hal ini akan berdampak dalam jangka panjang bayi mengalami peningkatan resiko intoleransi glukosa. Untuk menekan angka morbiditas

pada ibu dan janin perlu dilakukan upaya penilaian resiko pada ibu hamil saat ibu melakukan antenatal care pertama kali, sehingga penemuan kasus secara dini dapat dikelola sebaik-baiknya sehingga kesejahteraan ibu dan janin meningkat.

Wanita hamil dengan *Gestasional Diabetes Mellitus* (GDM) hampir tidak pernah merasakan keluhan, deteksi dini sangat diperlukan agar ibu hamil dengan resiko dapat dikelola sebaik-baiknya, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi, disamping itu angka kejadian Diabetes Mellitus (DM) dapat ditekan (Metris, 2013). Penilaian resiko pada wanita hamil seharusnya dilakukan pada saat *antenatal care* yang pertama kali dan untuk wanita hamil dengan karakteristik konsisten beresiko terjadinya GDM maka harus dilakukan pengujian secepat mungkin.

2. KAJIAN LITERATUR

Gestasional diabetes mellitus (GDM) merupakan suatu gangguan toleransi karbohidrat (TGT, GDPT, DM) yang terjadi atau diketahui pertama kali pada saat kehamilan sedang berlangsung (Konsensus Perkeni, 2011). Keadaan ini biasanya terjadi pada saat 24 minggu usia kehamilan dan sebagian penderita akan kembali normal pada setelah kehamilan (Depkes RS, 2008). Diabetes dalam kehamilan diklasifikasikan dalam dua bentuk, yaitu DM yang mendahului kehamilan (DM *pregestasional*) dan DM yang terjadi pada saat kehamilan (GDM). Dampak terbesar dari kondisi ini, meningkatnya morbiditas dan mortalitas baik ibu dan janin (Ariefandi, dkk, 2008).

2.1. Patogenesises GDM

Selama kehamilan peningkatan kadar hormone tertentu yang disekresi oleh placenta antara lain progesterone, kortisol, laktogen, prolaktin dan hormone pertumbuhan merupakan penyumbang utama terjadinya resistensi insulin saat kehamilan. Kehamilan merupakan suatu kondisi diabetogenic ditandai dengan resistensi insulin dengan peningkatan kompensasi sebagai respon β sel dan hiperinsulinemia. Selama kehamilan, peningkatan hormone tertentu yang disekresi oleh placenta dapat menjadi penyebab terganggunya intoleransi glukosa terganggu progresif (kadar glukosa darah yang lebih tinggi). Resistensi insulin biasanya dimulai

pada trimester II dan terus maju sesuai sisa usia kehamilan.

Hipoglikemia lebih sering terjadi pada bayi baru lahir dibandingkan anak yang lebih besar. Kadar glukosa darah yang normal terjadi karena adanya keseimbangan antara penyediaan glukosa dalam darah dengan pemakaiannya oleh tubuh. Bila terjadi gangguan pada keseimbangan ini, maka dapat terjadi hipoglikemia atau sebaliknya hiperglikemia. Hipoglikemia merupakan keadaan yang berbahaya karena glukosa merupakan kebutuhan pokok otak. Hipoglikemia neonatorum adalah masalah pada bayi dengan kadar glukosa darah kurang dari 40 -45mg/dl (Sudarti dkk: 2010). Keadaan dimana bila kadar gula darah bayi di bawah kadar rata-rata bayi seusia dan berat badan aterm (2500 gr atau lebih) < 30mg/dl dalam 72 jam pertama, dan < 40mg/dl pada hari berikutnya.

2.2. Patofisiologi Hipoglikemia

Hipoglikemia sering terjadi pada BBLR, karena cadangan glukosa rendah. Pada ibu DM terjadi transfer glukosa yang berlebihan pada janin sehingga respon insulin juga meningkat pada janin. Saat lahir di mana jalur plasenta terputus maka transfer glukosa berhenti sedangkan respon insulin masih tinggi (*transient hiperinsulinism*) sehingga terjadi hipoglikemi.

Hipotesis “Ada hubungan kejadian neonatal hipoglikemia pada ibu hamil dengan resiko gestasional diabetes mellitus

3. METODE PENELITIAN

Menggunakan desain penelitian *observational analitik* dengan pendekatan kohort prospektif berganda. Populasi pada penelitian semua ibu hamil yang melakukan antenatal care di BPS A dan B Kabupaten Malang, besar sampel sejumlah 50 partisipan yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok kasus/ resiko (+)15 orang dan kelompok control/resiko (-) 15 orang. Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu variabel dependen (kejadian neonatal hipoglikemia dan variabel independen (resiko gestasional diabetes mellitus).

Sampel dalam penelitian adalah sebagian ibu hamil yang melakukan antenatal care di klinik BPS A dan B Kabupaten Malang yang memenuhi kriteria inklusi. Lokasi penelitian

dilakukan di Klinik A dan B Kabupaten Malang. Instrumen yang digunakan adalah wawancara, dokumentasi ANC dan pemeriksaan laboratorium untuk kadar gula darah ibu dan bayi baru lahir.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Data umum yang diperoleh adalah data tentang, status obstetrik responden dan faktor resiko GDM seperti dibawah ini:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Obstetri

No.	Status Obstetri	Kelompok Resiko (+)		Kelompok Resiko/Kontrol (-)	
		Σ	%	Σ	%
1.	Usia Kehamilan (minggu)				
	24-28	0	0	1	8,33
	29-33	8	36,36	3	25
	34-38	12	54,54	8	66,67
	>38	2	9,09	0	0
	Total	22	100	12	100
2.	Kehamilan Ke-				
	Primigravida	7	31,82	8	66,66
	Multigravida	15	68,18	4	33,34
	Total	22	100	12	100
3.	Frekuensi ANC				
	Teratur	15	68,18	11	91,67
	Tidak teratur	7	31,82	1	8,33
	Total	22	100	12	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukan bahwa pada kelompok resiko menunjukan keseluruhan responden adalah multigravida dan teratur melakukan ANC sejumlah (68.18%) dan sebagian besar usia kehamilan

34-38 minggu, sedangkan pada kelompok control menunjukan sebagian besar primigravida dengan usia kehamilan 34-38 minggu (66,67%) dan frekuensi ANC teratur (91,67%).

Tabel 2. Distribusi Faktor Resiko GDM

No.	Faktor Resiko GDM	Kelompok Resiko (+)		Kelompok Resiko/Kontrol (-)	
		Σ	%	Σ	%
1.	Faktor Obstetri				
	Riwayat melahirkan bayimacrosomia	10	45,45	3	25
	Riwayat pre/eclampsia pada kehamilan sebelumnya	3	13,64	1	8,33
	Riwayat Abortus berulang	5	22,73	2	16,67
	Riwayat IUFD	2	9,09	0	0
	Riwayat Polihidramnion	2	9,09	1	8,33
2.	Faktor Medis				
	Riwayat keluarga menderita DM	21	95,45	4	33,33
	Menderita DM sebelum kehamilan ini	3	13,64	0	0
	Usia > 35 tahun	2	9,09	0	0
	Riwayat menderita ISK berulang	0	0	0	0
	Peningkatan BB selama berlebih	10	45,45	6	50
3.	Hasil Pemeriksaan Laboratorium				
	Rerata kadar glukosa darah acak	227,18	-	128,06	-
	Rerata kadar glukosa puasa	136,73	-	95,27	-
	Rerata kadar TTGO	164,77	-	-	-

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa pada kelompok resiko dengan riwayat obstetric sebagian besar pernah mengalami melahirkan bayi macrosomia (45,45%), riwayat abortus berulang (22,73%). Pada riwayat medis didapatkan data hampir keseluruhan memiliki riwayat keluarga menderita DM (95,45%) dan dari hasil pemeriksaan kadar glukosa acak rata-

rata diatas 227,18 mg/dl , rata-rata glukosa puasa diatas 136,73 mg/dl dan rata-rata nilai TTGO adalah 164,77 mg/dl.

Data khusus yang diperoleh adalah data tentang resiko GDM dan hasil analisis seperti berikut:

Tabel 3. Tabulasi Silang Faktor Resiko GDM Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Neonatal Hipoglikemia

No.	GDM	Kejadian Neonatal Hipoglikemia		Total
		Ada	Tidak ada	
1.	Ada resiko	13	9	22
2.	Tidak ada resiko	1	11	12
Total		14	20	34

Berdasarkan tabel di atas, dari 34 responden yang menjadi sampel pada penelitian ini, responden yang memiliki resiko GDM dan bayi yang dilahirkan mengalami neonatal hipoglikemia berjumlah 13 orang (38,2%), sedangkan responden yang memiliki resiko GDM tetapi bayi yang dilahirkannya tidak mengalami neonatal hipoglikemia

berjumlah 9 orang (26,5%). adapun responden yang tidak memiliki resiko GDM dan bayi yang dilahirkan mengalami neonatal hipoglikemia sejumlah 1 orang (3%) dan sisanya adalah responden yang tidak memiliki resiko GDM dan melahirkan bayi sehat (tidak ada neonatal hipoglikemia) ada 11 orang (32,35%)

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Analisis Bivariat Hubungan Antara Resiko GDM Dengan Kejadian Hipoglikemia

Resiko GDM	Kejadian Hipoglikemia			Chi-Square hitung	Odd ratio (CI 95%)	Sig.
	Tidak Ada	Ada	Total			
Tidak beresiko	11 (32,41%)	1 (2,9%)	12 (35,3%)	8,259	15,889 (1,732-145,788)	0,004
Beresiko	9 (26,5%)	13 (38,2%)	22 (64,7%)			
Total	20 (58,9%)	14 (41,1%)	34 (100%)			

Berdasarkan tabel di atas, dan hasil hitung statistic didapatkan nilai χ^2 hitung (Chi-square hitung) yang diperoleh dari hasil analisis sebesar 8,259 dengan nilai signifikansi sebesar 0,004. Karena χ^2 hitung $> \chi^2$ tabel (8,259 $>$ 3,841) atau nilai signifikansinya lebih kecil dari taraf nyata 0,05 maka disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara resiko GDM dengan kejadian hipoglikemia neonatal. Nilai Odd Ratio yang diperoleh sebesar 15,889 artinya, orang yang memiliki resiko GDM akan cenderung melahirkan bayi yang mengalami hipoglikemia neonatal sebesar 15,889 kali lebih besar daripada orang yang tidak beresiko GDM.

Berdasarkan hasil penelitian responden dengan factor resiko GDM mempunyai riwayat pernah melahirkan bayi macrosomia sebanyak

45.45%, hal ini Untuk wanita hamil dengan diabetes, sangat penting untuk kontrol tepat gula darah selama kehamilan untuk mencegah makrosomia. Riwayat abortus berulang 22.73% serta pernah ada riwayat pre-eklamsia 13.64%, riwayat IUFD dan polihramnion. Masing-masing 9.09%, terdapat hal ini sesuai dengan teori bahwa jumlah cairan yang berlebihan pada ibu diabetes, ibu harus mengontrol kadar gula selama kehamilan. Responden yang sudah menderita DM sebelum kehamilan, diantara proses yang diduga menyebabkan lonjakan kenaikan gula darah pada saat hamil adalah pengaruh plasenta janin terhadap kerja hormon insulin ibu. Sebagaimana lazim diketahui, plasenta menghasilkan hormon-hormon yang menunjang tumbuh kembang janin.

Namun disisi lain, plasenta juga memproduksi hormon untuk mencegah penurunan drastis kadar gula darah ibu, dengan cara menghambat kerja hormon insulin ibu. Akibatnya, jumlah insulin yang dibutuhkan untuk memasukkan zat gula ke dalam sel-sel tubuh ibu meningkat hingga mencapai tiga kali lipat kebutuhan normalnya. Apabila tubuh ibu tidak mampu memproduksi hormon insulin sesuai kebutuhan, maka zat gula akan lebih banyak menetap dalam darah, dan terjadilah yang disebut dengan diabetes gestasional. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dari kelompok resiko didapatkan hasil yang tertinggi dengan kadar glukosa darah acak adalah 227.18 mg%, kadar TTGO 164.77mg% serta kadar glukosa puasa 136.77mg%. Mengendalikan kadar gula darah adalah cara terbaik untuk mencegah komplikasi diabetes. Ketika Anda mempersiapkan untuk hamil, kontrol gula darah harus dilakukan jauh hari atau bahkan berbulan-bulan sebelum Anda hamil. Berdasarkan hasil pemeriksaan bayi dengan hipoglikemia didapatkan 26 bayi (76.47%) dengan BB antara 3000-4000 gram, selebihnya 8 bayi (23.52%) dengan BB tidak kurang 2850 gram. Seperti dalam teori di sebutkan bahwa Jika selama kehamilan kadar gula darah pada ibu tinggi, maka glukosa akan melintasi plasenta ke dalam sirkulasi bayi sehingga mengakibatkan bayi tumbuh cepat dan gemuk. Hal terjadi karena pankreas bayi memproduksi insulin meskipun pankreas ibu tidak dan insulin tersebut akan mengubah glukosa menjadi lemak.

5. KESIMPULAN

- 5.1. Faktor resiko yang memperbesar terjadinya gestasional diabetes mellitus di Wilayah BPS A dan B Kabupaten Malang, sebagian besar riwayat melahirkan bayi macrosomia, *pre eclampsia/eklampsia* pada kehamilan yang lalu, abortus dan lahir mati, keluarga menderita DM, ada penyakit DM sebelum kehamilan dan *obesitas*
- 5.2. Angka kejadian neonatal hipoglikemia di Klinik BPS A dan B Kabupaten Malang, berdasarkan kelompok resiko terdapat 14 bayi (41,17%) sedangkan pada kelompok kontrol 20 bayi (58,82%)

5.3. Terdapat hubungan resiko gestasional diabetes mellitus dengan kejadian neonatal hipoglikemia, 13 responden memiliki resiko GDM mengalami neonatal hipoglikemia, 1 responden tidak memiliki resiko GDM, bayi yang dilahirkan mengalami neonatal hipoglikemia di Klinik BPS A dan B Kabupaten Malang.

5.4. Terdapat hubungan yang signifikan antara resiko GDM dengan kejadian hipoglikemia neonatal. Nilai Odd Ratio yang diperoleh sebesar 15,889 artinya, orang yang memiliki resiko GDM akan cenderung melahirkan bayi yang mengalami hipoglikemia neonatal sebesar 15,889 kali lebih besar daripada orang yang tidak beresiko GDM.

Masalah diabetes sejak saat hamil ini lebih disarankan untuk mengkonsumsi jenis makanan yang mengandung asam folat, kacang-kacangan, susu tanpa lemak, daging, biji-bijian, buah-buahan dan bahkan jenis sayuran yang memang sangat baik bagi kesehatan tubuh. Dianjurkan pemantauan gula darah teratur minimal 2 kali seminggu (jika mungkin dengan alat pemeriksaan sendiri di rumah). Dianjurkan kontrol sesuai jadwal pemeriksaan antenatal secara teratur.

REFERENSI

1. Black, J., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. In *Keperawatan Medikal Bedah*. Singapore: Elsevier.
2. Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
3. Diejomah, M. F., Gupta, M., Farhat, R., & all, e. (2009). Intrapartum performance of Patients Presenting With Diabetes Mellitus in Pregnancy. *Medical Principles and Practice*, 18:233-238.
4. Gomella, T. (2004). Neonatology Management, Procedur, On Call Problem Disease and Drug.
5. Hadden, D., & McCance, D. (2014, March). Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) 2014: Fact, Frustration and Need Future. *Diabetes Voice Global Perspective On Diabetes*, p. 56.

6. Khalifeh, A., Breathnach, F., Smith, S. C., & all, e. (2014). Changing Trends in Diabetes Mellitus in Pregnancy. *journal of Obstetrics and Gynaecology* , 34;135-137.
7. Khosim, S., Indarso, F., Irawan, & Hendarto. (2006). *Buku Acuan Pelatihan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Jakarta : Depkes RI.
8. Laili, N., Dewi, Y., & Widyawati, I. (2012). Edukasi Dengan Pendekatan Prinsip Diabetes Self Management. *Jurnal Ners Unair*, 8 .
9. Lestari, D., Citrakesusari, & Alharini. (2013). *Upaya Penanganan dan Perilaku Pasien DM di Puskesmas Maredekaya Kota Makasar*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin.
10. Linnenkamp, U. (2014, March). IDF Diabetes Atlas Reveal High Burden Of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Voice Global perspective On Diabetes* , p. 55.
11. Liu, S., Rouleau, Leon, J. A., & all, e. (2015). Impact of pregnancy Diabetes mellitus on Congenital Anomalies. *Medical Science -internal medicine* .
12. PERKENI. (2008). *Pedoman Teknis dan Tata Laksana penyakit Diabetes Mellitus*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
13. Osgood, e. a. (2011). The Inter and Intra Generation Impact of Gestasional Diabetes On the Epidemic Of Type 2 Diabetes. *American Journal Of Public Health* .
14. RI, P. D. (2013). *InfoDatin*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
15. Safitri, I. (2012). Kepatuhan Penderita DM Tipe 2 Ditinjau dari Locus Of Control. *Jurnal Psikologi Universitas Muhamadiyah Malang I* .
16. Saldah, I. P., Wahiduddin, & Sidik, D. (2013). Faktor Resiko Kejadian Prediabetes/Diabetes Mellitus Gestasional Di RSIA Sitti Khadijah Kota Makasar.
17. Tjokroprawiro. A. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II edisi VI*. Hal 2336 - 2346. Jakarta: Interna Publishing

HUBUNGAN UMUR DAN PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN RUPTURA PERINEUM PADA IBU BERSALIN DI RSUD SIDOARJO PERIODE JANUARI SAMPAI JULI TAHUN 2017

Nur Saidah¹⁾, Eka Yusmanisari²⁾

^{1,2}Akademi Kebidanan Ar-Rahma Bangil Pasuruan

¹elatio3@gmail.com, ²wadirakademikakbidarrahma@gmail.com

Abstract

Perennial rupture needs pay attention because of dysfunctional organ of reproduction mother. It can cause the sources of bleeding and the way out entering infection makes death because of bleeding. The aim of this study is to analyze relationship between the age and the mothers parities with perennial rupture to the mothers birthing in RSUD Sidoarjo. This study uses analytical method with cross sectional. The sampling technique uses probability with sampling random. The writer uses secondary data in the medical room at RSUD Sidoarjo, on January – Juli 2017 and the total of respondents are 95. The criteria of inclusive sampling are the normal birthing mothers and having perennial rupture spontaneously or episiotomy. The data analyzed have run two steps; bivariate and univariate. The first, distributes frequency and the second, it uses Chi-Square. The result of this study is almost the age of respondents who are birthing contain 95 % aging 20-35 years old and most of mother parities amount 52, 6% multipara and the last, most of perennial rupture are 61% the second degree. The result of chi-square test shows that the value of age P is 0, 025% and the parities P is 0,000. It means that H0 is refused (H1 acceptable) and shows that the relationship between the age and the parities with perennial rupture to the mothers birthing. The advices to mothers birthing and their family are counseling about how important loving care from straining steps in the birthing, accompaniment of birth and the worst straining and the last the pregnant gym for perennial elastic in the birthing.

Keywords : the age, paritas, rupture perineum

1. PENDAHULUAN

Ruptur perineum perlu mendapatkan perhatian karena dapat menyebabkan disfungsi organ reproduksi wanita, sumber perdarahan, sumber atau jalan keluar masuknya infeksi, serta dapat menyebabkan kematian karena perdarahan atau sepsis. (Mochtar, 2006). Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua perdarahan setelah atonia uteri yang terjadi pada hampir persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Seorang primipara atau orang yang baru pertama kali melahirkan ketika terjadi peristiwa "kepala keluar pintu" biasanya perineumnya mengalami ketegangan sehingga terjadi robekan pada pinggir depannya. Luka-luka biasanya ringan tetapi kadang-kadang terjadi juga luka yang luas dan berbahaya. (Prawirohardjo, 2007).

Beberapa penyebab ruptur perineum menurut Mochtar (2006) pada ibu dalam persalinan antara lain adalah usia ibu, dijumpai pada ibu yang berumur lebih dari 30 tahun yang lazimnya disebut dengan primitua. Paritas ibu

yang melahirkan lebih dari 1 kali, elastisitas perineum yang keras dan kaku, berat badan bayi lebih dari 4000 gram, lebar perineum dengan ukuran normal 4 cm pada perineum, cepatnya kepala janin melewati dasar panggul, karena defleksi kepala bayi yang terlalu cepat, posisi persalinan yang salah atau kesalahan dari cara mengedan, serta persalinan dengan vakum atau forceps.

Menurut Weber dari *Universitas Pittsburgh School of Medicine* (2003), belum ada konsensus untuk angka ideal terjadinya ruptur perineum tapi menurut fakta sekarang bahwa ruptur perineum yang terjadi lebih dari 20% tidak dapat dibenarkan. Dan menurut beberapa penelitian ditemukan bahwa angka kejadian ruptur perineum lebih rendah dari 10% dapat menghasilkan output yang lebih baik untuk ibu dan bayi. Berdasarkan hasil data prasurvey, angka kejadian ruptura perineum spontan yang dialami ibu primigravida di salah satu wilayah Jawa Timur tahun 2007 masih sangat tinggi yaitu sebanyak 41 orang (65%) dari 63 persalinan

normal. Sedangkan yang tidak mengalami ruptura perineum berjumlah 22 orang. Jumlah berat badan bayi > 3100 gr yaitu 32 bayi sedangkan yang < 3.100 gr sebanyak 31 bayi. Berdasarkan prasurvey dengan tehnik wawancara dengan petugas Kamar bersalin di RSUD Sidoarjo pada bulan Mei Tahun 2017 jumlah persalinan secara spontan di kamar bersalin kurang lebih 100 ibu bersalin yang semuanya rata – rata mengalami rupture perineum dikarenakan RSUD Sidoarjo adalah Rumah Sakit Rujukan.

2. KAJIAN LITERATUR

2.1 Konsep Umur

Umur atau usia adalah perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia (Depkes, 2013)

2.2 Konsep Paritas

Paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm. Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara (Prawiroharjo, 2010). Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar. Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2010). Multigravida adalah wanita yang sudah hamil, dua kali atau lebih. Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Bobak, 2005)

2.3 Konsep Dasar Ruptura Perineum

Perineum merupakan ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak di bawah dasar panggul (Oxorn, 2010).

Perineum adalah daerah antara kedua belah paha, antara vulva dan anus. Perineum berperan dalam persalinan karena merupakan bagian luar dasar panggul.

a. Penyebab

1) Faktor Maternal Ruptur Perineum

a) Partus presipitatus

Partus Presipitatus merupakan persalinan yang lebih pendek dari 3 jam. Kadang-kadang pada multipara dan jarang sekali pada primipara terjadi persalinan yang terlalu cepat sebagai akibat his yang kuat dan kurangnya tahanan dari jalan lahir (Oxorn, 2010). Partus presipitatus dapat menyebabkan

terjadinya robekan perineum bahkan robekan serviks yang dapat mengakibatkan perdarahan pascapersalinan.

b) Mengejan terlalu kuat

Jika ibu mengejan terlalu kuat saat melahirkan kepala yang merupakan diameter terbesar janin maka akan menyebabkan laserasi perineum. Bila kepala telah mulai lahir, ibu diminta bernapas panjang, untuk menghindarkan tenaga mengejan karena *sinciput*, muka dan dagu yang mempunyai ukuran panjang akan melalui perineum. Kepala lahir hendaknya pada akhir kontraksi agar kekuatan mengejan tidak terlalu kuat

c) Perineum yang rapuh dan oedem

Pada proses persalinan jika terjadi oedem pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum (Mochtar, 2006).

d) Primipara

Primigravida adalah ibu yang baru pertama kali mengalami kehamilan. Pada primigravida, pemeriksaan ditemukan tanda-tanda perineum utuh, vulva tertutup, himen pervoratus, vagina sempit dengan rugae. Pada persalinan akan terjadi penekanan pada jalan lahir lunak oleh kepala janin. Dengan perineum yang masih utuh pada primi akan mudah terjadi robekan perineum (Mochtar, 2006).

e) Kesempitan panggul dan CPD (*chevalo pelvic disproportional*)

Proses persalinan merupakan suatu proses mekanik, dimana suatu benda didorong melalui ruangan oleh suatu tenaga.

Benda yang didorong adalah janin, ruangnya adalah pelvis dan tenaga yang mendorong adalah kontraksi rahim. Jika tidak ada disproporsi (ketidaksesuaian) antara pelvis dan janin normal serta letak anak tidak patologis, maka persalinan dapat ditunggu spontan. Apabila dipaksakan mungkin janin dapat lahir namun akan terjadi trauma persalinan salah satunya adalah laserasi perineum (Mochtar, 2006).

f) Varises pada pelvis maupun jaringan parut pada perineum dan vagina. Kejadian varises ini makin meningkat pada kehamilan makin tinggi dan segera akan menghilang atau berkurang setelah persalinan. Penyebab varises adalah karena faktor herediter dan dirangsang

oleh meningkatnya hormone estrogen dan progesteron atau faktor lainnya. Kesulitan yang mungkin dijumpai adalah saat persalinan dengan varises vulva yang besar sehingga saat episiotomi dapat terjadi perdarahan (Mochtar,2010).

g) Kelenturan Jalan Lahir

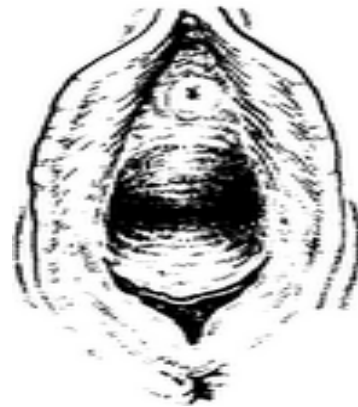
Alat genital perempuan mempunyai sifat yang lentur. Jalan lahir akan lentur pada perempuan yang rajin berolahraga atau rajin bersenggama. Olahraga renang dianjurkan karena dapat melenturkan jalan lahir dan otot-otot di sekitarnya. Jalan lahir yang lentur dapat melahirkan kepala bayi dengan lingkaran kepala > 35 cm, padahal diameter awal vagina adalah 4 cm. Kelenturan jalan lahir berkurang bila calon ibu yang kurang olahraga, atau genitalnya sering terkena infeksi. Infeksi akan mempengaruhi jaringan ikat dan otot di bagian bawah dan membuat kelenturannya hilang (karena infeksi dapat membuat jalan lahir menjadi kaku).

Bayi yang mempunyai lingkaran kepala maksimal tidak akan dapat melewatinya, jika dipaksakan maka akan mengakibatkan laserasi perineum yang tidak beraturan dan lebar. Kondisi seperti ini mendorong tenaga kesehatan untuk melakukan *episiotomi* guna melebarkan jalan lahir dengan menggerakkan alur robekan. Menurut penelitian, jika pada trimester 3, ibu hamil sering melakukan pijatan di daerah perineum maka akan melenturkan daerah pijatan tersebut.

b. Derajat Laserasi Perineum

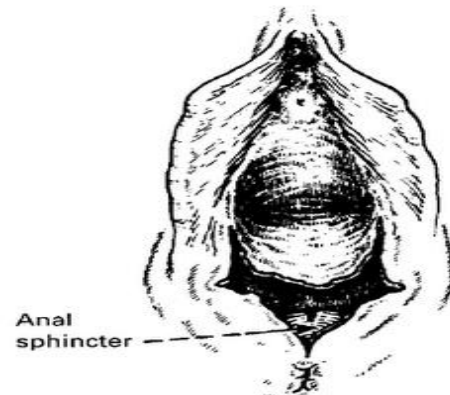
Menurut derajat robekan dibagi menjadi 4 derajat :

- 1) Derajat I : robekan hanya pada selaput lendir (mukosa) vagina, komisura posterior dengan atau tanpa mengenai kulit perineum, sekitar 1-1,5 cm. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik.



Gambar 2.1 Ruptura perineum derajat I

- 2) Derajat II : robekan mengenai selaput lendir vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum. Jahit menggunakan teknik sesuai prosedur penjahitan luka perineum.



Gambar 2.2 Ruptura perineum derajat II

- 3) Derajat III : robekan mengenai selaput lendir vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani



Gambar 2.3 Ruptura perineum derajat III

- 4) Derajat IV : robekan robekan mengenai selaput lendir vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dan dinding depan rektum. Penolong persalinan tidak dibekali ketrampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan.



Gambar 2.4 Ruptura perineum derajat IV

2.5 Konsep Persalinan

Persalinan adalah serangkaian proses dimana hasil konsepsi genap bulan atau hampir genap bulan dikeluarkan dari tubuh ibu. Persalinan normal adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, bayi tunggal, umur kehamilan genap bulan, letak belakang kepala, tidak ada komplikasi ibu dan anak, berlangsung kurang dari 18 jam (Mochtar, 2006).

Menurut Saifuddin (2008) persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian yang bersifat analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Teknik pengambilan sampel *probability sampling* dengan cara *simple random sampling*. Peneliti menggunakan data Sekunder di Ruang Bersalin RSUD Sidoarjo bulan Januari sampai bulan Juli tahun 2017 yang berjumlah 95 responden. Kriteria inklusi sampel adalah ibu yang bersalin normal dan mengalami ruptura perineum baik yang spontan maupun episiotomy, sedangkan

kriteria eksklusinya persalinan dengan tindakan seperti *vacum ekstraksi*. Variabel independent : umur ibu, paritas. Variabel dependent : ruptur perineum ibu bersalin. Dalam penelitian ini instrument yang digunakan lembar ceklist, kemudian dilakukan editing, coding dan skoring serta cleaning data dan terakhir dianalisis menggunakan uji chisquare.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

2.2. Hubungan umur ibu dengan kejadian ruptura perineum pada ibu bersalin

Kelompok umur 20 – 35 tahun sebagian besar responden 90,5% sebanyak 86 orang. Sebagian kecil 4 responden (4,2%) adalah umur < 20 tahun dan 5 responden (5,3%) adalah umur >35 tahun.

Keterkaitan umur dijelaskan dalam Jurnal medis dokter kandungan dan ginekologi yang berisi sebuah penelitian dari *Royal College of Obstetricians dan Gynecologists*, menyatakan bahwa "usia aman untuk hamil adalah di usia 20 sampai 35 tahun". Beberapa fakta yang dinyatakan oleh para ahli medis tersebut adalah sebagai berikut: perempuan cenderung mengalami lebih banyak komplikasi seperti pre-eklampsia, keguguran, bayi lahir mati, kehamilan ektopik dll jika mereka hamil di atas usia 35 tahun. Kesuburan telur juga mulai menurun diatas usia 30 tahun, sehingga membuat wanita lebih sulit hamil. Program yang ideal adalah memiliki anak pertama di awal atau pertengahan 20-an dan anak berikutnya di akhir usia dua puluhan atau awal tiga puluhan. (Ramli, 2015). Wanita yang berusia dibawah 20 tahun terutama pada primipara beresiko tinggi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) serta mengalami malformasi janin yang merupakan penyebab kematian perinatal.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian antara hasil yang diperoleh dengan teori yang dikemukakan pada teori bahwa usia aman untuk hamil adalah di usia 20 sampai 35 tahun. Dalam penelitian ini ibu yang melahirkan adalah usia 20 sampai 35 tahun namun mengalami rupture perineum. Meskipun aman untuk hamil bisa terjadi rupture perineum dikarenakan berdasarkan tabel 2 bahwa Mayoritas ibu bersalin yang melahirkan di RSUD Sidoarjo adalah ibu

inpartu yang beresiko Tinggi dan rujukan dari BPM, Puskesmas, dokter dan lain sebagainya dengan berbagai macam Diagnosa patologis seperti inpartu dengan PEB + KEK, PEB+Oligohidramnion+Hipoglikemi, KPP, PEB, KEK dan lain sebagainya. Diagnosa Patologis adalah indikasi yang dibenarkan untuk melakukan episiotomi apabila ada indikasi medis misalnya gawat janin, penyulit kelahiran ataupun jaringan parut (JNPKR& JHPIEGO, 2013). Beberapa komplikasi ibu bersalin antara lain sebagian kecil Inpartu Prolong Kala I Fase Laten dan Aktif sejumlah 36 responden (37,9%), 16 responden (16,8%) KPP dan 12 responden (12,6%) mengalami inpartu dengan Premature, HBSAG positif, Bekas SC, Taksiran Bayi besar dan lain sebagainya.

Hasil uji statistik diperoleh nilai korelasi *Chi Square* dengan p value $0,025 < \alpha 0,05$ yang artinya H_0 ditolak, hal ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara umur ibu bersalin dengan kejadian *ruptur perineum*. Pada umur < 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan. Faktor resiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (20-35 tahun) (Siswo Sudarno.,2008). Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan biasa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat sudut arcuspubis lebih kecil daripada biasa, sehingga kepala janin terpaksa lahir lebih kebelakang seperti biasa. Kemudian kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar daripada *sircum ferensia suboksifito bregmatika* (Rixky Meijeny,2009). Robekan ini dapat dihindari atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dilalui oleh kepala janin dengan cepat, sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlampaui kuat atau lama karena akan dapat menyebabkan otot-otot dasar panggul melemah karena diregangkan terlalu lama.

2.3. Hubungan paritas dengan kejadian *ruptura perineum* pada ibu bersalin

Sebagian kecil 52,6 % (50 orang) paritas 2 – 4, 38,9% (37 Orang) paritas Primipara dan 8,4 % (8 Orang Grandemultipara).

Keterkaitan hasil penelitian dapat dijelaskan Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh ibu, baik yang lahir hidup maupun yang lahir mati dari pasangan suami istri. Pada kehamilan yang terlalu sering maka akan menyebabkan alat-alat reproduksi belum pulih dan belum siap untuk menjalani proses persalinan kembali sehingga menyebabkan daerah perineum mudah sekali ruptur. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian. Primipara mempunyai resiko ruptur lebih tinggi, karena belum pernah mempunyai pengalamandalam persalinan dibandingkan pada multipara ataupun grande multipara(Wiknjosastro,2008).

Teori lain mengungkapkan robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama (Primipara) dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Pada ibu dengan paritas satu atau ibu primipara memiliki resiko lebih besar untuk mengalami robekan perineum daripada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan jalan lahir yang pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot – otot perineum belum meregang (Walyani & Purwoastuti (2016). Adapun penyebab rupture perineum pada primipara karena kelenturan jalan lahir / elastisitas perineum, mengejan yang tergesa-gesa tidak teratur. Sedangkan yang multipara bisa terjadi karena berat badan bayi yang besar, kerapuhan perineum, asuhan sayang sayang ibu yang kurang baik sehingga persalinan kurang terkendali seperti ibu kelelahan, partus lambat (Sulistyawati, 2010).

Hasil uji analisis antara paritas ibu dengan kejadian ruptur perineum di RSUD Sidoarjo (p value = 0,000) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan rupture perineum. Hal ini disebabkan tidak selalu ibu dengan paritas sedikit (primipara) mengalami ruptur perineum dan paritas banyak (multipara dan grande multipara) tidak mengalami ruptur perineum, karena setiap ibu mempunyai tingkat keelastisan perineum yang berbeda-beda. Semakin elastis perineum maka kemungkinan

tidak akan terjadi ruptur perineum. Pada bulan-bulan terakhir kehamilan akan terjadi peningkatan hormon yang dapat melembutkan jaringan ikat apabila dilakukan pemijatan di area perineum secara rutin. Peningkatan elastisitas perineum akan mencegah terjadinya ruptur perineum maupun episiotomy. Menurut Sarwono (2005) bahwa pada primipara yang melahirkan bayi cukup bulan, perlukaan jalan lahir tidak dapat dihindarkan. Menurut Wikjosastro (2007) bahwa lapisan mukosa dan kulit perineum pada seorang ibu primipara mudah terjadi ruptur. Hal ini terjadi karena kepala janin terlalu cepat lahir, sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan parut, pada persalinan terdapat distosia bahu, ibu yang mengejan terlalu cepat (Walyani&Purwoastuti,2016).

Hasil penelitian yang diperoleh bahwa paritas dengan ruptur perineum menunjukkan adanya kesesuaian antara teori dan hasil penelitian yaitu Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman untuk hamil dan melahirkan ditinjau dari sudut kematian, meskipun dari 95 ibu bersalin sejumlah 46 orang dilakukan episiotomy dan mengalami ruptur perineum derajat 2. Beberapa pertimbangan keputusan untuk melakukan episiotomi antara lain keyakinan Bidan karena jika dibiarkan perineum menjadi robek, pertimbangan malpresentasi dan malposisi janin, bayi premature, TBJ kecil, TBJ > 4000 gram serta jika pasien yang menunjukkan ketidakmampuan untuk mengendalikan diri sejak dari awal persalinan maka sebaiknya petugas kesehatan sudah merencanakan untuk melakukan episiotomy (Sulistyawati & Nugraheny (2013).

Terjadinya ruptur perineum dapat dicegah atau dikurangi dengan melakukan latihan senam hamil atau senam dasar panggul selama kehamilan dan sebelum persalinan, karena dapat meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot-otot dasar panggul, ligamen, dan jaringan serta fasia yang berperan dalam mekanisme persalinan (Schott, 2008). Pimpinan persalinan untuk mengejan secara benar sangat menentukan sampai seberapa jauh terjadi perlukaan pada perineum (Prawirohardjo, 2007).

5. KESIMPULAN

Hubungan umur dengan kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin

Hasil uji analisis hubungan umur ibu dengan kejadian ruptur perineum di RSUD Sidoarjo (p value = 0,025) hal ini menjelaskan bahwa ada hubungan umur ibu dengan ruptur perineum pada ibu bersalin.

Hubungan paritas dengan kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin

Hasil uji analisis antara paritas ibu dengan kejadian ruptur perineum di RSUD Sidoarjo (p value = 0,000) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan ruptur perineum.

REFERENSI

1. Bobak, 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4*. Jakarta: EGC
2. Depkes,2013.<https://www.scribd.com/document/162685921/usia-menurut-depkes>,
3. JNPK-KR/POGI . 2014. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: USAID Indonesia
4. Mochtar, Rustam. 2006. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
5. Oxorn William.2010.*Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Kebidanan*.C.V andi offset.Yogyakarta
6. Prawirohardjo.2010. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.Jakarta
7. Prawiroharjo, Sarwono. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Trijatmo Rachimhadhi
8. Purwoastuti.Walyani.2015.*Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal*.Pustaka Baru.Yogyakarta
9. Purwoastuti.Walyani.2016.*Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*.Pustaka Baru.Yogyakarta
10. Rizkimarizayeni. 2015.http://www.kompasiana.com/ditaa_nugrah/angka-kematian-ibu-di-indonesia-masih-jauh-dari-target-mdgs-2015_54f940b8a33311ba078b4928.dita_anugerah_pratiwi,
11. Rosdiana ramli,2015. <http://www.program-hamil.com/2015/04/usia-yang-paling-baik-untuk-hamil.html>

12. Saifudin, Bari Abdul. 2013. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
13. Siswosudarmo, R. 2008. *Obstetri Fisiologi*. Pustaka Cendekia. Yogyakarta.
14. Sulistyawati Ari, Nugraheny Esti. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika
15. Winkjasastro, H (2005). Ilmu kandungan. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka- Sarwono Prawiroharjo

GENDING JAWA SEBAGAI TERAPI MUSIK – EFEKTIFKAH? : KAJIAN LITERATUR

Atikah Fatmawati

Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, STIKes Majapahit

tikaners87@gmail.com

Abstract

Music can be used in an effort to create a healing environment. One strategy that focuses on creating a healing environment can be done by providing options that can be selected and controlled by the patient and provide a positive alternative distraction in patients. The purpose of this literature review is to discuss the effectiveness of Javanese Gending as music therapy and its implications for nursing. Research articles collected are about music therapy. Articles are collected through CINAHL's electronic database and ScienceDirect by using the keywords of gending, music therapy, nursing, psychological, and anxiety. Criteria of the article used is published in the period between the years 2003-2013, and obtained a number of 15 articles. Discussions on this literature review include: music therapy, the effects of music therapy, gamelan music, and the implications of para. The music created in the gamelan comes from a combination of musical instruments contained therein. The rhythm of music is generally gentle and reflects the harmony of life, as is the principle of life adopted by the Javanese society in general. The nurse may facilitate the patient to select the appropriate type of music and the volume within safe limits to be heard as therapy.

Keywords : *gending, music, nursing, psychology, therapy*

1. PENDAHULUAN

Transisi sehat – sakit adalah gerakan dari keadaan sehat atau sejahtera ke arah sakit atau sebaliknya (Potter & Perry, 2005). Saat seseorang mengalami perubahan keadaan tersebut maka perawatan kesehatan yang salah satunya adalah hospitalisasi menjadi sangat penting. Terlebih pada pasien dengan kasus penyakit kronis yang terkadang harus menjalani hospitalisasi dalam jangka waktu lama. Bagi sebagian orang, menjalani perawatan inap di rumah sakit atau pelayanan kesehatan lain dapat memicu timbulnya berbagai efek psikologis yang negatif, diantaranya stress, cemas, depresi, bahkan harga diri rendah (Gammon, 1998).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan efek psikologis terkait hospitalisasi adalah menciptakan lingkungan yang bersifat *healing*. Dengan adanya lingkungan yang bersifat *healing* tersebut diharapkan dapat mempromosikan harmoni atau keseimbangan pikiran, tubuh, dan jiwa, serta untuk mengurangi kecemasan dan stress (Snyder & Lindquist, 2010). Menurut Melkin (2008), salah satu strategi yang berfokus untuk menciptakan lingkungan yang bersifat *healing* tersebut dapat dilakukan dengan memberikan opsi-opsi yang dapat dipilih dan dikontrol oleh

pasien serta memberikan alternative distraksi positive pada pasien. Salah satu metoda yang dapat diaplikasikan yaitu pemberian terapi musik (Snyder & Lindquist, 2010).

Terapi musik digunakan untuk mengobati, rehabilitasi, dan tujuan preventif dalam terapi alternative yang biasa disebut perawatan kognitif dengan efek yang dapat dikonfirmasi secara psikologis (Doğan, 2012). Terapi ini adalah salah satu terapi keperawatan yang sifatnya non-invasif. Terapi musik melibatkan pikiran seseorang dengan sesuatu yang akrab dan menyenangkan sehingga memungkinkan untuk orang tersebut berada pada tingkat kenyamanannya sendiri (Nilsson, 2008). Saat ini musik telah berkembang pesat dari segi genre-nya. Jenis genre dan durasi waktu pemberian terapi musik sampai saat ini masih menjadi bahan kajian oleh para pakar.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka penulis tertarik untuk membuat pembahasan terkait pilihan genre musik tradisional “Gending Jawa” sebagai salah satu alternative terapi keperawatan.

2. METODE

Artikel penelitian yang dikumpulkan adalah mengenai terapi musik. Artikel dikumpulkan melalui database elektronik

CINAHL dan ScienceDirect dengan menggunakan kata kunci terapi musik, keperawatan, psikologis, dan kecemasan. Kriteria artikel yang digunakan adalah yang diterbitkan dalam kurun waktu antara tahun 2003-2013. Artikel yang didapatkan sejumlah 15 artikel. Pembahasan pada kajian literatur ini meliputi : terapi musik, efek terapi musik, musik gamelan, dan implikasi keperawatan.

3. PEMBAHASAN

Musik telah digunakan sejak jaman dahulu kala dan dapat mempengaruhi tingkat kesehatan seseorang (Nilsson, 2008). Selain itu, telah banyak penelitian yang menunjukkan bahwa musik merupakan terapi non-invasif yang efektif untuk mengurangi kecemasan seseorang (Lee et al., 2012).

Konsep tentang penggunaan terapi musik telah dipergunakan oleh Florence Nightingale pada pertengahan tahun 1800an. Nightingale mengungkapkan bahwa musik memiliki kekuatan untuk membantu proses penyembuhan di rumah sakit, yang saat itu pasiennya banyak berasal dari tentara yang terluka dalam Perang Crimean. Efek berbagai jenis musik-pun ternyata ikut mempengaruhi proses penyembuhan. Terdapat perbedaan antara instrument musik yang memiliki suara yang kontinyu dan tidak terhadap proses penyembuhan (Nilsson, 2008).

Pada tahun 1990, Thaut mengemukakan bahwa rangsangan musik memiliki efek biologis terhadap perilaku manusia yang melibatkan fungsi dari bagian otak tertentu, yang terlibat dalam memori, proses belajar, dan beberapa motivasi serta kondisi emosional. Efek dari musik dapat terlihat pada hemisfer otak kanan, walaupun hemisfer otak kiri memiliki peran utama dalam aspek analisis interpretasi musik di otak. Persepsi auditory terhadap musik terjadi di pusat auditory lobus temporal otak, kemudian sinyal akan diteruskan ke talamus, otak tengah, pons, amigdala, medulla, dan hipotalamus (Nilsson, 2008).

Mekanisme tepat yang mendasari efek pemberian terapi musik pada tingkatan stress atau emosi seseorang, antara lain sebagai berikut : peningkatan aktivitas regulasi dalam sistem dopaminergik mesolimbic oleh musik (terutama berdasarkan peningkatan aktivitas dalam area ventral tegmental dan nucleus

accumbens) dengan efek yang sesuai terhadap stress dan rasa nyeri. Mekanisme yang kedua yaitu penurunan aktivitas regulasi dalam pusat amigdala oleh musik dengan efek penurunan regulasi pada ketakutan dan kekhawatiran. Mekanisme ketiga yaitu penurunan aktivasi hipotalamus dan nukleus sistem otak yang akan mempengaruhi sistem endocrine dan respon stress vegetative. Hal tersebut akan memodulasi tingkat beta endorphen (Koelsch et al., 2011).

Penelitian terkait efek terapi musik pada perawatan pasien di rumah sakit telah banyak dilakukan. Salah satunya adalah penelitian yang berjudul *Soothing musik can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial*. Penelitian tersebut dilakukan atas dasar telah banyaknya penelitian terkait efek musik pada kondisi psikologis seseorang, akan tetapi keefektifannya pada peningkatan kondisi relaksasi seseorang dari level subjektif dan objektif belum banyak ada datanya. Pada penelitian ini kondisi relaks seseorang diukur dari kondisi plasma oksitosin, nadi, MAP, PaO₂, SaO₂, dan subjektif dari pasien. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa pada pasien yang diberikan terapi musik lembut (*soothing musik*) saat *bed rest* post pembedahan jantung, level plasma oksitosin, PaO₂, dan subjektif dari pasien mengalami peningkatan. Hal ini dapat menunjukkan hubungan dari kondisi psikologis (musik menyebabkan kondisi rileks) pada pasien pada kondisi fisik, yaitu pelepasan oksitosin (Nilsson, 2009).

Pada hasil pengukuran kuantitatif, pemberian intervensi musik dapat menurunkan penggunaan obat-obatan sedative dan analgesic. Beberapa diantaranya menunjukkan hasil yang signifikan dari penurunan nadi, tekanan darah, frekuensi pernapasan, dan kadar kortisol darah (Nilsson, 2008). Seperti yang diketahui bahwa kortisol adalah salah satu hormone yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis seseorang. Penelitian yang membahas kaitan antara terapi musik dan level kortisol, salah satunya adalah yang berjudul *Effects of musik listening on cortisol levels and propofol consumption during spinal anesthesia*. Penelitian menggunakan *eksperimental group* dan *control group*. Hasil menunjukkan bahwa selama proses

pembedahan, pada *eksperimental group* yang diberikan terapi musik menunjukkan penurunan konsumsi propofol dan penurunan kadar kortisol dibandingkan dengan *control group* (Koelsch et al., 2011).

Penelitian lain terkait efek terapeutik yang ditimbulkan dari musik, yaitu penelitian yang berjudul *Effect of musik on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek terapi musik pada tingkat stress, cemas, dan depresi pada pasien yang akan menjalani prosedur angiografi koroner. Hasil dari penelitian ini menunjukkan terdapat penurunan level skor kecemasan, stress, dan depresi pada pasien yang mendengarkan musik relaksasi selama 20 menit (Moradipannah, Mohammadi, & Mohammadil, 2009). Musik dapat menyerap sebagian dari perhatian seseorang, bertindak sebagai distraktor, dan pada saat yang bersamaan dapat membantu untuk mengeksplorasi emosi, sehingga dapat membantu untuk mencegah ke pemikiran yang tidak fokus.

Musik dengan tempo lambat lebih mungkin menjadi salah satu pengalih (*distracter*) pada kondisi psikologis dan pengalaman fisiologis seseorang seperti nyeri dan kecemasan. Salah satu faktor penting yang perlu diperhatikan yaitu tempo dari musik yang dipergunakan dalam terapi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa musik lambat yang mengalun pada tempo 60-80 beat per menit memiliki hasil positif pada relaksasi dan pereda nyeri (Nilsson, 2008).

Menurut Staum, terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan pada pemberian intervensi berupa terapi musik pada pasien, diantaranya : musik instrumental atau tidak ber lirik, diutamakan yang memiliki nada rendah, diutamakan yang terdiri dari string dengan kuningan atau perkusi, dan memiliki volume pada level 60 dB (Staum, 2000). Nilsson (2008) memberikan rekomendasi pada pemberian intervensi terpai musik di lingkungan praktek klinik, diantaranya : musik yang digunakan yaitu musik lambat yang mengalun pada 60-80 beat per menit., musik instrumental atau tidak ber lirik, volume maksimum berada pada level 60 dB, pilihan musik boleh berasal dari pasien, akan tetapi tetap dengan panduan perawat, peralatan yang

digunakan adalah yang sesuai dan spesifik, sesuai dengan kondisi pasien dan lingkungan klinik, durasi minimum adalah 30 menit, dan efek yang ditimbulkan sebaiknya diukur, di-*follow up*, dan didokumentasikan (Nilsson, 2008).

Gamelan Jawa adalah ensambel musik yang biasanya menonjolkan metalofon, gambang, gendang, dan gong. Musik yang tercipta pada gamelan berasal dari perpaduan alat musik yang terdapat didalamnya. Irama musik umumnya lembut dan mencerminkan keselarasan hidup, sebagaimana prinsip hidup yang dianut oleh masyarakat Jawa pada umumnya. Instrument yang ada pada gamelan jawa antara lain kendang, bonang, bonang penerus, demung, saron, kenong, slenthem, gender, gong, gambang, rebab, siter, suling, dan kempul.

Bonang terdiri dari dua jenis, yakni bonang barung dan bonang penerus. Bonang barung ukurannya lebih besar daripada bonang penerus dan beroktaf tengah sampai ke oktaf yang tinggi, serta merupakan instrumen pembuka dalam ensambel. Bonang panerus ukurannya lebih kecil namun mempunyai oktaf yang tinggi, irama yang dihasilkan oleh bonang panerus dua kali lebih cepat dibandingkan bonang barong. Demung, saron, dan peking terbuat dari bilahan-bilahan yang disusun di atas bingkai kayu, dan berfungsi sebagai resonantor. Demung berukuran paling besar, saron berukuran sedang, dan peking berukuran paling kecil (Ricklefs, 2008).

Slenthem dapat dikategorikan dalam jenis gender, namun instrumen ini terbuat dari bilah-bilah yang jumlahnya sama seperti bilah saron, serta memiliki oktaf paling rendah. Bentuk kenong mirip dengan gong, tetapi disusun secara horisontal dan diletakkan di atas tali yang dibentangkan pada bingkai kayu. Gong berfungsi sebagai penanda awal dan akhir gending. Gong terdiri dari dua, gong ageng yang berukuran lebih besar dan gong suwukan yang berukuran lebih kecil. Kempul berbentuk seperti gong, namun ukurannya lebih kecil. Kempul berfungsi sebagai penanda aksens-aksen yang penting dalam kalimat lagu gending. Kendhang terbuat dari bahan kulit hewan, seperti sapi, kerbau, atau yang lainnya. Kendhang berfungsi untuk mengatur irama. Kendhang dimainkan dengan cara dipukul menggunakan tangan. Terdapat tiga jenis

kendhang, yaitu kendang ketipung, kendang ciblon, dan kendang gedhe (Ricklefs, 2008).

Salah satu lagu yang biasa dimainkan adalah Gending Jawa. Gending dalam bahasa Jawa artinya adalah lagu yang dihasilkan dari suara gamelan. Gending Jawa merupakan salah satu jenis musik yang dapat dideskripsikan sebagai musik “*soothing*” atau musik lembut. Pandangan hidup masyarakat Jawa terlihat dari alunan gamelan yang mencerminkan keselarasan dalam berbicara dan bertindak, dan mencerminkan toleransi antara individu sehingga tidak ada yang tampak paling menonjol. Suara yang dihasilkan dari petikan rebab, pukulan pada kenong/saron/kondang/gambang, dan suara gong yang mengakhiri tiap iramanya.

Instrument yang ada dalam satu setting gamelan jika dimainkan secara bersamaan dan serentak maka akan menghasilkan suara yang sering dijumpai pada sebuah orchestra. Menurut penelitian salah satu mahasiswa ITS Surabaya, frekuensi nada yang dihasilkan dari satu set gamelan berkisar antara 300-930 Hz. Sedangkan frekuensi suara yang dapat didengar manusia adalah berkisar antara 20-20.000 Hz, atau yang biasa disebut dengan audiosonik. Hal ini menunjukkan bahwa frekuensi suara gamelan masih dalam batas rentang aman suara yang dapat didengar manusia.

4. KESIMPULAN

Terapi musik merupakan salah satu terapi modalitas yang dapat diaplikasikan di lingkungan perawatan di rumah sakit. Pemilihan jenis musik dan durasi sampai saat ini masih menjadi bahan diskusi oleh para pakar. Akan tetapi dengan melihat efek dan penelitian terkait musik yang telah ada, dapat disimpulkan bahwa musik dapat mempengaruhi kondisi psikologis seseorang. Dalam hal ini adalah Gending Jawa yang sifatnya *soothing musik*, sehingga adakan membawa sensasi nyaman dan rileks bagi pendengarnya. Hal ini dapat diaplikasikan sebagai salah satu terapi di ruang perawatan yang seringkali menimbulkan perubahan psikologis pada pasien.

Lagu Gending Jawa yang memiliki frekuensi antara 300-930 Hz dan jika diperdengarkan dalam rentang normal suara yaitu antara 50-70 dB, maka akan dapat

menimbulkan efek menenangkan pada seseorang. Hal inilah yang harus dipahami oleh perawat untuk memberikan terapi musik pada pasiennya. Perawat dapat memfasilitasi pasien untuk memilih jenis musik yang sesuai dan volume yang dalam batas aman untuk didengarkan sebagai terapi. Terapi yang sifatnya non-invasif ini jika dikolaborasikan dengan terapi keperawatan lain maka akan dapat membawa hasil yang efektif dan efisien bagi perawat dan pasien itu sendiri.

REFERENSI

1. Doğan, M. V. (2012). The effect of music therapy on the level of anxiety in the patients undergoing coronary angiography. *Open Journal of Nursing*, 02(03), 165–169. doi:10.4236/ojn.2012.23025
2. Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International journal of nursing practice*, 4(2), 84–96. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9748937>
3. Koelsch, S., Fuernmetz, J., Sack, U., Bauer, K., Hohenadel, M., Wiegel, M., ... Heinke, W. (2011). Effects of Music Listening on Cortisol Levels and Propofol Consumption during Spinal Anesthesia. *Frontiers in psychology*, 2(April), 58. doi:10.3389/fpsyg.2011.00058
4. Lee, K.-C., Chao, Y.-H., Yiin, J.-J., Hsieh, H.-Y., Dai, W.-J., & Chao, Y.-F. (2012). Evidence that music listening reduces preoperative patients' anxiety. *Biological research for nursing*, 14(1), 78–84. doi:10.1177/1099800410396704
5. Merle Calvin Ricklefs, Sejarah Indonesia Modern 1200-2008, PT Serambi Ilmu Semesta, Jakarta, 2008.
6. Moradipannah, F., Mohammadi, E., & Mohammadil, A. Z. (2009). Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(3), 639–647.
7. Nilsson, U. (2008). The Anxiety and Pain Reducing Effects of Music Interventions : A Systematic Review. *AORN Journal*, 87(4), 780–807.

8. Nilsson, U. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *Journal of clinical nursing*, 18(15), 2153–61. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x
9. Snyder, M., & Lindquist, R. (2010). *Complementary and Alternative Therapies in Nursing* (Sixth.). New York: Springer Publishing Company.
10. Staum, M. J. (2000). The Effect of Music Amplitude on the Relaxation Response. *Journal of Musik Therapy*, XXXVII(1), 22–39.

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGUNAAN JAMBAN DI DAERAH BANTARAN SUNGAI DESA LALADAN KABUPATEN LAMONGAN

Abdul Muhith ¹⁾, Mukhammad Himawan Saputra ²⁾ Arief Fardiansyah³⁾

¹Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit
email: abdulmuhith@gmail.com

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit
email: mhimawansaputra@gmail.com

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit
email: arieffardiansyah123@gmail.com

Abstract

Environment is one of the factors that play a role in the onset of disease history. Therefore, knowledge about aspects of sanitation (sanitation) environment plays an important role in each health efforts, both individually and in groups in society. The purpose of this research is to analyze factors associated with the use of latrines in the area of the River Plate in the village Laladan Deket District of Lamongan. This study design is analytic cross sectional correlational approach. Variables consist of Knowledge, attitudes, latrine conditions, the role of community leaders while Variable Depending is the use of latrines. Used as a sample of 180 respondents. Data collection using questionnaires. Data Analysis using Logistic Regeresi Analysis. Based on the analysis concluded that there was a relationship between knowledge and use of latrines ($p = 0.014$) in the community in the area of the River Plate in the village Laladan Deket District of Lamongan. There was a relationship between attitudes to the use of latrines ($p = 0.002$). There was a relationship between the use of latrines Latrine condition ($p = 0.000$). There was a relationship between the use of latrines Prominent Role ($p = 0.045$). So the proposed hypothesis is accepted. More health workers should enable health promotion activities related to the issue of clean and healthy behavior, especially in the procurement and use of latrines healthy

Keywords: Knowledge, attitudes, latrines, public figures

1. PENDAHULUAN

Masalah kesehatan adalah suatu masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah-masalah lain di luar kesehatan itu sendiri. Demikian pula pemecahan masalah kesehatan masyarakat, tidak hanya dilihat dari segi kesehatannya sendiri, tapi harus dilihat dari seluruh segi yang ada pengaruhnya terhadap masalah “sehat-sakit” atau kesehatan tersebut. Menurut Hendrik L. Bloom ada 4 faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat, yaitu keturunan, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Status kesehatan akan tercapai secara optimal, bilamana keempat faktor tersebut secara bersama-sama mempunyai kondisi yang optimal pula. Salah satu faktor saja berada dalam keadaan yang terganggu, maka status kesehatan bergeser di bawah optimal (Notoatmodjo, 2007). Lingkungan merupakan salah satu faktor yang sangat berperan dalam riwayat timbulnya penyakit. Oleh karena itu

pengetahuan mengenai segi-segi penyehatan (sanitasi) lingkungan sangat berperan dalam tiap upaya kesehatan, baik secara individual maupun secara berkelompok dalam masyarakat. Masalah sanitasi dasar (air bersih, akses fasilitas sanitasi, persampahan, drainase dan sebagainya) di Indonesia sudah seharusnya menjadi perhatian utama bagi pemerintah kita. Hal ini dikarenakan sanitasi merupakan hak dasar masyarakat yang sama halnya dan sejajar dengan hak berpendapat, hak mendapatkan pengobatan gratis, vaksinasi, dan hak – hak lainnya. Sanitasi menjadi penting karena masyarakat membutuhkannya setiap melakukan aktifitasnya sehari – hari (Idan, 2010).

Berdasarkan Riskesdas (2013), proporsi penduduk atau rumah tangga yang akses terhadap fasilitas sanitasi layak (dikatakan layak apabila sarana tersebut milik sendiri atau bersama, kloset jenis leher angsa dan pembuangan akhir tinjanya ke tangki septik atau SPAL) provinsi sebesar 55,53%, dan

akses terhadap fasilitas sanitasi tidak layak sebesar 44,47%. Provinsi paling tinggi akses terhadap fasilitas tidak layak adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur (74,65%) dan terendah di DKI Jakarta (17,17%). Sementara itu, menurut kualifikasi daerah, akses terhadap fasilitas sanitasi layak di perkotaan hampir dua kali lipat (71,45%) dibandingkan dengan di pedesaan (38,55%). Sedangkan akses terhadap fasilitas sanitasi di perkotaan yang tidak layak (28,55%) dan di pedesaan (61,45%). Berdasarkan hasil survei pendahuluan kepada 10 rumah di Daerah Bantaran Sungai di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan, sebagian besar (60%) tidak memiliki jamban yang sehat. Keluarga yang tidak memiliki jamban ini biasanya memanfaatkan sungai, parit, dan jamban umum untuk membuang kotoran/tinja. Kebiasaan ini berlangsung sejak dulu dan sudah menjadi turun-temurun. Air yang bercampur dengan kotoran ini mengalir ke sawah penduduk sekitar dan akan digunakan untuk persawahan. Dengan kebiasaan masyarakat tersebut, maka bukan tidak mungkin suatu saat masyarakat di wilayah ini akan terancam penyakit menular yang berbasis lingkungan. Menurut data dari Deket Kabupaten Lamongan Tahun 2014, sepuluh penyakit terbesar pada Puskesmas tersebut adalah ISPA, gastritis, diare, hipertensi, penyakit kulit/dermatitis, rheumatik, penyakit rongga mulut, TB paru, mata, dan asma.

Jamban keluarga adalah suatu bangunan yang dipergunakan untuk membuang tinja atau kotoran manusia atau najis bagi suatu keluarga yang lazim disebut kakus atau WC (Madjid, 2009). Bagi rumah yang belum memiliki jamban, sudah dipastikan mereka itu memanfaatkan sungai, kebun, kolam, atau tempat lainnya untuk Buang Air Besar (BAB). Dengan masih adanya masyarakat di suatu wilayah yang Buang Air Besar (BAB) sembarangan, maka wilayah tersebut terancam beberapa penyakit menular yang berbasis lingkungan diantaranya : penyakit cacingan, kolera (muntaber), diare, tifus, disentri, schistosomiasis dan masih banyak penyakit lainnya. Selain itu dapat menimbulkan pencemaran lingkungan pada sumber air dan bau busuk serta estetika. Semakin besar presentase yang Buang Air Besar (BAB) sembarangan maka ancaman penyakit itu

semakin tinggi intensitasnya. Keadaan ini sama halnya dengan fenomena bom waktu, yang bisa terjadi ledakan penyakit pada suatu waktu cepat atau lambat. Sebaiknya semua orang Buang Air Besar (BAB) di jamban yang memenuhi syarat, dengan demikian wilayahnya terbebas dari ancaman penyakit penyakit tersebut. Dengan Buang Air Besar (BAB) di jamban banyak penyakit berbasis lingkungan yang dapat dicegah, tentunya jamban yang memenuhi syarat kesehatan. Tujuan Penelitian Mengetahui berhubungan dengan penggunaan Jamban di daerah Bantaran Sungai di desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah analitik korelasional dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah Populasi : seluruh masyarakat di Daerah Bantaran Sungai Di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan Tahun 2015 sejumlah 326 KK. Teknik sampling yang digunakan adalah Simple Random Sampling (Muhith A., Nasir., 2011). Besarnya sampel adalah 180 orang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2015. Analisa Data menggunakan: Pengolahan dan Analisis Data Univariat Bivariat dengan Analisis Regresi Logistik (Muhith A., Nasir., 2011).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Sebagai variabel independen adalah Pengetahuan, Sikap, kondisi jamban, dan peran tokoh masyarakat sedangkan variabel dependen adalah penggunaan jamban. Analisis bivariat menggunakan Analisis Regresi Logistik.

Tabel 2. Analisis Regresi Logistik Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Jamban Daerah Bantaran Sungai Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan

No.	Variabel	B	p value	P
1.	Pengetahuan	1,256	0,014	p<0,05
2.	Sikap	1,435	0,002	p<0,05
3.	Kondisi Jamban	1,803	0,000	p<0,05
4.	Peran Tokoh	0,926	0,045	p<0,05

Berdasarkan hasil perhitungan analisis Regresi logistik diketahui bahwa :

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan Jamban di daerah Bantaran Sungai di desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan dengan nilai beta (β) = 1,256 dan $p = 0,014$ ($p < 0,05$). Jadi hipotesis pertama diterima
2. Ada hubungan antara sikap dengan penggunaan Jamban di daerah Bantaran Sungai di desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan dengan nilai beta (β) = 1,435 dan $p = 0,002$ ($p < 0,05$). Jadi hipotesis kedua diterima
3. Ada hubungan antara kondisi jamban dengan penggunaan Jamban di daerah Bantaran Sungai di desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan dengan nilai beta (β) = 1,803 dan $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Jadi hipotesis ketiga diterima
4. Ada hubungan antara peran tokoh dengan penggunaan Jamban di daerah Bantaran Sungai di desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan dengan nilai beta (β) = 0,926 dan $p = 0,045$ ($p < 0,05$). Jadi hipotesis keempat diterima

3.1. Hubungan Pengetahuan dengan Penggunaan Jamban

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik diperoleh hasil bahwa dengan nilai beta (β) = 1,256 dan $p = 0,014$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara Pengetahuan dengan Penggunaan Jamban pada masyarakat di Daerah Bantaran Sungai Di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Notoatmodjo (2007), yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, raba dan rasa. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behaviour). Perilaku merupakan hasil belajar dari pengalaman yang pernah dialami (Suliswati, dkk, 2005). Skinner dalam Notoatmodjo (2005) menyebutkan perilaku

merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap rangsangan atau stimulus dari luar. Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus-Organisme-Respon. Sehingga teori perilaku ini disebut juga teori Stimulus Organisasi Respon (SOR). Berdasarkan teori SOR tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup (covert behavior) adalah perilaku yang hanya dirasakan oleh individu yang bersangkutan tanpa bisa diamati oleh orang lain dan perilaku terbuka (overt behavior) yang berarti perilaku yang dilakukan sudah dapat diamati oleh orang lain. Oleh karenanya dengan adanya pengetahuan yang baik tentang masalah sanitasi dan penggunaan jamban, akan mendorong seseorang untuk menerapkan informasi yang sudah diterima dalam perilakunya. Sedangkan masyarakat yang memiliki pengetahuan buruk cenderung akan mengabaikan informasi yang ada sehingga perilakunya dalam penggunaan jamban juga ikut menjadi buruk.

3.2. Hubungan Sikap dengan Penggunaan Jamban

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik diperoleh hasil bahwa dengan nilai beta (β) = 1,435 dan $p = 0,002$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara Sikap dengan Penggunaan Jamban pada masyarakat di Daerah Bantaran Sungai Di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori pembentukan perilaku yang dikemukakan oleh Green (dalam Notoatmodjo, 2005), bahwa perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama dan salah satunya adalah faktor predisposisi. Sikap merupakan faktor predisposisi bahwa mendukung terbentuknya perilaku. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007). Artinya jika sikap masyarakat terhadap penggunaan jamban sudah positif, maka reaksi tersebut akan

dimanifestasikan dalam bentuk perilakunya dalam penggunaan jamban. Oleh karenanya semakin positif sikap seseorang terhadap sebuah obyek, maka reksinya juga akan semakin positif, namun jika sikap seseorang terhadap penggunaan jamban sudah negatif maka akan sulit membentuk perilaku yang baik terhadap penggunaan jamban.

3.3. Hubungan Kondisi Jamban dengan Penggunaan Jamban

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik diperoleh hasil bahwa dengan nilai beta (β) = 1,803 dan $p = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara Kondisi Jamban dengan Penggunaan Jamban pada responden di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Hasil penelitian sesuai dengan pendapat Green (dalam Notoatmodjo, 2007), bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pembentukan perilaku manusia adalah faktor enabling atau pemungkin yang terdiri dari fasilitas, sarana dan prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik kondisi jamban seseorang akan mendorong seseorang menggunakan jamban dengan baik. Tingginya frekuensi yang memiliki kondisi jamban yang buruk didukung oleh data yang ada di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan bahwa dari 326 KK terdapat 181 KK (55,52%) yang memiliki Jamban Sehat Permanen, 26 KK (7,98%) memiliki Jamban Sehat Semi Permanen, dan terdapat 119 KK (36,50%) yang melakukan Open Defecation. Banyaknya keluarga yang masih melakukan Open Defecation dapat disebabkan karena rendahnya tingkat pendapatan yang mana sebagian besar responden memiliki penghasilan dibawah UMR sehingga pengadaan jamban yang baik dan sehat bukanlah kebutuhan primer yang harus segera dipenuhi, sebab kebutuhan untuk BAB masih bisa dilakukan di sungai.

3.4. Hubungan Peran Tokoh dengan Penggunaan Jamban

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik diperoleh hasil bahwa dengan nilai beta (β) = 0,926 dan $p = 0,045$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara Peran Tokoh dengan Penggunaan Jamban pada responden di Desa

Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Hal ini sesuai dengan pendapat Green (dalam Notoatmodjo, 2007) yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pembentukan perilaku adalah faktor penguat. Faktor penguatan ini dapat diberikan oleh tokoh masyarakat yang disegani oleh masyarakat, sebab pengetahuan, sikap dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sering terjadi bahwa seseorang sudah tahu akan manfaat suatu rangsangan, tetapi justru mereka tidak berespon positif karena lingkungan disekitar mereka juga tidak bereaksi. Oleh karenanya peranan tokoh masyarakat untuk membudayakan penggunaan jamban yang baik perlu dilakukan, hanya saja dalam penilaian ini masyarakat masih menganggap kalau tokoh masyarakat masih kurang aktif dalam mensosialisasikan perilaku hidup bersih dan sehat dengan penggunaan jamban yang baik. Tidak adanya Jamban Sharing di desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan, mengindikasikan bahwa tidak ada upaya nyata dari tokoh masyarakat untuk membiasakan BAB di jamban, sebab dengan tidak adanya Jamban Sharing ini artinya masyarakat boleh melakukan BAB di sungai.

4. KESIMPULAN

Hasil Penelitian dapat disimpulkan bahwa:

Pengetahuan tentang penggunaan jamban mempunyai hubungan yang bermakna dengan Penggunaan Jamban pada masyarakat di Daerah Bantaran Sungai Di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Jadi hipotesis diterima.

Sikap terhadap penggunaan jamban mempunyai hubungan yang bermakna dengan Penggunaan Jamban pada masyarakat di Daerah Bantaran Sungai Di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Jadi hipotesis diterima.

Kondisi Jamban mempunyai hubungan yang bermakna dengan Penggunaan Jamban pada responden di Desa Laladan Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Jadi hipotesis diterima.

Peran tokoh masyarakat mempunyai hubungan yang bermakna dengan Penggunaan Jamban pada responden di Desa Laladan

Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan. Jadi hipotesis diterima.

REFERENSI

1. Achmadi,. U, 2010. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Universitas Indonesia press: Jakarta
2. Adnani, Hariza 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : Nuha Medika.
3. Amin,. M, 2006. *Pengantar Ilmu Penyakit Paru*. Airlangga University Press: Jakarta.
4. Azwar,. A, 2009. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*, PT. Rineka Cipta. Jakarta.
5. Chandra, Budiman, 2007. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: EGC,.
6. Chandra,. B, 2007. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
7. Depkes RI , 2005. *KepMenKes RI No. 1216/MenKes/SK/XI/2001 Tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare*, Ditjen PPM & PL, Jakarta.
8. Depkes RI , 2005. *KepMenKes RI No. 1216/MenKes/SK/XI/2001 Tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare*, Ditjen PPM & PL, Jakarta.
9. Depkes RI , 2007. *Buku Panduan Hygiene Sanitasi*. Jakarta.
10. Depkes RI , 2008. *KepMenKes RI No. 852/MenKes/SK/IX/2008 Tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*, Jakarta. 2008
11. Effendi, H, 2011. *Telaah Kualitas Air*. Yogyakarta : Kanisius.
12. Kusnaedi, 2009. *Mengolah Air Gambut dan Air Kotor Untuk Air Minum*. Jakarta: Pustaka Swara.
13. Kusnoputranto, Haryoto,. 2008. *Kesehatan Lingkungan*. FKM UI. Jakarta.
14. Muhith A., Nasir 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
15. Muhith, A., Saputra, H., & Siyoto, S., 2017. *The Correlation Between Healthy House Condition and Dyspnea Frequency of Pulmonary Tuberculosis Patients*. Publikasi Hasil Penelitian, pp 84-88.
16. Muhith, A., Saputra, H., & Siyoto, S., E. Dwi 2017. *Factor Affecting Self- efficacy on Tuberculosis Patients*. Publikasi Hasil Penelitian, pp 344-348.
17. Muhith, A., 2016. Hubungan Kondisi Rumah Sehat Dengan Frekuensi sesak pada TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Ujung Pangkah, MEDICA MAJAPAHIT, 8 (2)), 59-73.
18. Notoatmodjo, S., 2010. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta.
19. Notoatmodjo. S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
20. Soeparman, 2012. *Pembuangan Tinja dan Limbah Cair*. Jakarta : EGC.
21. Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&B*. Bandung: Alfabeta.
22. Wawan, A., dan M, Dewi. 2010. *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
23. Widyati, R. dan Yuliahsih, 2008. *Higiene dan Sanitasi Umum dan Perhotelan*. Jakarta : PT Gramedia Widiasana Indonesia.

HUBUNGAN PERILAKU IBU HAMIL TRIMESTER III DALAM MENGKONSUMSI TABLET FE DENGAN KEJADIAN ANEMIA DI PUSKESMAS NGORO MOJOKERTO

Wiwit sulistyawati¹⁾, Nurun Ayati Khasanah²⁾

¹⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

Email: wiwitsulistyawati@yahoo.co.id

²⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

Email: nurun.ayati@gmail.com

Abstract

Bleeding is the biggest factor causing high AKI, one pregnant mother with anemia of 53%. This study aims to determine the relationship of third trimester pregnant women in taking ferrous tablets with anemia occurrence in Puskesmas Ngoro Mojokerto district in 2016. This research uses observational research type with analytic design. Population in this research is pregnant mother of trimester III that check in Puskesmas Ngoro Mojokerto Regency which amounted to 32 pregnant women in June - November 2016 with amount of sample 32 pregnant women taken by using nonprobability sampling technique that is Total Samplig. Measuring tool used is a questionnaire to determine the behavior of the mother in taking feros tablets and the results of hemoglobin examination data using haemometer tool sahli for the incidence of anemia. Analytical technique using Chi-square test calculation. The conclusions of this study indicate that there is a relationship between the mother's behavior in taking feros tablets with the incidence of anemia. Therefore health workers should try to follow up the problem of anemia in pregnancy by continuing to hold the provision of feros tablets (iron) in pregnant women is 90 tablets during pregnancy and provide explanations and support to pregnant women in taking feros tablets.

Keywords: *behavior, Fe tablets, anemia*

1. PENDAHULUAN

Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil terjadi hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Prawiroharjo, 2010).

Beberapa penyebab terjadinya anemia adalah defisiensi zat besi, gangguan absorpsi, defisiensi vitamin dan mineral, sel darah merah yang cepat hancur, gangguan produksi sel darah merah dan perdarahan (Bothamley, et al., 2011). Menurut WHO (2015), prevalensi anemia di Indonesia sebesar 23%. Berdasarkan Riskesdas (2013), terdapat 37,1% ibu hamil anemia, yaitu ibu hamil dengan kadar Hb kurang dari 11,0 gram/dl, dengan proporsi yang hampir sama antara di kawasan perkotaan (36,4%) dan perdesaan (37,8%). Infodatin Gizi (2015) menyebutkan diperkirakan 41,8% ibu hamil di seluruh dunia mengalami anemia. Angka kejadian anemia di Indonesia semakin tinggi dikarenakan penanganan anemia dilakukan ketika ibu hamil bukan dimulai

sebelum kehamilan. Berdasarkan profil kesehatan tahun 2010 didapatkan data bahwa cakupan pelayanan K4 meningkat dari 80,26% (tahun 2007) menjadi 86,04% (tahun 2008) (Depkes, 2008). Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto menunjukkan jumlah anemia pada ibu hamil di Kabupaten Mojokerto pada tahun 2010 sebanyak 203 orang, pada tahun 2011 sebanyak 205 orang dan pada tahun 2012 sebanyak 304 orang.

Faktor lain yang menyebabkan ibu hamil masih tetap menderita anemia meskipun sudah diberikan tablet feros dan sudah di jelaskan tentang aturan minumnya antara lain masih kurangnya pengetahuan ibu hamil tersebut tentang pentingnya tablet feros. Dimana perilaku disini mengarah pada keteraturan ibu di dalam mengonsumsi tablet feros.

Tingkat pendidikan ibu yang masih rendah cenderung kesulitan untuk memperoleh informasi. Selain itu juga persepsi dan perilaku ibu sendiri. Perilaku di sini juga sangat berpengaruh terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Di mana perilaku di sini

mengarah pada keteraturan ibu di dalam mengonsumsi tablet feros. Banyak ibu hamil yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros sesuai aturan minum yang sudah diinformasikan oleh tenaga kesehatan, bahkan ada juga ibu hamil yang tidak mau mengonsumsi tablet feros yang sudah diberikan tenaga kesehatan. Dengan kejadian seperti yang sudah dijelaskan di atas, oleh karena itu anemia harus mendapatkan perhatian dan penanganan yang lebih baik sehingga dapat menurunkan angka kejadian anemia yang nantinya diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia.

Untuk mengatasi hal tersebut di atas pemerintah telah mengambil satu kebijakan yaitu dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 88 tahun 2014 menjelaskan program suplementasi tablet Fe untuk mengatasi kekurangan konsumsi zat besi, yaitu pemerintah membuat program suplemen tambah darah kepada setiap ibu hamil sebanyak 90 tablet selama kehamilan.

2. KAJIAN LITERATUR

Anemia defisiensi zat besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh, sehingga kebutuhan zat besi (Fe) untuk eritropoiesis tidak cukup yang ditandai dengan gambaran sel darah merah hipokrom-mikrositer. Kadar besi serum (serum iron) dan jenuh transperin menurun. Kapasitas besi atau meninggi dan cadangan besi dalam sum-sum tulang serta ditempat yang lain sangat kurang atau tidak ada sama sekali. Karena kekurangan asupan zat besi sehingga produksi hemoglobin akan melambat dan tidak cukup untuk menompong ibu dan janin. Padahal hemoglobin ini sangat berperan penting dalam mengantar oksigen untuk ibu dan janin. Oleh karena itu pastikan ibu selalu mendapatkan asupan zat besi yang cukup. Banyak faktor yang dapat menyebabkan timbulnya anemia defisiensi besi, antara lain kurangnya asupan zat besi dan protein dari makanan, adanya gangguan absorpsi diusus, perdarahan akut maupun kronis, dan meningkatnya kebutuhan zat besi seperti pada wanita hamil, masa pertumbuhan dan masa penyembuhan pada penyakit. (Asrina, dkk. 2014).

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian analitik dalam bentuk crosssectional.. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil trimester III yang diperiksa di Puskesmas Ngoro Kabupaten Mojokerto dengan jumlah populasi 32 orang sampai bulan Juni-November 2016 sebanyak 32 orang. Sampel penelitian ini mengambil semua anggota populasi menjadi sampel dengan jumlah sampel 32 orang. Teknik *sampling* Penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan jenis *total sampling*. Menggunakan data primer yaitu buku kuisisioner dan alat pengukur HB, *haemometer sahli*. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Ngoro, Mojokerto Waktu penelitian dilaksanakan 10 Juni- 20 November 2016. Analisis Univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan angka/nilai jumlah masing-masing variabel dengan ukuran proporsi. Analisa Bivariat dengan Chi Square (X^2) untuk membuktikan apakah variabel bebas benar-benar mempengaruhi variabel tergantung atau tidak.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Perilaku Ibu Hamil Trimester III Dalam Mengonsumsi Tablet Fe (Besi)

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 32 ibu hamil yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros (besi) lebih dari 50% yaitu sebanyak 18 responden (56,3%). Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa perilaku merupakan respons reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada pengetahuan, persepsi dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

Dari crosstabulation menunjukkan bahwa jumlah responden berpendidikan SMA yaitu 21 responden (65,6%), yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros sebanyak 11 responden (34,4%). Nursalam (2002: 43) menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Tetapi dari data kuesioner didapatkan ibu yang lulusan SMA dengan jumlah 11 responden (34,4%) yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros (besi) karena mereka lupa atau malas mengonsumsi tablet feros sesuai aturan yaitu 1 kali per hari dan terdapat ibu yang berpendidikan SD yaitu 1 responden (3,1%) teratur dalam mengonsumsi tablet feros. Seseorang yang tamat SD belum tentu kurang mampu untuk mendapatkan pengetahuan dari pada ibu yang berpendidikan lebih tinggi. Meskipun berpendidikan kurang, kalau orang tersebut rajin mendengarkan informasikan selalu turut serta dalam penyuluhan tentang pentingnya tablet feros maka pengetahuan orang tersebut akan bertambah. Berarti dari pendidikan yang tinggi bukan berarti memiliki pengetahuan yang baik tentang cara mengonsumsi tablet feros (besi).

Selain itu, dapat diketahui dari persepsi masyarakat yang beranggapan bahwa semua macam obat diminum pada pagi hari. Dari temuan penyebaran kuesioner di dapat 18 responden (56,3%) yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros sebanyak 17 responden (53,1%) beranggapan semua macam obat di minum pada pagi hari. Pada hal orang hamil biasanya terjadi Hiperemesis gravidarum lebih-lebih pada trimester I sampai awal trimester II kehamilan. Selain itu terdapat 9 responden (28,1%) mengonsumsi tablet feros bersamaan dengan kopi atau teh.

Menurut Manuaba (2001) efek samping dari tablet feros (besi) salah satunya dapat menyebabkan mual muntah. Jika itu terjadi terus menerus dan berlebih dapat menyebabkan cadangan besi dari sumber makanan yang di konsumsi ibu tidak dapat diserap tubuh sehingga proses eritropoiesis terganggu dan dapat menurunkan ukuran Hgs darah dengan berbagai akibat. Apalagi diminum bersamaan dengan kopi atau teh dapat menghambat resorpsi tablet feros. Sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kehidupan ibu.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan ibu trauma atau merasa dengan mengonsumsi tablet feros mengakibatkan kondisi ibu tidak sehat akibat waktu dan cara mengonsumsinya tidak sesuai aturan.

Sebagian besar responden berada pada umur 20-35 tahun memungkinkan responden baik dalam menerima informasi yang didapat.

Hasil crosstabulation didapatkan yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros sebanyak 14 responden (43,8%).

Hurlock (1998) yang dikutip dalam Nursalam dan Pariani (2003) bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwa seseorang. Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa semakin bertambahnya umur responden maka semakin banyak pengalaman yang di miliki sehingga dapat memotivasi seseorang untuk berperilaku.

Tetapi dalam kenyataannya mereka tidak teratur mengonsumsi tablet feros (besi) yang diberikan tenaga kesehatan karena kurangnya pengalaman ibu sehingga mereka mengabaikan tentang pentingnya tablet feros. Selain itu mereka beranggapan kalau kondisinya saat ini sehat sehingga tidak perlu lagi mengonsumsi tablet feros (besi) yang sudah diberikan. Hal ini dapat dilihat dari kuesioner yang sudah disebarkan kepada 32 responden didapatkan sebagian responden alasan mereka tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros (besi) disebabkan lupa atau malas.

Berdasarkan tingkat pekerjaan responden didapatkan ibu yang tidak bekerja sebanyak 24 responden (75%). Dari crosstabulation didapatkan 14 responden (43,8%) yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros (besi).

Hal ini disebabkan karena sebagai ibu rumah tangga waktu akan lebih banyak dihabiskan di rumah. Ibu jarang berkomunikasi dengan ibu-ibu yang lain sehingga untuk mendapatkan informasi juga terbatas serta ibu juga tidak berperan aktif dalam kegiatan penyuluhan.

4.2. Kejadian Anemia

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dari 32 responden didapatkan 17 responden (53,1%) menderita anemia. Dari pernyataan Winkjosastro (2006) darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut Hidremia atau Hiperfolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18% dan haemoglobin 19%. Dari hasil penyebaran kuesioner yang

sudah dilakukan didapatkan alasan mereka masih menderita anemia meskipun sudah diberikan tablet feros (besi) oleh tenaga kesehatan ialah karena mereka tidak teratur dalam mengonsumsinya. Dalam hal ini mereka mengonsumsi tablet feros (besi) tidak sesuai dengan aturan minum yang diinformasikan oleh tenaga kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan dari 14 responden yang teratur mengonsumsi tablet feros (besi) terdapat 4 responden (43,8%) yang menderita anemia disebabkan karena cara mengonsumsi tablet feros (besi) yang salah seperti kebiasaan mengonsumsi semua macam obat di pagi hari. Selain itu, asupan gizi yang kurang sehingga ibu tetap menderita anemia. Apalagi diminum bersamaan dengan kopi atau teh dapat menghambat resorpsi tablet feros.

Manuaba (2001: 51) menyatakan kebutuhan zat besi ibu hamil rata-rata mendekati 800 mg kebutuhan terdiri dari 300 mg diperlukan untuk janin dan plasenta, 500 mg digunakan untuk peningkatan masa haemoglobin maternal. Kurang lebih 200 mg akan diekskresikan lewat usus, urin dan kulit. Makanan ibu hamil setiap 100 kalori akan menghasilkan sekitar 8-10 mg zat besi. Perhitungan makan tiga kali dengan kalori 2500 kalori akan menghasilkan sekitar 20-25 mg zat besi per hari. Selama kehamilan dengan perhitungan 288 hari, ibu hamil akan menghasilkan zat besi sebanyak 1 gr% sehingga masih kurang. Perilaku ibu yang masih rendah tentang hidup sehat dan status gizi serta perekonomian ibu hamil yang tergolong masih rendah bisa juga menyebabkan ibu hamil tetap menderita anemia. Dengan memperhatikan hasil penelitian tersebut maka peran tenaga kesehatan sangat perlu untuk meningkatkan cakupan K1 ibu hamil agar dapat diberikan tablet feros (besi) sebagai upaya pencegahan anemia atau sebagai terapi apabila sudah terjadi anemia pada kehamilan.

Saifuddin (2006) menyatakan untuk mengatasi hal tersebut di atas pemerintah telah mengambil satu kebijakan yaitu dengan memberikan wewenang kepada tenaga kesehatan untuk memberikan tablet feros (besi) sebanyak 90 tablet selama kehamilan, karena dengan pemberian preparat besi 60 mg/hari dapat meningkatkan kadar haemoglobin sebanyak 1 gram/bulan.

4.3. Hubungan Perilaku Ibu Hamil Trimester III dalam Mengonsumsi Tablet Fe (Besi) dengan Kejadian Anemia.

Berdasarkan hasil tabulasi silang bahwa yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros (besi) terdapat 18 responden (56,2%) didapat sebagian besar yaitu 13 responden (40,6%) yang menderita anemia. Menurut Manuaba (2001: 51) perilaku ibu yang masih rendah tentang hidup sehat dan status gizi serta perekonomian ibu hamil yang tergolong masih rendah bisa juga menyebabkan ibu hamil tetap menderita anemia. Selain itu juga disebabkan karena keyakinan dan persepsi masyarakat yang kurang terhadap pentingnya mengonsumsi tablet feros (besi) yang bisa menyebabkan mereka menderita anemia, meskipun pemerintah telah mengambil satu kebijakan yaitu dengan memberikan wewenang kepada tenaga kesehatan untuk memberikan tablet feros (besi) sebanyak 90 tablet selama kehamilan, karena dengan pemberian preparat besi 60 mg/hari dapat meningkatkan kadar haemoglobin sebanyak 1 gram/bulan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui pula yang tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros terdapat 5 responden (15,6%) yang tidak menderita anemia. Menurut Mardjono (2003) bahwa makanan yang mengandung feros dalam kadar tinggi terdapat pada hati, kuning telur, daging dan kacang-kacangan serta sayuran hijau yang memiliki sumber besi yang baik.

Hal ini menunjukkan bahwa walaupun ibu tidak teratur dalam mengonsumsi tablet feros, kandungan besi dapat diperoleh dari makanan yang dikonsumsi. Dengan menambah porsi makan dan ibu lebih jeli dalam menyiapkan menu makanan yang bergizi serta bergaya hidup sehat dapat mengurangi terjadinya anemia.

Hasil penelitian menunjukkan dari 14 responden yang teratur mengonsumsi tablet feros (besi) terdapat 4 responden (43,8%) yang menderita anemia disebabkan karena cara mengonsumsi tablet feros (besi) yang salah seperti kebiasaan mengonsumsi semua macam obat di pagi hari. Selain itu, asupan gizi yang kurang sehingga ibu tetap menderita anemia. Apalagi diminum bersamaan dengan kopi atau teh dapat menghambat resorpsi tablet feros.

WHO mendefinisikan anemia gizi besi (feros) adalah anemia yang terjadi karena kekurangan satu atau lebih dari nutrisi esensial untuk eritropoiesis tanpa memandang sebabnya (Manuaba, 2001). Untuk itu hendaknya ibu hamil mengonsumsi tablet feros (besi) juga harus mengonsumsi vitamin dan mineral lain yang cukup terutama vitamin C, karena fungsi vitamin C selain meningkatkan daya tahan tubuh juga berfungsi untuk membantu penyerapan zat besi dalam tubuh. Hal ini sesuai pendapat Sunita Almtsier (2003) bahwa zat gizi yang telah dikenal dan sangat berperan meningkatkan absorpsi besi adalah vitamin C. Vitamin C dapat meningkatkan absorpsi sampai 4 kali lipat. Vitamin C dengan zat besi membentuk senyawa askorbat besi kompleks yang larut dan mudah diabsorpsi, karena itu sayuran dan buah-buahan segar yang banyak mengandung vitamin C baik digunakan untuk mencegah anemia.

5. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Ada hubungan perilaku ibu hamil trimester III dalam mengonsumsi tablet feros (besi) dengan anemia di Puskesmas Ngoro Kabupaten Mojokerto. Hal ini dibuktikan dengan nilai χ^2 hitung lebih besar dari χ^2 tabel dengan taraf signifikansi 0,05 maka H_0 ditolak. Jadi dapat disimpulkan ada hubungan perilaku ibu hamil trimester III dalam mengonsumsi tablet feros (besi) dengan kejadian anemia.

REFERENSI

1. Almaster, S. 2003. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
2. Arisman. 2010. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta EGD
3. Asrina, Suhartatik, Eddyma W. Ferial. 2014. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Siti Fatimah Makasar*. Stikes Nani Hasanudin Makasar. Diakses 23 Desember 2015.
4. Azrur. 2009. Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Kejadian Anemia di Puskesmas Banjaran. (<http://one.indoskrip.com>) diakses 9 Januari 2009
5. Azwar, S. 2008. *Sikap Manusia*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
6. Budiarto, Eko. 2004. *Metodologi Penelitian Ke Dokteran*. Jakarta : EGC
7. Hidayat, A. A. A. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
8. Irianto Koes. 2015. *Kesehatan Reproduksi*. Bandung :Alfabeta
9. Mansjoer, A. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. FKUI : Media Aesculapius.
10. Manuaba. 2001. *Kapita Selekta Penata Laksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta : EGC
11. Manuaba gde. 2010. *Ilmu Kebidanan Penyakit kandungan dan Kb*. Jakarta EGC
12. Manuaba gde. 2012. *Ilmu Kebidanan Penyakit kandungan dan Kb*. Jakarta EGC
13. Mardjono M. 2003. *Farmakologi dan Terapi Edisi 4*. Jakarta : FKUI.
14. Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Renika Cipta
15. Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Renika Cipta
16. Nursalam. 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
17. Permata sari, 2013. *Hubungan Status Gizi dengan kejadian Anemia pada ibu hamil Trimester III DI BPS HJ, sri Sulasmia SST*. <http://ejurnal/HospitalMajapahit.ac.id/index.php/Hsm/article/view/> di unduh tanggal 23 Desember 2015.
18. Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC
19. Rukiyah, Ai. Yeyeh. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 (Patologi)*. Jakarta: TIM
20. Saifuddin, AB. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : YBPSB
21. Saifuddin, AB. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : YBPSB

-
22. Sustiwa, F. 2009. Menuju Persaingan Global. (<http://www.kr.co.id>) diakses 23 Juli 2009
 23. Sugiono. 2005. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfa Beta.
 24. Tanto Chris. 2014. *Kapita Slekt kedokteran I*. Jakarta :Media Aesculapius
 25. Winkjosastro,H. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPSP.

PEMAKAIAN KONTRASEPSI HORMONAL DENGAN KEJADIAN *FLOUR ALBUS FISILOGI* di BPS WIJI UTAMI SIDOARJO

Sri Wardini Puji Lestari

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

Email: sriwardinipujilestari@gmail.com

Abstrak

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pemakaian kontrasepsi kombinasi dengan kejadian *flour albus fisiologi*. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan rancang bangun secara *cross sectional*. Variabel penelitian ini adalah pemakaian kontrasepsi hormonal dan kejadian *flour albus fisiologi*. Populasi adalah semua akseptor kontrasepsi hormonal sejumlah 80 orang. Sampel diambil dengan menggunakan *simple random sampling*. Data dianalisis dan di uji dengan menggunakan uji *Statistik Chi Square*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi kombinasi sebanyak 35 responden dan 23 responden (31,9 %) mengalami kejadian *flour albus fisiologi*. Hasil dari uji statistik dengan uji chi kuadrat (X^2) dengan $\alpha = 0,05$ didapatkan hasil X^2 hitung ($5,595$) $\geq X^2$ tabel ($2,349$) sehingga H_1 diterima artinya ada hubungan yang signifikan antara pemakaian kontrasepsi hormonal kombinasi dengan kejadian *flour albus fisiologi*. Untuk mendapatkan penjelasan yang lebih bermakna peneliti membuat tabulasi silang antara data umum dan data khusus. Dari hasil tabulasi silang dapat diketahui bahwa sebagian besar dengan lama pemakaian ≥ 1 tahun mengalami *flour albus fisiologi*. Disarankan kepada para responden pemakaian kontrasepsi hormonal harusnya juga melakukan perilaku sehat seperti *personal hygiene* agar kondisi kesehatan reproduksi tidak mudah terserang penyakit.

Kata Kunci : Pemakaian Kontrasepsi Hormonal, *Flour Albus*.

1. PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara keempat terbesar penduduknya di dunia dengan lebih dari 237 juta jiwa. Fertilitas atau kelahiran adalah salah satu faktor penambah bagi jumlah penduduk. Untuk mengatasi hal tersebut, pemerintah Indonesia menerapkan program Keluarga Berencana (KB) yang telah dimulai sejak tahun 1968. Tujuan utama program KB Nasional adalah untuk memenuhi keinginan masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Arum, 2009).

Keberhasilan tujuan tersebut sangat ditentukan oleh peningkatan pemakaian kontrasepsi KB, yang salah satunya adalah metode kontrasepsi hormonal. Selain memberikan dampak positif, KB Hormonal juga memiliki efek samping salah satunya adalah *Flour Albus* (Artikel dr. Michelle Angelina, 2012)

Peserta KB Baru secara nasional sampai pada tahun 2013 sebanyak 9.388.374 peserta. Apabila dilihat per mix kontrasepsi maka

persentasenya adalah sebagai berikut 706.102 peserta IUD (7,52%), 131.053 peserta MOW (1,40%), 27.680 peserta MOP (0,29%), 766.461 peserta Kondom (8,16%), 806.532 peserta Implant (8,59%), 4.406.898 peserta Suntikan (46,94%), dan 2.543.648 peserta Pil (27,09%). (BKKBN, 2013). Cakupan peserta KB aktif pada tahun 2013 75,88%. Jawa Timur pada bulan Juni 2013, sebanyak 666.327 peserta atau 61,73 persen (BKKBN Provinsi Jatim, 2013). Menurut Hanafiah TM (2000) di PKBRS RSUD Dr. Pirngadi Medan ditemukan keputihan akibat infeksi kandida 13,75% pada pengguna alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), 18,5% pada pengguna pil dan 14,0% pada pengguna KB suntik. Setelah melakukan studi pendahuluan pada tanggal 22-23 Februari 2017 di BPS Wiji Utami Sidoarjo di dapat data sebanyak 10 orang pemakaian metode kontrasepsi hormonal, yang mengalami kejadian *flour albus* sebanyak 6 orang dan keenam orang tersebut semuanya mengalami kejadian *flour albus fisiologi*.

Penggunaan kontrasepsi hormonal akan mengubah kondisi hormon yang dapat berefek pada perubahan PH vagina. Perubahan ini

dapat menyebabkan bergesernya keseimbangan populasi flora normal vagina dan menimbulkan gangguan keputihan, keputihan biasanya disebabkan oleh jamur *Candida Albicans* atau bakteri *Hemophilus Vaginalis*. *Flour Albus* terjadi karena peningkatan sekresi normal vagina, penebalan mukus dalam saluran leher rahim memberatkan kekambuhan keputihan dan mempermudah perkembangan jamur. Setelah itu dikarenakan dengan glikogen dalam mukus vagina bertambah dan *Lactobacillus* memecah glikogen menjadi asam laktat sehingga menyebabkan lingkungan asam dimana *Candida albicans* dapat tumbuh dengan subur (Hanafi, 2004).

Setelah mempelajari penyebab dan dampak negatif yang dapat terjadi pada akseptor kontrasepsi hormonal dengan timbulnya keputihan atau *Flour Albus*. Maka tenaga kesehatan harus memberikan pendidikan kepada para akseptor tentang perlunya *personalhygiene* atau menjaga kebersihan diri seperti sering membersihkan alat kelamin dan mengganti celana dalam setiap hari agar terhindar dari perkembangan jamur dan terhindar dari keputihan yang lebih berat, bila perlu diadakan penyuluhan yang menyeluruh kepada seluruh akseptor KB baik yang terkait dengan kesehatan alat reproduksi, kesehatan ibu dan anak dan pola hidup sehat. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan pemakaian KB hormonal dengan kejadian *flour albus fisiologi* di BPS Wiji Utami Sidoarjo

2. KAJIAN LITERATUR

Efek Samping kontrasepsi hormonal diantaranya: mual, kenaikan berat badan, sakit kepala, keputihan (Artikel dr. Michelle Angelina, 2012). Keputihan adalah nama gejala yang diberikan kepada cairan yang di keluarkan dari alat – alat genital yang tidak berupa darah (Wiknjosastro, 2005). *Flour Albus* meningkat kira-kira 50 % dibandingkan bukan pemakai hormonal kombinasi dan *flour albus* makin sering timbul dengan semakin lamanya pemakaian hormon kombinasi dan juga dengan kadar estrogen yang lebih tinggi. Sebabnya : *Lactobacillus* memecah glikogen menjadi asam laktat, sehingga menyebabkan lingkungan yang asam dimana *Candida albicans* tumbuh dengan

subur. Penelitian di Inggris menunjukkan akseptor metode kontrasepsi kombinasi mempunyai risiko 1,2 x lebih besar untuk mendapatkan infeksi jamur *Candidiasis* dibandingkan tanpa KB, tetapi lebih terlindung terhadap infeksi parasit *Trichomoniasis* risikonya 0,7 x (Hanifa, 2004).

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian analitik dalam bentuk *crossectional*. Seluruh ibu yang menggunakan KB Hormonal di BPS Wiji Utami Kecamatan Wonoayu Kabupaten Sidoarjo pada bulan Januari – April 2017 dengan jumlah 80 orang. Perhitungan besar sampel dengan rumus pada $\alpha = 0.05$ diperoleh sampel sebesar 72 orang. Teknik sampling yang dipakai pada penelitian ini secara *probability sampling* dengan teknik *simple random sampling*. Instrumen menggunakan data sekunder yaitu buku register KB dan kuisioner. Lokasi penelitian di BPS Wiji Utami Desa Pagergumbuk Kecamatan Wonoayu Kabupaten Sidoarjo, tanggal 13 Mei – 27 Mei 2017. Analisa Univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan angka/nilai jumlah masing-masing variabel dengan ukuran proporsi. Analisa Bivariat dengan *Chi Square* (X^2) untuk membuktikan apakah variabel bebas benar-benar mempengaruhi variabel tergantung atau tidak.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Pemakai Kontrasepsi Hormonal

Diketahui bahwa dari 72 responden sebagian besar adalah pemakai Kontrasepsi Non kombinasi sebanyak 37 responden (51,4%) dan yang menggunakan Kontrasepsi Kombinasi sebanyak 35 responden (48,6%). Penggunaan Kontrasepsi hormonal dipengaruhi beberapa faktor diantaranya adalah umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, jumlah anak, ketersediaannya pelayanan kontrasepsi, dukungan keluarga (Simbolon, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar menggunakan kontrasepsi hormonal jenis non kombinasi yaitu jenis suntik 3 bulan dan implan, karena jenis metode ini lebih banyak tersedia ditempat pelayanan, efektifitas tinggi dan jangka waktu pemakaian yang cukup lama serta harganya lebih terjangkau.

Data dari 72 responden sebagian besar berusia 20-35 tahun sebanyak 49 orang (68 %). Berdasarkan hasil tabulasi silang antara usia dengan pemakai Kontrasepsi Hormonal dapat diketahui bahwa responden berusia 20-35 tahun lebih banyak menggunakan kontrasepsi hormonal jenis kombinasi sebanyak responden 32 (91,4%) dan 3 responden (8,6%) menggunakan kontrasepsi hormonal jenis non kombinasi.

Umur merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan perilaku seseorang termasuk dalam penggunaan alat kontrasepsi. Mereka yang berumur tua mempunyai peluang kecil untuk menggunakan alat kontrasepsi dibandingkan dengan yang muda (Simbolon, 2010).

Lebih banyaknya pengguna kontrasepsi hormonal kombinasi pada usia reproduksi sehat dikarenakan akseptor masih memiliki jumlah anak 1 dan menginginkan anak lagi sehingga menghendaki kembali kesuburannya lebih cepat.

Diketahui sebagian besar responden dengan lama pemakaian ≥ 1 tahun sebanyak 44 responden (61,1%). Berdasarkan hasil tabulasi silang antara lama pemakaian dengan pemakai kontrasepsi Hormonal dapat diketahui bahwa responden dengan lama pemakaian ≥ 1 tahun 27 responden (61,3%) menggunakan kontrasepsi hormonal jenis kombinasi.

Jumlah akseptor kontrasepsi yang lama pemakaian lebih dari 1 tahun menunjukkan akseptor banyak yang merasa cocok dan mendapatkan keuntungan dari pemakaian kontrasepsi ini disamping motivasi yang mendorong akseptor untuk menunda, menjarangkan dan mengakhiri kehamilan, sehingga akseptor dapat mengatur dan merencanakan jumlah anak sesuai yang dikehendaki (Simbolon, 2010).

Sesuai dengan teori yang dikemukakan bahwa akseptor dengan lama pemakaian lebih dari 1 tahun menunjukkan kecocokan mereka terhadap kontrasepsi hormonal jenis Kombinasi, serta dikarenakan karena adanya keuntungan dari kontrasepsi hormonal kombinasi tersebut yang menurut mereka bermanfaat bagi dirinya maupun keluarganya.

4.2. Kejadian *Flour albus fisiologi*

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa sebagian besar responden yang mengalami kejadian *flour albus fisiologi*

sebanyak 37 responden (51,4%) dan yang tidak mengalami kejadian *flour albus fisiologi* sebanyak 35 responden (48,6%).

Flour albus fisiologis terdiri atas cairan yang kadang – kadang berupa mukus yang mengandung banyak epitel dengan leukosit yang jarang (Wiknjosastro, 2005). Penyebab dari *flour albus* antara lain infeksi vagina oleh jamur atau parasit, faktor hygiene yang jelek, pemakaian obat – obatan (antibiotik, kortikosteroid, KB) dan stress. (Artikel dr. Suparyanto, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data dari 72 responden hampir seluruhnya berusia 20-35 tahun sebanyak 49 orang (68 %). Berdasarkan hasil tabulasi silang antara usia dengan kejadian *flour albus fisiologi* dapat diketahui bahwa responden berusia 20-35 tahun lebih banyak yang mengalami kejadian *flour albus fisiologi* sebanyak 35 responden (94,5%).

Keputihan pada wanita ternyata tidak hanya diderita wanita dewasa, melainkan bisa menyerang wanita berbagai umur atau dalam kata lain keputihan pada wanita tidak memandang usia. Jenis keputihan pada wanita biasanya bisa dilihat dari penyebabnya itu sendiri. Ada yang memang normal terjadi pada wanita atau fisiologis, namun ada juga penyebab yang memang tidak normal atau patologis (Artikel Anne Ahira, 2012).

Sebagian besar responden pada kejadian *flour albus fisiologi*, diakibatkan karena dengan usia yang reproduktif, hormon dalam tubuh masih berlangsung sangat baik tetapi dengan ditambahnya pemakaian kontrasepsi hormonal, akan mengubah kondisi hormonal yang dapat berefek pada perubahan PH vagina.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa sebagian besar responden dengan lama pemakaian ≥ 1 tahun sebanyak 44 responden (61,1%). Berdasarkan hasil tabulasi silang antara lama pemakaian dengan kejadian *flour albus fisiologi* dapat diketahui bahwa responden dengan lama pemakaian ≥ 1 tahun lebih banyak mengalami *flour albus fisiologi* sebanyak 33 responden (71,7%).

Flour Albus meningkat kira-kira 50 % dibandingkan bukan pemakai kontrasepsi hormonal dan *flour albus* makin sering timbul dengan semakin lamanya pemakaian KB hormonal dan juga dengan kadar estrogen yang lebih tinggi (Hanafi, 2004).

Hal ini diakibatkan karena responden dengan lama pemakaian ≥ 1 tahun maka penggunaan kontrasepsi hormonal yang mengandung hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh akseptor menimbulkan perubahan kondisi hormonal vagina dan kurangnya pengetahuan dari responden tentang adanya efek samping dari penggunaan kontrasepsi hormonal yaitu keputihan.

4.3. Hubungan Pemakaian Kontrasepsi Hormonal dengan Kejadian *Flour Albus Fisiologi*

Berdasarkan tabulasi silang diatas menunjukkan bahwa pemakaian kontrasepsi hormonal kombinasi sebagian besar sebanyak 35 orang (48,6%) dan yang mengalami kejadian *flour albus fisiologi* sebanyak 23 orang (31,9%).

Untuk mengetahui adanya hubungan pemakaian kontrasepsi hormonal dengan kejadian *flour albus fisiologi*, maka diuji dengan menggunakan uji chi kuadrat (X^2) dengan $\alpha = 0,05$ didapatkan hasil X^2 hitung ($5,595$) $\geq X^2$ tabel ($2,349$) sehingga H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada hubungan pemakaian kontrasepsi hormonal kombinasi dengan kejadian *flour albus fisiologi* di BPS Wiji Utami Desa Pagerngumbuk Kecamatan Wonoayu Kabupaten Sidoarjo.

Flour albus merupakan cairan putih yang keluar dari liang senggama secara berlebihan (Manuaba, 2009). Ciri – ciri *flour albus fisiologi* yaitu berwarna jernih atau kekuningan, tidak berbau, tidak disertai gatal, tidak disertai perubahan warna (Bahari, 2012). Faktor Penyebab *Flour Albus* : Infeksi vagina oleh jamur atau parasit, Faktor Hygiene yang jelek, Pemakaian obat-obatan (Antibiotik, Kortikosteroid, dan KB) karena pemakaian obat- obatan khususnya antibiotik yang terlalu lama dapat menimbulkan sistem imunitas dalam tubuh. Biasanya pada wanita yang mengkonsumsi antibiotik timbul keputihan. Sedangkan penggunaan KB mempengaruhi keseimbangan hormonal wanita, Stress dan Penyebab lain keputihan adalah alergi akibat benda-benda yang dimasukkan secara sengaja atau tidak sengaja ke dalam vagina, seperti tampon, obat atau alat kontrasepsi, rambut kemaluan, benang yang berasal dari selimut, celana dan lainnya. Bisa juga karena luka seperti tusukan, benturan,

tekanan atau iritasi yang berlangsung lama (Artikel dr. Suparyanto, 2011).

Efek Samping kontrasepsi hormonal jenis kombinasi : Mual, Kenaikan berat badan, Sakit kepala, Keputihan (Artikel dr. Michelle Angelina, 2012) .Terjadinya *flour albus* salah satunya adalah pemakaian kontrasepsi hormonal kombinasi . Didalam kontrasepsi hormonal kombinasi mengandung hormon sintetis (estrogen dan progesteron) yang dapat mengubah kondisi hormonal yang dapat berefek pada perubahan PH vagina. Perubahan ini dapat menyebabkan bergesernya keseimbangan populasi flora normal vagina dan menimbulkan gangguan keputihan (Hanafi, 2004).

Flour Albus meningkat kira-kira 50 % dibandingkan bukan pemakai hormonal kombinas, *flour albus* makin sering timbul dengan semakin lamanya pemakaian hormon kombinasi dan karena kadar estrogen yang lebih tinggi. Sebabnya : Lactobacillus memecah glikogen menjadi asam laktat, sehingga menyebabkan lingkungan yang asam dimana *Candida albicans* tumbuh dengan subur. Penelitian di Inggris menunjukkan akseptor metode kontrasepsi kombinasi mempunyai risiko 1,2 x lebih besar untuk mendapatkan infeksi jamur Candidiasis dibandingkan tanpa KB, tetapi lebih terlindung terhadap infeksi parasit Trichomoniasis risikonya 0,7 x (Hanifa, 2004).

Terjadinya *flour albus fisiologi* pada akseptor hormonal kombinasi dikarenakan bergesernya flora normal vagina akibat dari perubahan hormon di dalam tubuh serta sebagian akseptor tidak diiringi dengan perilaku sehat seperti personal hygiene dengan tidak memakai sabun pembersih vagina dan mengganti celana dalam lebih dari 2x setiap hari, hal ini bertujuan agar kondisi kesehatan reproduksi ibu tidak mudah terserang penyakit.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemakaian KB hormonal dengan kejadian *flour albus fisiologi* di BPS Wiji Utami Desa Paagerngumbuk Kecamatan Wonoayu Kabupaten Sidoarjo.

REFERENSI

1. Anggraeni, Y & Martini.(2012). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Rohima Press.
2. Angelina, Michelle. (2012). *Mari Pilih Alat Kontrasepsi yang Tepat (Online)*.(<http://www.tanyadok.com> diakses 25 Februari 2013).
3. Anwar, M, Ali Baziad & R. Prajitno Prabowo.(2011). *Ilmu Kandungan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
4. Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
5. Arum, S., dkk., 2008. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Penerbit Buku Mitra Cendikia Press. Yogyakarta.
6. Bahari, Hamid. (2012). *Cara Mudah Atasi Keputihan*. Jogjakarta : Buku Biru.
7. BKKBN.(2013). *Laporan Umpan Balik Hasil Pelayanan Kontrasepsi Bulan Desember 2012 (Online)*. (<http://www.bkkbn.go>, diakses 19 Januari 2013).
8. Glasier, Anna. (2006). *Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : EGC.
9. Hartanto, Hanafi. (2004). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
10. Hediyan, Novie. (2012). *Waspada Keputihan (Fluor Albus) (Online)*.(<http://www.dokterku-online.com>, diakses 01 February 2013).
11. Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
12. Manuaba, Ida Ayu C, dkk. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta : EGC.
13. Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
14. Saifuddin, Abdul Bari. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
15. Setiadi.(2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
16. Simbolon, Desnal.(2010). *Analisis Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Pil KB Pada Akseptor KB Di Desa Pandiangan Kecamatan Lae Parira Kabupaten Dairi*. Universitas Sumatra Utara, (<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/20492>, diakses 4 Juli 2013).
17. Sulistyaningsih.(2011). *Metodologi Penelitian Kebidanan Kuantitatif – Kualitatif*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
18. Suparyanto.(2011). *Keputihan (Flour Albus) (Online)*.(<http://www.blogspot.com>, diakses 2 Februari 2013).
19. Wiknjosastro, Hanifa, dkk. (2005). *Ilmu Kandungan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

**PENGARUH PIJAT BUMIL TERHADAP KUALITAS TIDUR
PADA IBU HAMIL TRIMESTER III DI BPM BIDAN A
DESA KARANG NONGKO KEC.SOOKO
KABUPATEN MOJOKERTO**

Sulisdiana

Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit
email : diana.sulis6@gmail.com

Abstract

Pregnancy in the third trimester can trigger a variety of unpleasant complaints. Massage in pregnant women can be done as one way to relieve discomfort and make pregnant women to relax and sleep with satisfaction (Headman, 20012). Purpose: This study is to determine the effect of massage in pregnant women on Sleep Quality in Pregnant Women of the third trimester. The design uses pre-experimental pre-post test with one group design. place of research in BP Muslimat Selorejo Village Kec. Mojowarno Kab. Jombang. . This research uses pre-experimental approach with post-test with one group design. Sleep quality with The Sleep Quality Index (PSQI). Data collection was conducted in August-September 2017. The sample was 10th trimester pregnant women as many as 10 respondents. The data obtained based on the age distribution of respondents is predominantly at the age of <20 years as many as 7 people (70%.) According to WHO <20 years age is included in the criteria of young age. statistical test using wilcoxon test get p value <0,005, because p value <0,05 mean there is influence of massage in pregnant women to sleep quality in pregnant mother.

Keywords: *Massage in pregnant women, sleep quality*

1. PENDAHULUAN

Kualitas tidur adalah kemampuan setiap orang untuk mempertahankan keadaan tidur dan untuk mendapatkan tahap tidur REM dan NREM yang pantas (Kozier, et al, 2004). Kurang tidur yang berkepanjangan dapat mengganggu kesehatan fisik dan psikis. Dari segi fisik, kurang tidur akan menyebabkan muka pucat, mata sembab, badan lemas, dan daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terserang penyakit (Grace, 2010). Sedangkan dari segi psikis, kurang tidur akan menyebabkan timbulnya perubahan suasana kejiwaan, sehingga penderita akan menjadi lesu, lamban menghadapi rangsangan, dan sulit berkonsentrasi (Deborah et al. 2009).

Pada trimester ketiga permasalahan yang timbul antara lain nyeri punggung bawah (ini terjadi karena meningkatnya beban berat yang dibawa dalam rahim), penurunan jumlah tidur (terjadi karena ibu susah untuk tidur (insomnia). Ini dirasakan sebagai akibat dari meningkatnya kecemasan atau kekhawatiran dan ketidaknyamanan fisik. (Maya, 2008) Penelitian yang dilakukan di panti bersalin (Kathryn et al., 2014). Dalam Studi prospective observational dari 131 wanita hamil trimester tiga menyatakan bahwa wanita

hamil yang tidur kurang dari 6 jam di malam hari memiliki resiko lama melakukan persalinan, dengan 4,5 kali lebih mungkin untuk kelahiran cesar dan berat badan bayi lahir kurang . penelitian (sedov, et.al, 2017) juga menyatakan bahwa prevalensi kualitas tidur yang sangat buruk di ukur dengan PSQI > 5. Usia kehamilan menunjukkan makna semakin tua kehamilan prevalensi kualitas tidur makin rendah (M=5,31, SE= 0.4) CI 95% (0.42 – 2.94).

Kehamilan pada trimester III dapat memicu berbagai keluhan yang tidak menyenangkan. Pijat bumil dapat dilakukan sebagai salah satu cara meringankan rasa tidak nyaman dan membuat ibu hamil rilek dan tidur nyenyak. pijat kehamilan umumnya akan menyesuaikan teknik pijatan mereka dalam rangka meredakan beberapa keluhan yang sering dialami ibu hamil termasuk diantaranya adalah munculnya rasa pegal atau sakit dibagian kepala, kaki, punggung, dan pinggang. Pijat juga dapat dilakukan dalam rangka merespon perubahan fisik selama masa kehamilan seperti peningkatan volume darah yang bisa mencapai 50 persen, dan peningkatan kadar anti koagulan, serta peredaran darah ke kaki yang biasanya menjadi

kurang lancar. Pijat bumil dapat memproduksi endomorfina dengan mengurangi ketegangan otot adalah kebalikan dari respon stres. Studi menunjukkan bahwa massage dapat membantu menyelesaikan permasalahan seperti kecemasan, depresi, stres, nyeri dan insomnia dengan mengurangi ketegangan otot (Richards, 2009). Tujuan Penelitian. Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mengetahui pengaruh pijat bumil terhadap kualitas tidur pada ibu hamil trimester tiga di BP Muslimat Desa Selorejo Kec. Mojowarno Kab. Jombang.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan pre eksperimental dengan pre- post test with one group desain. Desain penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini ialah pengukuran Kualitas tidur dengan The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Harvey, et.al, 2008) dan pijat bumil 3/ minggu selama 2 minggu. sampel ibu hamil fisiologis umur kehamilan 28 – 32 mg sebanyak 10 bumil. Penelitian ini dilaksanakan di BP muslimat desa Selorejo Kec. Mojowarno Kab. Jombang pada bulan Agustus-September 2017

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel. 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di BP Muslimat desa Selorejo kec. Mojowarno Kab. Jombang pada bulan agustus – September 2017.

No.	Umur	f	%
1.	< 20 tahun	6	60
2.	20 – 35 tahun	4	40
3.	>35 tahun	0	0
	Total	10	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden adalah usia 20 tahun sebanyak 6 orang (60%).

Tabel. 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan paritas di BP Muslimat desa Selorejo kec. Mojowarno Kab. Jombang pada bulan agustus – September 2017.

No.	Paritas	f	%
1.	Primipara	7	70
2.	Multipara	3	30
3.	Grandemultipara	0	0
	Total	10	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan sebagian besar responden adalah usia 20 tahun sebanyak 6 orang (60%).

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan PSQI Sebelum dan sesudah Pijat bumil di BP Muslimat desa Selorejo Kec. Mojowarno Kab. Jombang pada bulan Agustus – September 2017.

No.	Sebelum	Sesudah	Range
1	12	9	3
2	11	9	2
3	12	8	4
4	11	7	4
5	10	7	3
6	12	7	5
7	12	7	5
8	10	7	3
9	10	8	3
10	12	9	3
Means	11.2	7.7	3.5

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa penelitian dengan Sebelum Pijat bumil dengan nilai mean 11,2 sedangkan sesudah pijat bumil adalah 7,7, dari penilaian tersebut dapat disimpulkan bahwa pijat bumil memiliki pengaruh lebih besar terhadap peningkatan kualitas tidur, hal ini dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan jarak selisih sebesar 3.5

Uji Pengaruh responden pijat bumil terhadap kualitas tidur pada ibu hamil trimester III dengan menggunakan uji wilcoxon dengan nilai signifikan $p < 0,05$ dengan hasil sebagai berikut:

Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% CI				
			Lower	Upper			
2.500	1.716	.543	1.272	3.728	4.607	9	.001

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *pijat bumil* terhadap kualitas tidur pada ibu hamil trimester tiga. Penelitian ini dilakukan di BP Muslimat Desa Selorejo Kec. Mojowarno Kabupaten Jombang pada Agustus – September 2017. Dari penelitian ini mendapatkan responden sebanyak 10 orang. Data yang diperoleh berdasarkan distribusi umur responden sebagian besar adalah pada usia < 20 tahun sebanyak 7 orang (70%). Menurut WHO umur < 20 tahun termasuk dalam kriteria usia muda (Hamilton, 2002). Pada usia muda ini banyak individu mengalami gangguan tidur karena aktifitas fisiknya sehingga *pijat bumil* sangat berpengaruh untuk kualitas tidurnya. uji wilcoxon dengan nilai signifikan 0.001 ($p < 0,05$) *pijat bumil* memiliki pengaruh lebih besar terhadap peningkatan kualitas tidur, hal ini dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan jarak selisih sebesar 3.5. Pemberian *pijat bumil* dalam waktu lama dapat memberikan efek relaksasi yang lebih mendalam, memaksimalkan proses peregangan otot, dan meningkatkan elastisitas jaringan. Pemberian intervensi *pijat bumil* dapat meningkatkan kualitas tidur pada ibu hamil trimester tiga di BP Muslimat Desa Selorejo Kec. Mojowarno Kab. Jombang di dapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh *Pijat Bumil* terhadap kualitas tidur pada ibu hamil trimester tiga dimana dalam pelaksanaannya menggunakan pengukuran dengan kuisioner *the Pittsburgh sleep Quality index* (PSQI), (Harvey, 2008). *pijat bumil* dapat dilakukan pada kehamilan normal, sedang bumil dengan resiko tinggi tidak diperbolehkan.

Hasil Penelitian Risty, 2016 menunjukkan bahwa nilai signifikansi uji *wilcoxon* sebesar $0,002 < 0,05$ sehingga H_1 di terima bahwa ada pengaruh *Pijat punggung* terhadap intensitas nyeri persalinan pada inpartu kala 1 fase aktif. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami nyeri berat sebelum diberikan pijat teknik *efflurage* yaitu sebanyak 9 responden (56,7%) .

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uji statistik, dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa : Terdapat pengaruh *pijat bati* terhadap kualitas tidur pada ibu hamil trimester tiga. *pijat bumil* memiliki pengaruh lebih besar terhadap peningkatan

kualitas tidur, hal ini dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan jarak selisih sebesar 3.5.

Ibu hamil hendaknya memperhatikan kualitas tidur untuk menjaga kesehatan bayi dan dirinya. Apabila terjadi kesulitan dalam tidur, maka perlu melakukan gerakan seperti miring ke kiri atau miring ke kanan pada saat tidur serta suami memberikan pijat ringan untuk bumil.

REFERENSI

1. Deborah. Louise, M.2009. *Sleep Problems and Depressed Mood Negatively Impact Health-Related Quality of Life During Pregnancy*. Available at Pro Quest Research Library (diakses pada tanggal 19 juni 2012).
2. Grace W. Pien, MD; Richard J. Schwab, MD.2010 *Sleep Disorders During Pregnancy*. Journal of Sleep.
3. Hamilton P.M.2002. *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*. EGC: Jakarta.
4. Harvey, A. G., Stinson, K., Whitaker, K. L., Moskowitz, D., Virk, H. 2008. The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*, 31 (3).
5. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, et al. 2012. Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Med*
6. Kathryn A. Lee, Caryl L. Gay. 2014. *Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery*. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2014).
7. Kozier et al. 2004. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice*, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
8. Maya. 2008. *Perubahan Fisik Ibu Hamil*. <http://groups.zorpia.com/kebidanan/forum/297882>. Diakses tanggal 19 Maret 2010.
10. Richards K. C., Gibson, R., & Overtoon-McCoy, A. L. (2009). Effects of massage in acute and critical care. *American Association of Critical Care Nurses*.
11. Sedov, Cameron. EE, Madigan, S, Tomfohr-Madsen. L.M, 2017. Sleep Quality during Pregnancy analysis. 2017 Jun 15. pii: S1087-0792.

HUBUNGAN PERSEPSI SUAMI DENGAN MOTIVASI IBU DALAM PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI KELUARGA BERENCANA (Studi di RW 01 Dusun Dompok Desa Grogol Kecamatan Diwek Jombang)

Endang Yuswatiningsih¹⁾, Hariyono²⁾

Stikes Insan Cendekia Medika Jombang

Abstrak

Rendahnya keikutsertaan suami dalam praktek penggunaan kontrasepsi pria pada dasarnya tidak terlepas dari persepsi atau anggapan yang masih cenderung menyerahkan tanggung jawab ber-KB kepada istri atau perempuan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan persepsi suami tentang keluarga berencana dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi keluarga berencana. Desain penelitian ini adalah observasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua wanita usia subur yang tidak mengikuti program KB dengan jumlah sampel sebanyak 36 responden. Teknik pengambilan sampel dengan simple random sampling. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner persepsi dan motivasi. Pengolahan data dengan editing, koding, skoring dan tabulating. Analisis data dengan menggunakan uji statistik Korelasi Pearson dengan alpha 0,05. Hasil penelitian menunjukkan persepsi suami dalam penggunaan alat kontrasepsi KB adalah positif (58,3%) dan negatif (41,7%). Motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi KB adalah kuat (41,6%), sedang (50%) dan lemah (8,4%). Hasil uji statistik Korelasi Pearson didapatkan nilai $p = 0,011$ artinya H_1 diterima. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada hubungan yang positif antara persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi Keluarga Berencana.

Kata kunci : persepsi, motivasi, wanita usia subur, alat kontrasepsi

1. PENDAHULUAN

Indonesia adalah negara yang memiliki banyak masalah kependudukan yang hingga saat ini belum bisa diatasi. Jumlah penduduk Indonesia berdasarkan hasil sensus adalah sebanyak 237.556.363 orang, yang terdiri dari 119.509.580 laki-laki dan 118.048.783 perempuan. Laju pertumbuhan penduduk Indonesia sebesar 1,49 persen pertahun (Sensus Penduduk, 2010). Berdasarkan jumlah tersebut, maka setiap harinya penduduk Indonesia bertambah sebesar 9.027 jiwa dan setiap jam terjadi penambahan penduduk sebanyak 377 jiwa, bahkan setiap detik jumlah penambahan penduduk tergolong tinggi yaitu sebanyak 1,04 (1-2 jiwa). Pertambahan penduduk di Indonesia umumnya bisa dikatakan 90% disebabkan oleh kelahiran serta sisanya berupa migrasi masuk dan lain-lain (Badan Pusat Statistik, 2010).

Rendahnya keikutsertaan suami dalam praktek penggunaan kontrasepsi pria pada dasarnya tidak terlepas dari persepsi atau anggapan yang masih cenderung menyerahkan tanggung jawab ber-KB kepada istri atau perempuan hal ini terbukti dengan prevalensi KB menurut alat atau cara ber-KB berdasarkan

pengambilan data peserta KB aktif pada bulan Januari tahun 2010 menunjukkan bahwa prevalensi KB di Indonesia adalah 75,8% yang diantaranya adalah akseptor wanita sebanyak 75,4% dan akseptor pria sebanyak 1,6% (BKKBN, 2011).

Pengetahuan yang cukup dan adanya dorongan untuk memilih metode KB merupakan dasar dalam menentukan pilihan untuk menggunakan suatu metode kontrasepsi. Dorongan yang menggerakkan seseorang untuk berperilaku tertentu merupakan suatu bentuk motivasi. Motivasi sebagai interaksi antara perilaku dan lingkungan sehingga dapat meningkatkan, menurunkan atau mempertahankan perilaku. Motivasi seorang ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi tidak terlepas dari dorongan dari suami. Berdasarkan hasil studi pendahuluan didapatkan 50% pasangan usia subur tidak mengikuti program KB dan 25,37% takut dengan efek samping KB serta 24,63 % karena dilarang suami dan ingin mempunyai anak lagi.

1. METODOLOGI PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan observasi *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua wanita usia subur yang tidak mengikuti program KB di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang dengan jumlah sampel sebanyak 36 responden. Teknik sampling adalah *propability sampling* dengan metode *simple random sampling*. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner persepsi suami tentang alat kontrasepsi KB dan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi KB. Untuk mengetahui ada hubungan atau tidak dengan kemaknaan 0,05 menggunakan uji *korelasi Pearson*.

2. HASIL PENELITIAN

3.1. Data umum

- a. Karakteristik responden berdasarkan umur ibu

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur ibu di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Umur ibu	Frekuensi	Persentase
1.	20 – 25	5	14
2.	26 – 31	6	16
3.	32 – 37	13	36
4.	38 – 43	10	28
5.	44 – 49	2	6
Total		36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hampir setengah umur ibu yaitu 13 orang (36%) antara 32 – 37 tahun.

- b. Karakteristik responden berdasarkan umur suami

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur suami di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Umur Suami	Frekuensi	Persentase
1.	26 – 32	8	22
2.	33 – 39	9	25
3.	40 – 46	12	33
4.	47 – 53	6	17
5.	54 – 60	1	3
Total		36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hampir setengah umur suami yaitu 12 orang (33%) antara 40 – 46 tahun.

- c. Karakteristik responden berdasarkan jumlah anak

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah anak yang dimiliki di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Jumlah Anak	Frekuensi	Persentase
1.	1 – 2	19	53
2.	3 – 4	15	42
3.	5 – 6	2	5
Total		36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar jumlah anak yang dimiliki adalah 1 – 2 orang yaitu 19 responden (53%).

- d. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan ibu

Tabel 4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan ibu di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No	Pendidikan Ibu	Frekuensi	Persentase
1.	SD	17	47
2.	SMP	16	44
3.	SMA	3	9
Total		36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hampir setengah pendidikan ibu yaitu 17 orang (47%) adalah SD

- e. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan suami

Tabel 5. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan suami di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Pendidikan Suami	Frekuensi	Persentase
1.	SD	2	5
2.	SMP	22	62
3.	SMA	12	33
Total		36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar pendidikan suami yaitu 22 orang (33%) adalah SMP.

- f. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu

Tabel 6. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan ibu di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Pekerjaan Ibu	Frekuensi	Persentase
1.	IRT	28	78
2.	Swasta	6	17
3.	Wiraswasta	2	5
	Total	36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hampir seluruhnya pekerjaan ibu yaitu 28 orang (78%) adalah IRT.

- g. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan suami

Tabel 7. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan suami di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Pekerjaan Suami	Frekuensi	Persentase
1.	Swasta	12	33
2.	Wiraswasta	24	67
	Total	36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar pekerjaan suami yaitu 24 orang (67%) adalah wiraswasta.

- h. Karakteristik responden berdasarkan informasi tentang KB

Tabel 8. Distribusi frekuensi responden berdasarkan informasi tentang KB di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Informasi	Frekuensi	Persentase
1.	Ya	31	86
2.	Tidak	5	14
	Total	36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden mendapat informasi yaitu 31 orang (86%).

- i. Karakteristik responden berdasarkan sumber informasi

Tabel 9. Distribusi frekuensi responden berdasarkan sumber informasi di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Sumber informasi	Frekuensi	Persentase
1.	Petugas	31	100
	Total	31	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa seluruh responden yaitu 31 orang (100%) mendapatkan informasi tentang KB dari petugas kesehatan.

2.2. Data Khusus

- a. Persepsi suami tentang alat kontrasepsi

Tabel 10. Distribusi frekuensi persepsi suami tentang alat kontrasepsi di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Persepsi suami	Frekuensi	Persentase
1.	Positif	21	58,3
2.	Negatif	15	41,7
	Total	36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar persepsi suami tentang alat kontrasepsi yaitu 21 orang (58%) adalah positif.

- b. Motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi

Tabel 11. Distribusi frekuensi motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

No.	Motivasi ibu	Frekuensi	Persentase
1.	Kuat	15	41,6
2.	Sedang	18	50
3.	Lemah	3	8,4
	Total	36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi setengahnya yaitu 18 orang (50%) adalah sedang.

- c. Hubungan persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi keluarga berencana

Tabel 12. Tabulasi Silang hubungan persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi keluarga berencana di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Diwek Jombang tahun 2016

Motivasi	Kuat		Sedang		Lemah		Total	
Persepsi	f	%	f	%	f	%	f	%
Positif	12	33,3	8	22,2	1	2,8	21	58,3
Negatif	3	8,3	10	27,8	2	5,6	15	41,7
Total	15	41,6	18	50	3	8,4	36	100

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar persepsi suami tentang alat kontrasepsi adalah positif, dan setengah motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi adalah sedang.

Berdasarkan hasil uji statistic korelasi Pearson didapatkan nilai koefisien korelasinya adalah 0,393 dan nilai p 0,011 artinya ada hubungan yang positif antara persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang tahun 2016.

3. PEMBAHASAN

a. Persepsi suami tentang alat kontrasepsi KB

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa persepsi suami tentang alat kontrasepsi adalah sebagian besar positif (58,3%).

Keberhasilan program Keluarga Berencana (KB) membutuhkan dukungan semua pihak, termasuk suami bukan saja perempuan yang memiliki kaitan langsung. Hanya saja dalam kenyataannya KB lebih banyak diikuti kaum perempuan. Bukan hanya dukungan, tetapi partisipasi secara langsung oleh suami dalam program KB juga dapat diwujudkan karena alat kontrasepsi yang tersedia juga bukan hanya untuk wanita, tetapi juga untuk pria, seperti metode barrier (kondom), vasektomi, spermiside, dan senggama terputus. Hal ini menunjukkan bahwa memang suami dapat berpartisipasi dalam mewujudkan keluarga berencana (BKKBN, 2011).

Persepsi dapat terjadi saat rangsangan mengaktifkan indera atau pada situasi dimana terjadi ketidakseimbangan pengetahuan dengan objek atau symbol sehingga membuat kesalahan persepsi. Persepsi akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia

(Hidayat, 2009). Ukuran dan penempatan dari obyek atau stimulus. Hal menyatakan bahwa semakin besarnya hubungan suatu obyek, maka semakin mudah untuk dipahami. Bentuk ini akan mempengaruhi persepsi suami dan dengan melihat bentuk ukuran suatu obyek individu akan mudah untuk perhatian pada gilirannya membentuk persepsi.

Persepsi suami bersifat individual, karena persepsi merupakan aktivitas yang terintegrasi dalam individu, maka apa yang ada dalam diri individu akan ikut aktif dalam persepsi. Berdasarkan hal tersebut, maka persepsi dapat dikemukakan karena perasaan dan kemampuan berfikir. Pengalaman individu tidak sama, maka dalam mempersepsi suatu struktur, hasil persepsi mungkin dapat berbeda satu dengan yang lain karena sifatnya sangat subjektif (Walgito, 2004).

Menurut peneliti, faktor yang mempengaruhi persepsi adalah umur, dimana dalam penelitian ini diketahui bahwa hampir setengah responden (36%) berumur 32 – 37 tahun dan umur suaminya antara 40 – 46 tahun. Umur 32 – 37 tahun adalah termasuk dalam kategori dewasa, dalam hal ini sumi sudah memiliki dasar yang kuat dalam mengambil keputusan dalam rumah tangga mereka. Selain itu beberapa hal mempengaruhi persepsi seseorang yaitu dari dalam individu tersebut.

Individu melihat sesuatu dan berusaha memberikan interpretasi tentang apa yang dilihatnya itu, ia dipengaruhi oleh karakteristik individual yang turut berpengaruh seperti sikap, motif, minat, pengalaman, dan harapannya. Yang kedua, sasaran persepsi tersebut yang berupa orang, benda atau peristiwa. Sifat-sifat sasaran itu biasanya berpengaruh terhadap persepsi orang yang melihatnya (Siagian, 1995).

Faktor ketiga adalah faktor situasi. Persepsi harus dilihat secara kontekstual yang

berarti dalam situasi mana persepsi itu timbul perlu pula mendapat perhatian. Situasi merupakan faktor yang turut berperan dalam penumbuhan persepsi seseorang. Misalnya, seorang anak akan menunjukkan suatu pola perilaku tertentu bila berhadapan dengan orangtua seperti sopan, tertib, dan sejenisnya, berbeda dengan perilakunya apabila berada di tengah-tengah rekannya yang sebaya (Siagian, 1995).

Notoadmodjo (2010) pengalaman seseorang yang didapat dari usia akan berpengaruh terhadap persepsi demikian juga Robins (2007) menyatakan bahwa pengalaman dapat mempengaruhi persepsi seseorang. Pengalaman akan lebih banyak seiring bertambahnya usia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Traeen, Stignum dan Eskild (2002) penggunaan metode kontrasepsi dimulai pada rentang usia kurang dari 25, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, dan lebih dari 45. Golongan usia pada penelitian tersebut diketahui antara usia yang memiliki penggunaan metode kontrasepsi yang paling banyak ialah 25-29 yaitu 18,1 % dari 426 responden.

Usia 25-29 dapat dikategorikan sebagai dewasa awal yang dimana pada usia tersebut suami cenderung memiliki rasa ingin tahu atau mencoba lebih (Santrock, 2003). Tingkat pendidikan sebagian besar responden pada penelitian ini memiliki pendidikan tinggi atau suami yang telah menempuh pendidikan di perguruan tinggi, yaitu sebanyak 30 responden (60%). Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Budisantoso (2008), Amelia, Lestari, dan Karim (2012),

Istiqomah, Novianti dan Nurlina (2012) serta Prabowo dan Sari (2011) dimana sebagian responden berpendidikan tingkat SMA/SLTA Pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap tentang metode kontrasepsi, dan suami yang memiliki pendidikan tinggi cenderung memberikan respon yang lebih rasional daripada mereka yang berpendidikan rendah, lebih kreatif, dan lebih terbuka tentang metode kontrasepsi pria (Ekarini, 2008).

Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mudah menerima informasi tentang alat kontrasepsi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Menurut Ahmadi (2001) pendidikan mempengaruhi

proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

b. Motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa motivasi ibu dalam menggunakan alat kontrasepsi keluarga berencana adalah kuat yaitu sebesar 41,6 %

Motivasi merupakan dorongan mental yang menggerakkan dan mengarahkan perilaku manusia termasuk perilaku belajar karena dalam motivasi terkandung adanya keinginan yang mengaktifkan, menggerakkan menyalurkan dan mengarahkan sikap dan perilaku individu (koeswara, 1989) yang dikutip di Dimiyati dan Mudjiono (2002). Motivasi adalah proses psikologikal yang menyebabkan timbulnya, diarahkannya dan terjadinya persistensi kegiatan - kegiatan sukarela (volunteer) yang diarahkan pada tujuan tertentu (Michell, 1982, dalam Winardi J, 2001).

Motivasi sangat berhubungan erat dengan bagaimana perilaku itu dimulai, disokong, dikuatkan, diarahkan, dihentikan dan reaksi subjektifitas macam apakah yang timbul dalam organisasi ketika semua berlangsung. Motivasi merupakan keinginan untuk melakukan sesuatu dan menentukan kemampuan bertindak untuk memuaskan kebutuhan individu (Robins, 2010).

Motivasi sangat berperan penting pengambilan keputusan karena motivasi juga merupakan proses pembelajaran yang perlu dipahami oleh suami agar dapat melakukan berbagai bentuk tindakan atau bantuan kepada istri. Motivasi juga dirumuskan sebagai dorongan, baik diakibatkan faktor dari dalam maupun luar untuk mencapai tujuan tertentu guna memenuhi / memuaskan suatu kebutuhan. Dalam konteks pembelajaran maka kebutuhan tersebut berhubungan dengan kebutuhan untuk mengambil keputusan (Clelland, 1955). Individu yang memiliki motivasi kuat akan banyak menentukan terhadap kualitas perilaku yang ditampilkannya, baik dalam konteks belajar, bekerja maupun dalam pengambilan keputusan dalam mendukung istri dalam menentukan pemilihan alat kontrasepsi yang dipakai (Clelland, 1955).

Motivasi dan tindakan yang telah dilakukan ibu tersebut sesuai dengan (Damayanti, dkk, 2006) ibu sebagai seorang istri selain memiliki otonomi dalam mengambil keputusan tetap harus berkonsultasi dengan suami dalam mengambil tindakan.

Timbulnya motivasi dan perilaku ibu tersebut terkait dengan berbagai faktor yang ada pada kader, yaitu berupa faktor kebutuhan, seperti (1) keinginan yang hendak dipenuhinya, (2) tingkah laku, (3) tujuan, (4) umpan balik (Hamzah, 2008).

c. Hubungan persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi Keluarga Berencana

Berdasarkan hasil uji statistic korelasi Pearson didapatkan nilai koefisien korelasinya adalah 0,393 dan nilai p 0,011 artinya ada hubungan yang positif antara persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi di RW 01 Dusun Dempok Desa Grogol Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang tahun 2016

Adanya hubungan persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi Keluarga Berencana dapat dijelaskan bahwa persepsi mempengaruhi perilaku seseorang. Hal ini mengandung makna bahwa melalui persepsi terhadap suatu obyek (entah persepsi yang benar atau salah, baik atau buruk, positif atau negatif) maka timbul respon pada seseorang sehingga menjadi dasar dalam menentukan sikap (sikap positif atau negatif) dalam hal ini adalah pemilihan alat kontrasepsi keluarga berencana. Hal ini akan berpengaruh pada motivasi ibu sesuai persepsi yang telah dimiliki. Artinya ketika obyek yang dipersepsi sesuai dengan kebutuhan atau keinginannya maka akan menimbulkan motivasi untuk bertindak (Notoatmojo, 2007).

Hal ini sesuai dengan John Elder bahwa motivasi merupakan interaksi antara perilaku dan lingkungan sehingga dapat meningkatkan, menurunkan atau mempertahankan perilaku (Notoatmodjo, 2007). Perilaku manusia juga merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti motivasi dan persepsi disamping faktor lain seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat maupun sikap, pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-

budaya masyarakat dan sebagainya (Notoatmojo, 2007).

Tingkat hubungan anatar persepsi suami dengan motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi keluarga berencana adalah 0,39 termasuk hubungannya sedang dan arah hubungan positif artinya semakin baik persepsi dan motivasi maka semakin baik pula motivasi ibu dalam penggunaan alat kontrasepsi. Hal ini terjadi karena melalui persepsi yang positif maka akan timbul sikap yang mendukung dan akhirnya timbul motivasi yang kuat untuk menggunakan alat kontrasepsi.

Faktor lain yang berpengaruh seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, sikap, pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat dan sebagainya memang ada akan tetapi masih di dominasi oleh persepsi dan motivasi pada ibu sebagai akseptor keluarga berencana.

REFERENSI

1. Adiyati Arifa, Nor (2015), *Hubungan Persepsi Suami Tentang Keluarga Berencana Dengan Sikap Keikutsertaan Suami Dalam Kontrasepsi Pria Di Wilayah Kerja Puskesmas Mantrijeron Yogyakarta*. Naskah Publikasi : STIKES Aisyiah Yogyakarta
2. Alex Sobur. (2009) . *Psikologi Umum*, Bandung : Pustaka Setia Bandung
3. Arikunto, S. 2010. *Prosedur penelitian : Suatu Pendekatan Praktik. (Edisi Revisi)*. Jakarta : Rineka Cipta
4. Azwar, S. 2010. *Sikap Manusia teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
5. Azzahy, GH. (2008). *Tentang Persepsi*. From <http://Syakira-blog.Blogspot.com>
6. Badan Pusat Statistik Jakarta Pusat , 2010. *Statistik Indonesia Tahun 2010*. Jakarta Pusat : Badan Pusat Statistik
7. Baihaqi dkk, 2005. *Psikiatri (Konsep Dasar dan Gangguan-gangguan)*. Bandung: Refika Aditama
8. BKKBN, 2011. *Kajian Implementasi Kebijakan Penggunaan Kontrasepsi IUD*. www.bkkbn.go.id (Diakses pada tanggal 03 Juli 2016)
9. Clelland, David C (1955). *Studies in Motivation*. New York : Appleton Crafts

10. Dimiyati dan Mudjiono. 2002. Belajar dan Pembelajaran. Jakarta: Rineka Cipta dan Depdikbud.
11. Ekarini, Sri Madya Bhakti. 2008. Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Partisipasi Pria Dalam Keluarga Berencana Di Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali. Tesis Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi & Kebijakan Kesehatan Minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak. Universitas Diponegoro Semarang.
12. Ahmadi, A. 2001. Ilmu Pendidikan. Rineka Cipta Jakarta
13. Gale, Danielle & Charette, Jane. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi*. Jakarta: EGC
14. Hamzah B. Uno, (2008), Teori Motivasi dan Pengukurannya Analisis di Bidang Pendidikan, Bumi Aksara, Jakarta
15. Hidayat, A.A. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Edisi Pertama*. Jakarta: Salemba Medika.
16. _____.2009. *Pengukuran Motivasi*. Diakses dari <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/2009/konsep-motivasi.html>. Tanggal akses 15 Juli 2016.
17. Irwanto. 2008. *Klasifikasi Motivasi*. <http://www.media.com>. diakses tanggal 26 Juli 2016
18. Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
19. Notoadmodjo. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
20. Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
21. Novianti, Siti (2014) *Faktor Persepsi Dan Dukungan Isteri Yang Berhubungan Dengan Partisipasi Kb Pria*. Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia Vol. 10. No. 2 September 2014
22. Pieter, H.Z. & Lubis, N.L. 2010. *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana
23. Robbins, Stephen P. dan Coulter, Mary. (2010). *Manajemen* (edisi kesepuluh). Jakarta: Erlangga.
24. Santrock, W. J. (2003). *Adolecent, Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga.
25. Siagian P, Sondang. (2005). *Fungsi-Fungsi Manajerial*. Jakarta: Bumi Aksara.
26. Suarli & Bahtiar. (2010). *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Erlangga.
27. Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Bisnis (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)* Bandung: Alfabeta
28. Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.
29. Usman Efendi dan Juhaya S Praja. (1993). *Pengantar Psikologi*. Bandung: Angkasa.
30. Walgito, Bimo. 2002. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Adi
31. Winardi, J. 2001. *Motivasi dan Pemotivasian Dalam Manajemen*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.

**PERAN VARIABEL *CONFOUNDING* DALAM MEMPENGARUHI ASOSIASI
ANTARA KONSUMSI PANGAN HEWANI, BUAH DAN SAYUR IBU
DENGAN STATUS GIZI BALITA
(ANALISIS MANTEL HAENSZEL DENGAN *CONFOUNDING* : JUMLAH
BALITA SERUMAH DAN PENDIDIKAN IBU DI DESA TAWANG
KECAMATAN WATES KABUPATEN KEDIRI)**

Tutut Pujiyanto

Akademi Gizi Karya Husada Kediri
noanpujiyanto@gmail.com

Abstrak

Status gizi balita dapat dipengaruhi oleh rutinitas konsumsi makanan sehari-hari, utamanya konsumsi pangan hewani serta konsumsi buah dan sayur. Asosiasi konsumsi pangan hewani serta konsumsi buah dan sayur ibu dengan status gizi balita, dapat terganggu oleh keberadaan variabel *confounding* yaitu jumlah balita serumah dan pendidikan ibu. Penelitian ini menggunakan desain *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*, dengan besar sampel 116 dipilih secara random (*simple random sampling*). Data konsumsi lauk hewani, buah dan sayur didapatkan melalui proses recall 3 hari kepada ibu balita, sedangkan status gizi balita dihitung dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) menurut umur. Asosiasi konsumsi pangan hewani serta buah dan sayur terhadap status gizi balita di analisis dengan uji *coefisien contingensi*. Sedangkan penentuan peran variabel *confounding* dianalisis dengan *Mantel Haenszel* ($\alpha : 0,05$). Hasil menunjukkan adanya asosiasi antara konsumsi pangan hewani, buah dan sayur dengan status gizi balita. Jumlah balita serumah dan pendidikan ibu mempengaruhi asosiasi antara konsumsi pangan hewani ibu dengan status gizi balita. Tapi Jumlah balita serumah dan pendidikan ibu tidak mempengaruhi asosiasi antara konsumsi sayur dan buah ibu dengan status gizi balita.

Kata kunci : *pangan hewani, sayur dan buah, konsumsi, status gizi*

1. PENDAHULUAN

Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Besi, Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI), Kurang Vitamin A (KVA), stunting dan obesitas merupakan permasalahan gizi yang ada di Indonesia. Permasalahan-permasalahan tersebut hingga sekarang masih menjadi bahasan yang belum dapat tercapai ujungnya. Sulitnya menetapkan solusi yang tepat untuk mengatasi masalah gizi di Indonesia, karena kompleksnya permasalahan di dalam masyarakat. Kompleksitas permasalahan gizi masyarakat terjadi karena banyak sektor yang terlibat. Sektor tersebut tidak hanya sektor kesehatan khususnya gizi, tetapi juga di luar sektor gizi.

Supriasa (2014) menyatakan bahwa untuk mengurai permasalahan gizi utamanya malnutrisi yang ada di masyarakat, dapat ditempuh dengan upaya pencegahan pada semua faktor yang terlibat dalam gizi masyarakat. Faktor tersebut meliputi keadaan infeksi, konsumsi makanan, pengaruh budaya,

sosial ekonomi, produksi pangan, kesehatan dan pendidikan.

Konsumsi makanan pada saat balita merupakan momentum yang sangat potensial yang dapat menentukan status gizi balita. Masa balita merupakan masa rentan terhadap gangguan kesehatan. Oleh karena itu kedudukan orang tua sangat menentukan pertumbuhan dan perkembangan balita/usia pra sekolah. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Rosidi (2012), yang menetapkan bahwa pola makan anak usia prasekolah masih mengikuti pola makan orang tuanya. Kemampuan ibu/pengasuh dalam menata pola makan dalam keluarganya dapat menjadi barometer status gizi balita.

Status gizi balita dapat dipengaruhi oleh rutinitas konsumsi makanan sehari-hari, utamanya konsumsi pangan hewani serta konsumsi buah dan sayur. Astawan (2008) menyatakan bahwa status gizi dipengaruhi oleh asupan makan serta konsumsi protein hewani. Sedangkan Nurjanah et al (2015), menetapkan adanya hubungan positif antara konsumsi ikan

dengan status gizi. Santoso at all., (2009) menyatakan bahwa konsumsi buah dan sayur secara rutin sangat bagus untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Begitu pentingnya konsumsi buah dan sayur bagi tumbuh kembang balita, maka pada Pedoman Gizi Seimbang (PGS) (2013), ditetapkan bahwa anak sekolah dianjurkan untuk mengonsumsi sayur dan buah minimal 300-400 gr setiap hari.

Penelitian ini bertujuan untuk menetapkan pengaruh jumlah balita serumah dan pendidikan ibu sebagai variabel *confounding* dalam mempengaruhi asosiasi konsumsi pangan hewani serta buah dan sayur ibu terhadap status gizi balita.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*, dilaksanakan di Desa Tawang Kecamatan Wates Kabupaten Kediri, pada bulan September-November 2017. Populasi sebanyak 164 balita dengan besar sampel 116 dipilih secara random (*simple random sampling*). Data konsumsi lauk hewani, buah dan sayur didapatkan melalui proses recall 3 hari kepada ibu balita, sedangkan status gizi balita dihitung dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) menurut umur. Asosiasi konsumsi pangan hewani serta buah dan sayur terhadap status gizi balita di analisis dengan uji koefisien kontingensi dan penentuan peran variabel *confounding* dianalisis dengan *Mantel Haenszel*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Data Demografi

Tabel 1. Distribusi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	f	%
1.	Laki-laki	64	55,2
2.	Perempuan	52	44,8
Total		116	100

Dari tabel 1 diketahui bahwa dari 116 balita yang diteliti, sebagian besar (55,2%) berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 2. Deskripsi Usia dan Berat Badan Balita

No.	Variabel	Mean	Stdev
1.	Usia (bulan)	26,15	15,32
2.	Berat Badan(kg)	30,65	5,77

Tabel 3. Distribusi Jumlah Balita Serumah

No.	Jumlah Balita	f	%
1.	1	98	84,5
2.	2	18	15,5
Total		116	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat 84,5% balita berada di rumah tanpa ada balita lain, dan sisanya 15,5% balita yang memiliki saudara/teman balita lain serumah. Ini menjadi indikator keberhasilan pelaksanaan program keluarga berencana terutama pengaturan jarak kelahiran. Dengan mayoritas balita serumah hanya ada satu, seharusnya dapat menjadi jaminan bahwa balita akan lebih terurus dan diperhatikan terutama kebutuhan konsumsi makan, dan akan berdampak terhadap status gizinya.

Tabel 4. Distribusi Pendidikan Ibu Balita

No.	Pendidikan	f	%
1.	Tidak Pernah Sekolah	3	2,6
2.	Tamat SD	12	10,3
3.	Tamat SMP	42	36,2
4.	Tamat SMA	50	43,1
5.	Tamat Perguruan Tinggi	9	7,8
Total		116	100

Dari tabel 4 diketahui bahwa 43,1% ibu balita berpendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) dan hanya 2,6% yang tidak pernah sekolah. Tingkat pendidikan yang sebagian besar SMA merupakan sebuah potensi untuk bisa dimaksimalkan terutama kelancaran proses edukasi/penyuluhan. Lulusan SMP, SMA dan Perguruan tinggi rata-rata telah melek teknologi. Dengan fasilitas dan kebebasan mengakses informasi yang tanpa batas, dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang gizi seimbang.

b. Data Khusus

Tabel 5. Distribusi Kebiasaan Konsumsi Pangan Hewani Ibu Balita

No.	Kebiasaan	f	%
1.	Tidak Setiap Hari	45	38,8
2.	Setiap Hari	71	61,2
Total		116	100

Tabel 5 memberikan data bahwa 61,2% ibu balita telah mengonsumsi pangan hewani setiap hari. Sebuah keadaan yang menjanjikan

bagi anggota keluarga dan terutama balita. Kebiasaan konsumsi pangan hewani akan dapat memberikan pengaruh pada tumbuh kembang balita, jika ibu juga dapat memberikannya kepada balita. Besarnya kebiasaan konsumsi pangan hewani setiap hari, karena setiap hari keluarga yang ada di desa Tawang Kecamatan Wates ini mengonsumsi telur atau ikan yang lainnya. Data ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yana Ayu A. (2014) yang menyatakan bahwa 85,7% masyarakat Sukoharjo-Surakarta telah mengonsumsi telur, ikan dan olahan lainnya setiap hari.

Tabel 6. Distribusi Kebiasaan Konsumsi Buah dan Sayur Ibu Balita

No.	Kebiasaan	f	%
1.	Tidak Setiap Hari	59	50,9
2.	Setiap Hari	57	49,1
Total		116	100

Dari tabel 6 diketahui bahwa kebiasaan ibu balita dalam mengonsumsi sayur antara yang setiap hari dan tidak setiap hari cenderung berimbang. Kebiasaan ibu balita ini masih dapat dibanggakan, karena dewasa ini banyak ibu balita yang lebih menyukai makanan kering tanpa sayur dan cenderung tidak menyukai buah. Sebuah angka yang patut diwaspadai untuk segera dicarikan solusinya, agar ibu

balita mau mengonsumsi buah dan sayur, demi tumbuh kembang balitanya. Penelitian Yunita Dhian S. (2009) menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan konsumsi sayur anak sekolah dasar adalah kebiasaan ibu balita dalam mengonsumsi sayur itu sendiri. Sehingga jika konsumsi buah dan sayur ibunya rendah, maka konsumsi buah dan sayur balita juga rendah.

Tabel 7. Distribusi Status Gizi Balita

No.	Status Gizi	f	%
1.	Kurang	30	25,9
2.	Baik	86	74,1
Total		116	100

Dari tabel 7 diketahui bahwa 74,1% balita berada pada status gizi baik dan sisanya berstatus gizi kurang. Pengukuran status gizi yang dinilai dari Indeks Masa Tubuh (IMT) berdasarkan pada berat badan dan tinggi badan ini menjadi cerminan tumbuh kembang yang baik. Tumbuh kembang balita yang baik dapat dipengaruhi oleh konsumsi makanannya terutama peran pangan hewani dan konsumsi buah dan sayur.

Analisis Variabel Confounding Dalam Mempengaruhi Hubungan Antara Konsumsi Lauk Hewani, Buah dan Sayur Dengan Status Gizi Balita dijelaskan pada tabel berikut :

Tabel 8. Hasil Pengujian Coefisien Contingensi dan Mantel Haenszel Hubungan Konsumsi Pangan Hewani dengan Status Gizi Balita

No.	Parameter	<i>p value confounding</i>		Kesimpulan
		Jumlah balita	Pendidikan ibu	
1.	Coefisien Contingensi	0,020	0,020	Ada hubungan antara konsumsi lauk hewani dengan status gizi
2.	Mantel Haenszel Conditional Independence	0,035	0,027	Jumlah balita serumah dan pendidikan ibu menjadi confounder
3.	Mantel Haenszel Common OR Estimate	2,634	2,863	

Dari nilai tabel hasil pengujian dengan koefisien contingensi ($\alpha = 0,05$) disimpulkan bahwa ada asosiasi antara konsumsi pangan hewani ibu terhadap status gizi balita ($p=0,020$). Kebiasaan ibu dalam mengonsumsi pangan hewani yang sebaian

besar dilakukan setiap hari membawa akibat terhadap perbaikan status gizi balita terutama dalam mencegah balita gizi kurang ataupun gizi buruk, termasuk terjadinya *stunting*. Hal ini sesuai dengan penelitian Diah Anggraeni et.all (2016) yang menyatakan bahwa terdapat

hubungan antara konsumsi protein dengan status gizi balita ($p=0,01$). Sedangkan penelitian Fitrah E. (2016) menyatakan bahwa konsumsi protein nabati dan hewani antara stunting dan gizi kurang, lebih rendah dibandingkan yang bertatus gizi baik.

Hasil analisis peran variabel *confounding* (jumlah balita serumah dan pendidikan ibu) terhadap asosiasi konsumsi pangan hewani dengan status gizi balita, menunjukkan signifikansi $< \alpha$ (0,035 dan 0,027). Nilai signifikansi $< \alpha$, diartikan bahwa jumlah balita serumah akan mempengaruhi asosiasi konsumsi pangan hewani dengan status gizi balita. Jumlah balita serumah yang rata-rata hanya satu, memungkinkan ibu balita dapat lebih mudah memberikan asupan yang lebih baik serta dapat selalu memantau tumbuh kembang balita. Demikian juga dengan tingkat pendidikan ibu, semakin tinggi pendidikan ibu

akan semakin tinggi pula dalam mendapatkan informasi gizi seimbang, serta informasi kesehatan lainnya.

Hasil perhitungan Odds Ratio (OR) untuk jumlah balita serumah = 2,634 artinya bahwa jumlah balita yang serumah sama dengan 1 memiliki resiko status gizi baik sebesar 2,634 kali dibandingkan dengan yang jumlah balita serumahnya sama dengan 2. Sedangkan nilai Odds Ratio (OR) pendidikan ibu = 2,863 artinya bahwa pendidikan ibu yang lebih tinggi memiliki resiko status gizi baik sebesar 2,863 kali dibandingkan dengan yang pendidikan ibunya lebih rendah. Ini berarti dengan menurunkan jumlah balita serumah akan menaikkan status gizi balita. Demikian juga dengan pendidikan ibu, semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin besar pula status gizi balita baiknya.

Tabel 9. Hasil Pengujian Coefisien Contingensi dan Mantel Haenszel Hubungan Konsumsi Buah dan Sayur dengan Status Gizi Balita

No.	Parameter	<i>p value confounding</i>		Kesimpulan
		Jumlah balita	Pendidikan ibu	
1.	Coefisien Contingensi	0,044	0,044	Ada hubungan antara konsumsi Buah dan sayur dengan status gizi Jumlah balita serumah dan pendidikan ibu tidak menjadi confounder
2.	Mantel Haenszel Conditional Independence	0,074	0,060	
3.	Mantel Haenszel Common OR Estimate	2,395	2,471	

Dari nilai tabel hasil pengujian dengan *coefisien contingensi* ($\alpha = 0,05$) disimpulkan bahwa ada asosiasi antara konsumsi buah dan sayur ibu terhadap status gizi balita ($p=0,044$). Walaupun kebiasaan ibu dalam mengkonsumsi buah dan sayur sebagian belum setiap hari tetapi juga membawa akibat terhadap perbaikan status gizi balita terutama dalam mencegah terjadinya infeksi saluran pencernaan makanan. Peran yang cukup besar dari ibu dalam konsumsi buah dan sayur untuk meningkatkan status gizi balita sesuai dengan penelitian Pearson (2009), yang menyatakan bahwa orang tua/ibu menjadi faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi sayur anak pra sekolah.

Hasil analisis peran variabel *confounding* (jumlah balita serumah dan pendidikan ibu)

terhadap asosiasi konsumsi buah dan sayur dengan status gizi balita, menunjukkan signifikansi $< \alpha$ (0,074 dan 0,060). Nilai signifikansi $> \alpha$, diartikan bahwa jumlah balita serumah tidak akan mempengaruhi asosiasi konsumsi buah dan sayur ibu dengan status gizi balita. Demikian juga dengan tingkat pendidikan ibu, pendidikan ibu tidak mempengaruhi asosiasi konsumsi buah dan sayur ibu dengan status gizi balita. Tidak berpengaruhnya variabel *confounding* (jumlah balita serumah dan pendidikan ibu) dalam mempengaruhi hubungan antara konsumsi buah dan sayur ibu terhadap status gizi balita, dapat disebabkan karena asosiasi antara konsumsi buah dan sayur ibu terhadap status gizi balita kurang besar, ataupun ada variabel *confounding* lain yang lebih berpengaruh.

4. KESIMPULAN

Terdapat asosiasi antara konsumsi pangan hewani ibu dengan status gizi balita. Terdapat asosiasi antara konsumsi buah dan sayur ibu dengan status gizi balita. Jumlah balita serumah dan pendidikan ibu mempengaruhi asosiasi antara konsumsi pangan hewani ibu dengan status gizi balita. Jumlah balita serumah dan pendidikan ibu tidak mempengaruhi asosiasi antara konsumsi sayur dan buah ibu dengan status gizi balita.

REFERENSI

1. Anggraeni, Diah at all (2016) *Hubungan Konsumsi Protein Hewani Terhadap Status Gizi Balita Usia 6 – 24 Bulan*, Prodi Kesmas Pascasarjana Universitas Syah Kuala Banda Aceh
2. Ardhyati, Yana Ayu (2014), *Hubungan Konsumsi Pangan Hewani Dengan Status Gizi Anak SD Negeri Kudu 02 Sukoharjo*, FIK UNMUH Surakarta
3. Astawan M., (2008), *Sehat Dengan Hidangan Hewani*, Penebar Swadaya, Depok
4. Dep. Kes RI (2013), *Pedoman Gizi Seimbang*, Jakarta
5. Ermawati, Fitri at all (2016) *Gambaran Konsumsi Protein Nabati dan Hewani Pada Anak Balita Stunting dan Gizi Kurang di Indonesia*, P3Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan dan BPPK, Jakarta
6. Fitriastuti, Yunita Dian (2009) *Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Konsumsi Sayuran Pada Anak SD Kebayarum 01/02 Semarang*
7. Gibney, Michael J. (2015) *Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta
8. Natalie, Perason at all (2009) *Parenty Style Family Structure and Andolencent Dietari Behavior*, Publich Helath Nutrition
9. Nurjanah, at all (2015) *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Konsumsi Ikan Pada Wanita Dewasa di Indonesia*, Departeme Gizi Fakultas Gizi Ekonomi Manusia, IPB
10. Putra, Windi Kharisma (2016), *Faktor Yang Berhubungan Dengan Konsumsi Buah dan Sayur Pada Anak Sekolah Dasar*, IKM UNNES Semarang
11. Rosidi, A. (2012), *Peran Pendidikan dan Pekerjaan Ibu Dalam Konsumsi Sayur Anak Pra Sekolah*, Jurnal Gizi UNMUH Semarang
12. Santoso, S., at all (2009), *Kesehatan dan Gizi*, Rineka Cipta, Jakarta
13. Supariasa (2014), *Penilaian Status Gizi*, EGC Jakarta

EFEKTIVITAS TEKNIK MENERAN TERHADAP PENCEGAHAN RUPTUR PERINEUM SPONTAN PADA IBU BERSALIN PRIMIGRAVIDA DI BPM SIDOARJO

Nurul Azizah¹⁾, Sylvi Anissya Devi²⁾

¹Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Kebidana Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
email : nurul_az3zah@yahoo.com

²Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Kebidana Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

Abstract

Mechanical pushed was a way to push from the normal natural response to the result of the contraction reflex mechanis which was got stronger. Given the high incidence of rupture perineum impacted on postpartum hemorrhage that will threaten the safety of the mother then the problem was interested to do research that is limited to the factors pushing mothers. The studied design used analytical survey. sample of 30 respondents nonprobability sampling by consecutive sampling technique. Data is presented in a frequency distribution table and cross tabulation. Then Fisher 's Exact test. The results show women giving birth in BPM Churnia Amin Suryani mostly experience rupture perineum on maternal wrong with pushing technique. Fisher 's Exact test result value of $P < 0.05$. So H_0 reject. Which means that there is a relationship between a mother pushing technique with events Spontaneous rupture perineum. Conclusions research There is a relationship between a mother pushing technique with spontaneous rupture perineum. Suggestions midwives research remains to motivate women giving birth that the mother is able to push it right.

Keywords: *Mechanical Straining Capital, Genesis Rupture Perinium*

1. PENDAHULUAN

Angka kematian ibu di Indonesia sampai saat ini masih cukup tinggi, menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Sedangkan target *Millennium Development goals* (MDGS) pada tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup (BPPKB, 2013). Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Timur berdasarkan laporan dari kabupaten/kota tahun 2012 sebesar 228 (100%)/100.000 kelahiran hidup.

Penyebab utama kematian ada tiga yakni perdarahan, eklampsia, dan infeksi. Perdarahan postpartum menjadi penyebab utama 40% kematian ibu di Indonesia. Penyebab perdarahan utama adalah atonia uteri 50-60%, sisa plasenta 23-24%, retensio plasenta 17-16%, sedangkan ruptur perineum 15-10% hampir terjadi pada setiap persalinan pervaginam terutama pada primigravida (Prawirohardjo, 2008).

Perdarahan pasca persalinan dapat menyebabkan kematian ibu 45 % terjadi pada 24 jam pertama setelah bayi lahir, 68-73% dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% dalam 2 minggu setelah bayi baru lahir. Pada 24 jam pertama setelah bayi lahir

disebabkan oleh atonia uteri, berbagai robekan jalan lahir dan sisa plasenta.

Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Robekan perineum spontan mulai dari derajat ringan hingga rupture perinea totalis (sfingter ani terputus), robekan pada dinding vagina, forniks uteri, serviks, daerah klitoris dan uretra dan bahkan yang terberat rupture uteri (Prawirohardjo (2009).

Perineum adalah daerah antara vagina dan anus. Daerah ini merupakan jaringan yang kaya akan ujung sel-sel saraf sehingga sangat peka terhadap 2 sentuhan, dan cenderung mengalami perobekan saat berlangsungnya proses persalinan alami (Barret et al, 2000).

Teknik meneran dapat mempengaruhi terjadinya rupture perineum pada ibu yang bersalin spontan. Bidan dapat memberikan asuhan pada saat proses persalinan untuk melakukan teknik meneran yang benar dengan mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi dan tidak menahan nafas saat meneran. Pada saat puncak kontraksi ibu bersalin tidak diperbolehkan untuk mengangkat bokong saat meneran (Depkes RI, 2012). Pada kala II yaitu kala pengeluaran terjadi karena adanya kontraksi yang kuat dan sering, sehingga pada saat his atau kontraksi dirasakan

tekanan pada otot-otot dasar panggul, yaitu secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Labia membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva pada saat his atau kontraksi. Di saat inilah ruptur perineum dapat terjadi terutama pada persalinan primigravida serta melakukan teknik meneran yang salah (Rustam, 1998).

Robekan ini dibagi menjadi beberapa derajat yaitu: (1) Derajat satu laserasi superficial, otot-otot yang mendasari tidak mengalami kerusakan, (2) Derajat dua laserasi termasuk robeknya otot-otot perineal, (3) Derajat tiga kerusakan termasuk sfingter anieksternal parsial atau seluruhnya (4) Derajat empat terdapat kerusakan sfingter eksternal dan internal serta mukosa rektal seluruhnya (Liu, 2007).

2. METODE PENELITIAN

Desain Penelitian ini menggunakan metode *observasional analitik*, dengan metode pengambilan data *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu bersalin berjumlah 30 ibu bersalin di BPM Churnia Amin Suryan Sidoarjo. Teknik pengambilan sampel penelitian ini dengan menggunakan *total sampling*. Kemudian dilakukan analisis data menggunakan uji *exact fisher* untuk mengetahui hubungan Teknik meneran ibu dengan Ruptur perineum, dengan tingkat kesalahan yang dapat ditolerir dengan $\alpha = 0,05$. Jika hasil perhitungan di dapatkan $p \leq 0,05$, maka H_0 di tolak yang artinya, ada hubungan antara teknik meneran ibu dengan kejadian Ruptur perineum.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

Umur	f	%
20-35	29	96,7
≥ 36	1	3,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel diketahui bahwa hampir seluruhnya (96,7%) ibu bersalin di BPM Churnia Amin Suryani Kec. Tangelangin berada pada usia 20-35 tahun.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas

Paritas	f	%
Primipara	12	40
Multipara	18	60
Total	30	100

Berdasarkan tabel diketahui bahwa sebagian besar (60%) responden multipara.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Teknik Meneran

Teknik Meneran	f	%
Benar	14	46,7
Salah	16	53,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel diketahui bahwa sebagian besar (53,3%) responden melakukan teknik meneran yang salah.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ruptur Perinium

Ruptur Perinium	f	%
Ruptur	25	83,3
Tidak Ruptur	5	16,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel diketahui hampir seluruhnya (83,3%) responden mengalami ruptur perinium.

Tabel 5. Pengaruh Teknik Meneran Terhadap Laserasi Jalan lahir Pada Ibu Bersalin Primigravida Di BPM Sidoarjo

Teknik Meneran	Ruptur Perinium				Total		P value
	Ya		Tidak				
	f	%	f	%	f	%	
Benar	9	64,3	5	35,7	14	100	0,014
Salah	16	100	0	0	16	100	
Total	25	83,3	5	16,7	30	100	

Berdasarkan tabel 5. diketahui bahwa dari responden sebagian besar ibu bersalin normal yang mengalami ruptur perineum terjadi pada ibu dengan teknik meneran yang salah, sedangkan ibu bersalin normal yang tidak mengalami ruptur perineum hampir setengahnya (35,7%) terjadi pada ibu dengan teknik meneran yang benar. Hasil uji *exact fishers* menunjukkan $p = 0.014$ yang berarti nilai signifikansi maka H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan ada hubungan teknik meneran ibu terhadap ruptur perineum.

Pada tabel 1. Menunjukkan gambaran umur responden hampir seluruhnya (96,7%) 20-35 tahun, hal ini menunjukkan bahwa umur responden sebagian dalam kategori reproduktif dimana umur ibu antara 20 – 35 tahun dimana organ reproduksi sudah matang (Wiknjosastro, 2002).

Menurut Erfandi(2009) umur 20 – 35 tahun termasuk golongan usia produktif, yakni individu akan dapat berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal. Artinya responden termasuk dalam katagori usia reproduksi sehat.

Pada tabel 2. Menunjukan gambaran teknik meneran responden menunjukan sebagian besar (60%) multigravida. Namun kejadian ruptur perinium masih banyak dialami pada persalinan multigravida. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Dan robekan ini dapat dihindari atau dikurangi dengan meminimalkan penyebabnya, diantaranya memberikan asuhan pada ibu bersalin tentang cara meneran yang benar (Prawirohardjo, 2008).

Tabel 3. Diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan teknik meneran menunjukkan bahwa sebagian besar (53,3%) responden melakukan teknik meneran yang salah. Pada kala kedua (pengeluaran bayi) terjadi rangsangan terhadap fleksus (kumpulan saraf) frankenhauser disekitar mulut rahim sehingga terjadi reflek mengejan, yang merupakan tambahan kekuatan untuk melahirkan janin (bayi). Bila his tidak dapat dikendalikan oleh ibu maka kekuatan mengejan

dapat dikendalikan sehingga hasil kedua kekuatan mempercepat proses persalinan (Bandiyah, 2009).

Dikarenakan ambang nyeri yang dialami ibu dalam proses persalinan sehingga membuat ibu tidak konsentrasi terhadap bagaimana cara meneran serta anjuran atau arahan yang di berikan oleh bidan untuk cara meneran yang benar. Sedangkan nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi hilangnya konsentrasi, peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot (Arifin,2008).

Berdasarkan teori menurut (Varney, 2007) Meneran adalah respon alami yang normal terhadap mekanisme refleksi akibat dari kontraksi yang semakin kuat. Dengan meneran yang baik akan mempercepat proses persalinan dan mengurangi kejadian asfiksia pada bayi baru lahir serta resiko terjadinya ruptur perineum. Tidak terkontrolnya saat meneran dapat meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum.

Tabel 4. Gambaran ruptur perinium menunjukkan bahwa hampir seluruhnya responden mengalami Ruptur perineum spontan sebesar (83,3%). Tingginya persalinan dengan trauma ruptur perinium banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya dikarenakan kurangnya kooperatif dari pasien kepada petugas kesehatan akibat dari dorongan meneran yang sangat kuat dan ambang nyeri kontraksi yang di alami oleh pasien sangat tinggi, sehingga pasien tidak dapat fokus terhadap teknik meneran yang benar sesuai dengan arahan petugas kesehatan. Sesuai dengan teori arifin (2008) nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi hilangnya konsentrasi, peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot.

Berdasarkan tabel 5. diketahui bahwa dari responden sebagian besar ibu bersalin normal yang mengalami ruptur perineum terjadi pada ibu dengan teknik meneran yang

salah, sedangkan ibu bersalin normal yang tidak mengalami ruptur perineum hampir setengahnya (35,7%) terjadi pada ibu dengan teknik meneran yang benar. Hasil uji *exact fishers* menunjukkan $p = 0.014$ yang berarti nilai signifikansi maka H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan ada hubungan teknik meneran ibu terhadap ruptur perineum. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), mengemukakan bahwa mendedan yang benar dengan mendedan sesuai dengan dorongan alamiah selama kontaksi. Selain itu juga ibu tidak di anjurkan untuk menahan nafas pada saat mendedan atau nafas jangan terengah-engah. Teknik mendedan yang benar yakni dimana saat ibu mendedan tidak mengangkat bokongnya. Menurut asumsi peneliti bahwa ada hubungan teknik mendedan dengan ruptur perineum, karena jika teknik mendedan salah maka ruptur perineum juga bisa lebih berat dibandingkan dengan teknik mendedan secara benar. Hal ini disebabkan oleh cara seseorang dalam mengatur nafas saat mendedan dan juga cara melakukan dorongan saat mendedan. Sehingga diperlukan pengetahuan ibu dan bantuan dari penolong agar ibu dapat mendedan dengan benar untuk mengurangi ruptur perineum. Sehingga diperlukan pimpinan maksimal penolong agar ibu dapat mendedan dengan benar untuk mengurangi kejadian rupture perineum.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan maka dapat disimpulkan, sebagian besar responden melakukan teknik meneran yang salah, dan sebagian besar ibu bersalin mengalami ruptur perinium, dan terdapat hubungan antara teknik meneran dengan kejadian ruptur perinium pada ibu bersalin di BPM Sidoarjo.

REFERENSI

1. Arifin,. 2008. *Nyeri Pada Persalinan Dan Penatalaksanaannya Secara Non Farmakologik*. Jakarta : Tosca
 2. Barret et all, 2000. *Asuhan kebidanan,persalinan dan kelahiran*, Buku Kedokteran
 3. Depkes RI. 2008. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
 4. Enggar, P.Y. 2010. *Hubungan berat badan lahir dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan normal di RB Harapan Bunda di Surakarta*. Surakarta : Jurnal Kebidanan dan Kesehatan. EGC, Jakarta
 5. Enterprise BPPKB. 2013. *Target Millennium Development goals (MDGS)*. Bandung : BPPKB.
 6. Erfandi, (2009). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Graha Ilmu
 7. Heimburger,. 2009. *The Essentials of Postpartum Care*. Inggris: The New England Journal of Medicine.
 8. Hendarson, C., & Jones, K., 2006. *Konsep Kebidanan*. Jakarta : EGC
 9. JNPK-KR,. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Jaringan Nasional Pelatihan Klinik- Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: JNPK-KR.
 10. Khumaira, M. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta: Citra Pustaka
 11. Yogyakarta. Manuaba, I B G., 2010. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
 12. Marmi. 2012. *Intranatal care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
 13. Mochtar, R. 2011. *Sinopsis Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC
 14. Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
 15. Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.
 16. Oxorn, H., & Forte,W,. 2010. *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisisologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM)
 17. Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
 18. Saifudin A.B. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
 19. Sondakh, J.J.S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta : Erlangga.
 20. Sulistyawati,A., & Nugraheni.E. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika
- Varney, H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 2*. Jakarta : EGC.

PENYAPIHAN DINI DENGAN STATUS GIZI ANAK BAWAH DUA TAHUN [BADUTA] DI POSYANDU GRAHA

Ika Yuni Susanti

Program Studi D3 Kebidanan STIKes Majapahit

ikayunisusanti@gmail.com

Abstract

Weaned is alleviate mom's milk little by little, as for the food complement is still give to baby into mom's milk. Stoppen and baby have a food like adult at 2 years old. A child don't have enough nutrition. According to their age is the risk from weaned. Researcher want to know a connection early wean with baby's nutrition status age 0-23 month in Posyandu Graha. The design is cross sectional. Populations is all of baby's mom age 0-23 month. The technic sample is sampling jenuh for 47 person. Variable comprise early mean and dependent variable that comprise baby's nutrition, age 0-23 month. The analised with wilcoxon match pair test. This research is do by the researcher at March – April 2017. The result is 74% has early weaned and 40% has a deficient nutrition status, and there is mont a connection with baby's nutrition status used wilcoxon match pair test. The result is $Z = 0,037 < 0,05$. From the data above, the condision is early weaned can affect a baby's nutrition status. Information about weaned is a must. Mom's would know the right time to weaned a baby and know the best food us a complement of mom's milk.

Keywords: Early Weaned, Nutrition Stats, Baby 0-23 Month

1. PENDAHULUAN

Penyapihan dini merupakan suatu keadaan bayi sudah tidak mendapat ASI sebagai sumber makanan pada umur kurang dari 4 bulan yang diganti dengan pemberian makanan tambahan selain ASI (Herman, 2010). Penyapihan dilakukan dengan cara melakukan pengurangan secara berangsur-angsur pemberian ASI, sedangkan makanan tambahan secara bertingkat ditambah sehingga akhirnya ASI dihentikan dan bayi mendapat makanan dewasa pada umur 2 tahun. (Sediaoetama, 2010). Hal ini beresiko anak tidak mendapat asupan nutrisi tepat sesuai dengan perkembangannya. ASI (Air Susu ibu) masih merupakan gizi terbaik bagi bayi karena komposisi zat-zat gizi di dalamnya secara optimal mampu menjamin pertumbuhan tubuh bayi. Selain itu, kualitas zat gizinya juga terbaik karena mudah diserap dan dicerna oleh usus bayi. Kualitas protein ASI sangat tinggi dan mengandung asam-asam amino esensial yang dibutuhkan oleh pencernaan bayi (Akre, 2010).

Menurut laporan tahun 2009, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lebih kurang 1,5 juta anak meninggal karena pemberian makanan yang tidak benar, kurang dari 15% bayi di seluruh dunia diberikan ASI Eksklusif selama 4 bulan dan sering kali pemberian makanan

pendamping ASI tidak sesuai dan tidak aman. Hasil penelitian menunjukkan gangguan pertumbuhan pada awal masa kehidupan anak usia dibawah 5 tahun (balita) antara lain kekurangan gizi sejak dalam kandungan (pertumbuhan janin yang terhambat), pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini atau terlambat serta tidak cukup mengandung energi dan zat gizi (terutama mineral) dan tidak berhasil memberikan ASI eksklusif (Herti, 2010).

Penelitian yang dilakukan di Jawa Timur menunjukkan penyapihan rata-rata dilakukan pada bulan ketiga pasca persalinan. Bayi dengan ibu yang harus bekerja kembali setelah melahirkan cenderung mengalami penyapihan dini. Ibu yang terpaksa meninggalkan bayinya di rumah juga mengalami kenaikan resiko penyapihan dini 3 kali lebih cepat (Ratna, 2010).

Menurut Nita (2010) penyapihan seharusnya tidak berarti negatif sebab manusia akan selalu mengalami penyapihan dalam hidupnya. Disapih dari ASI, disapih dari susu botol, disapih dari tempat tidur orang tuanya, disapih dari rumah untuk sekolah dan seterusnya. Sangat tidak disarankan untuk menyapih anak terlalu dini. Di lain pihak, pada usia anak sekitar 6 bulan, bayi membutuhkan beberapa makanan yang lengkap dan secara

fungsional bayi telah berkembang lengkap untuk mengatasinya. Usia antara 4 sampai 6 bulan terlihat sebagai masa yang tepat bagi bayi untuk mulai beradaptasi dengan makanan dan berbagai jenis tekstur dan cara makan. Pada bulan ke-6, hampir semua bayi siap untuk makanan padat. Pada umur 6 bulan, sistem pencernaan sudah cukup matang untuk menangani kebanyakan makanan. Meskipun susu ibu atau susu formula akan tetap menjadi makanan diet bayi sampai berbulan-bulan kemudian. Penyapihan terlalu dini berakibat pada rendahnya asupan nutrisi yang diperoleh bayi. Hal ini menyebabkan status gizi bayi menjadi berkurang. Bidan sebagai tenaga kesehatan hendaknya selalu memberikan konseling dan penyuluhan berhubungan dengan kebiasaan menyapih dini yang dilakukan oleh ibu bayi. Upaya penyadaran ini bisa dilakukan dengan melalui kunjungan rumah, atau ketika acara posyandu diadakan. Disamping itu pemberian konseling tentang resiko penyapihan dini terhadap status gizi juga bisa dilakukan dengan menggunakan leaflet yang disebar atau pemasangan spanduk dan banner yang berisikan himbauan tentang risiko penyapihan dini terhadap status gizi baduta. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti mengambil judul penyapihan dini dengan status gizi anak bawah dua tahun di Posyandu Graha.

2. KAJIAN LITERATUR

2.1. Konsep Penyapihan

Menurut Arisman (2007) menyapih secara harfiah berarti membiasakan bayi secara berangsur-angsur dibiasakan menyantap makanan orang dewasa. Selama masa penyapihan makanan bayi berubah dari ASI saja ke makanan yang lazim dihidangkan oleh keluarga, sementara air susu diberikan hanya sebagai makanan tambahan.

Menurut Carnain (2007) menyapih adalah proses bertahap yaitu mula mula dengan mengurangi frekuensi pemberian ASI, sampai dengan berhentinya proses pemberian ASI.

Menurut Arisman (2007) memasuki usia 4-6 bulan, bayi telah siap menerima makanan bukan cair, karena gigi telah tumbuh dan lidah tidak lagi menolak makanan setengah padat. Di samping itu, lambung juga telah lebih baik mencerna zat tepung. Menjelang usia 9 bulan bayi telah pandai menggunakan tangan untuk

memasukkan benda ke dalam mulut. Pada saat tersebut bayi siap mengonsumsi makanan (setengah) padat.

Menurut Depkes RI dan WHO (2001) penyapihan adalah dimulainya pemberian makanan ASI pada kelompok umur 4 sampai 6 bulan, dimana bayi mulai dikenalkan sedikit demi sedikit dengan berbagai jenis makanan padat yang mulai dilumatkan.

Menurut WHO, masa pemberian ASI diberikan secara eksklusif 6 bulan pertama, kemudian dianjurkan tetap diberikan setelah 6 bulan berdampingan dengan makanan tambahan hingga umur 2 tahun atau lebih

Menurut Arisman (2007) di samping tujuan fisik (guna mencukupi kebutuhan zat gizi dan energi), menyusui dapat sekaligus mengakrabkan hubungan ibu dan bayi, Hal yang sangat bermanfaat bagi perkembangan jiwa bayi. Semakin akrab mereka berdua (ibu dan bayi), semakin mudah ibu mengenali kebutuhan bayinya. Oleh karena penyapihan yang mendadak sebaiknya dihindari, termasuk (dalam hal ini) meninggalkan atau menitipkan bayi pada orang lain dalam waktu lama. Jika seandainya ibu terpaksa (tidak dapat tidak) mengalihkan tanggung jawabnya ke orang lain, hal ini selayaknya dilaksanakan secara cermat dan perlahan-lahan. Penyapihan selayaknya tuntas pada usia 12 bulan. Sejak saat itu bayi sudah harus terbiasa, dan secara teratur mengonsumsi makanan orang dewasa.

Ada beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menyapih bayi :

1. Bayi berhenti menyusu pada ibu berarti terputus hubungan talikasih sayang antara bayi an ibunya, keadaan ini sering membawa akibat buruk terhadap bayi apalagi bila penyapihan dilakukan secara mendadak.
2. Selama bayi minum ASI sedikit kemungkinan mendapat infeksi salura pencernaan dengan penyapihan kemungkinan penyakit infeksi terutama pada saluran pencernaan, hal ini bisa disebabkan karena kemungkinan kontaminasi pada makanan bayi besar baik waktu membuatnya, menyimpan atau memberinya.
3. Dan beberapa penelitian banyak sekali para ibu yang menyapih anaknya terlalu cepat yaitu pada usia kurang dan I tahun terutama bagi ibu-ibu yang bekerja,

sedangkan penyapihan yang terlalu awal dapat mempengaruhi pertumbuhan bayi.

Bahan yang dipilih untuk membuat makanan sapihan sebaiknya mudah didapat (banyak tersedia di kebun keluarga atau di pasar terdekat), harganya murah, paling sering dimakan (merupakan bagian dan apa yang dimakan oleh anggota keluarga yang lebih besar dan dewasa), dan sebaiknya diramu dengan resep lokal.

Makanan sapihan yang ideal harus mengandung (1) makanan pokok (pangan yang paling banyak dikonsumsi oleh keluarga, biasanya makanan yang mengandung tepung, seperti beras, gandum, kentang, tepung maizena), ditambah dengan bahari lain semisal (2) kacang, sayuran berdaun hijau atau kuning, (3) buah, (4) daging hewan, dan (5) minyak, atau lemak. Bahan ml dibuat menjadi bubur untuk kemudian, sebagai penerman ASI, disuapkan pada bayi. Makanan pokok direbus di dalam air, atau susu, sampai menjadi bubur yang kental dan tidak terlalu cair. Bubur tersebut kemudian diperkaya dengan sedikit minyak atau lemak.

Ada tiga macam campuran, yaitu campuran yang menggunakan dua jenis bahan (disebut campuran sederhana), dan tiga atau empat jenis bahan (campuran majemuk)

Yang harus selalu diingat ialah penambahan minyak atau lemak ke dalam setiap campuran. Jika kedua bahan tersebut tidak tersedia, dapat digantikan dengan madu. Bagaimanapun, minyak dan lemak jauh lebih baik, karena di samping memasok energi, kedua bahan ini dapat melunakkan dan melezatkan makanan. Yang juga tidak boleh dilupakan ialah buah-buahan atau air buah pada setiap waktu makan, atau sebagai makanan selingan di antara dua waktu makan.

Pedoman Pemberian Makanan Sapihan :

1. Makanan padat pertama harus bertekstur sangat halus dan licin. Bayi perlahan-lahan akan siap menerima tekstur yang lebih kasar.
2. Bubur saring baru boleh diberikan jika bayi telah tumbuh gigi, dan makanan cincang setelah bayi pandai mengunyah.
3. Pada satu waktu makan, cukup diperkenalkan satu jenis makanan saja, dalam jumlah kecil. Jika seandainya bayi tidak dapat menoleransi makanan ini, atau bahkan menimbulkan reaksi alergi, gejala

yang timbul mudah dikenali, dan makanan itu tidak diberikan lagi.

4. Bayi harus diajari cara memegang makanan. Seiring pertambahan usia, bayi diajari pula cara mengambil makanan padat dan sendok makan.
5. Makanan sebaiknya tidak dicampur, karena bayi harus mempelajari perbedaan tekstur dan rasa makanan.
6. Makanan padat jangan dimasukkan ke dalam botol susu, atau membuat lubang dot lebih besar yang mengesankan seolah bayi “meminum” makanan padat.
7. Volume pemberian susu jangan segera dikurangi sebelum bayi mampu bersantap dengan sendok.
8. Makanan padat sebaiknya disuapkan sebelum susu dihentikan.
9. Selama menyuapi bayi, tersenyum dan berbicaralah padanya.

2.2. Konsep Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan gizi dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (Supriasa, 2002).

Penilaian status dapat diukur baik secara langsung maupun tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung meliputi ; antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Sedangkan penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dilakukan dengan survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Supriasa, 2002).

Banyak faktor yang mempengaruhi status gizi seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung. Faktor yang mempengaruhi secara langsung :

Menurut Soekirman (2000:84) penyebab langsung timbulnya gizi kurang pada balita adalah konsumsi pangan dan penyalit infeksi. Kedua penyebab tersebut saling berpengaruh. Dengan demikian timbulnya gizi kurang tidak hanya karena kurang makanan tetapi juga karena adanya penyakit infeksi, terutama diare dan ispa. Balita yang mendapatkan makanan cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang.

Sebaliknya balita yang tidak memperoleh makanan cukup dan seimbang daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian balita mudah diserang infeksi dan

kurang nafsu makan sehingga balita kekurangan makanan. Akhirnya berat badan balita menurun.

Apabila keadaan ini terus berlangsung balita dapat menjadi kurus dan timbulah kejadian kurang gizi.

Cara yang sekarang digunakan oleh untuk menentukan status gizi secara antropometri pada bayi dan anak. Z-score ini biasanya digunakan untuk penentuan status gizi yang diaplikasikan pada populasi di masyarakat. Z-score dihitung dengan cara sebagai berikut:

Bila nilai riil hasil pengukuran $\geq$ nilai median BB/U, TB/U atau BB/TB maka rumusnya :

$$Z - \text{score} = \frac{\text{Nilai riil} - \text{Nilai Median}}{\text{SD UPPER}}$$

Bila nilai riil hasil pengukuran $\leq$ nilai median BB/U, TB/U atau BB/TB maka rumusnya :

$$Z - \text{score} = \frac{\text{Nilai riil} - \text{Nilai Median}}{\text{SD LOWER}}$$

Penelitian status gizi antropometri (Z-Score) menurut Dep.kes RI 2000

Z-Score menunjukkan nilai antropometri itu berupa SD atau Z-Score dibawah atau diatas median (mean) standart yang dipakai. Keuntungan menggunakan Z-Score dalam populasi adalah dapat dihitung mean dan SD dari kelompok populasi tertentu. Titik acuan yang dipakai adalah standart WHO-NCHS.

2.3. Konsep Anak Bawah Dua Tahun [Baduta]

Faktor-faktor yang Mempengaruhi tumbuh kembang balita adalah

1. Faktor Herediter

Herediter/keturunan merupakan faktor yang tidak dapat untuk dirubah, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dan proses tumbuh balita. Melalui instruksi genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik ini adalah jenis kelamin dan suku bangsa/ras.

2. Faktor Lingkungan

Dalam lingkungan eksternal mi banyak sekali yang mempengaruhinya, diantaranya adalah kebudayaan; Kebudayaan suatu daerah

akan mempengaruhi kepercayaan, adat kebiasaan dan tingkah laku dalam bagaimana orarig tua mendidik balitanya. Status sosial ekonomi keuarga juga berpengaruh, orang tua yang ekonomi menengah ke atas dapat dengan mudah menyekolahkan balitanya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima atau mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat balita dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat balitanya, sehingga balita akan kekurangan asupan nutrisi yang akibat selanjutnya daya tahan tubuh akan menurun dan akhirnya balita akan jatuh sakit.

Olahraga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologis dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi balita dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, balita pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua, sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *cross sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran / observasi data variabel independen dan dependen hanya pada satu kali saja pada satu saat. Sedangkan rancangan penelitian yang dipakai adalah penelitian korelasional. penelitian analitik *cross sectional*. Hipotesis penelitian ini adalah H1: Terdapat Hubungan Penyapihan Dini Terhadap Status Gizi Anak Bawah Dua Tahun [Baduta]. Variabel penelitian meliputi variabel independen adalah penyapihan dini dan variabel dependen adalah status gizi anak bawah dua tahun [baduta]. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak umur 0-23 bulan. Jumlah sampel dalam penelitian ini yang digunakan sebanyak 47 responden. Jenis sampling dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan teknik *sampel jenuh*. Tempat penelitian di Posyandu Graha Mojoanyar Mojokerto pada Maret sampai April 2017. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu lembar *checklist*. Teknik analisis data menggunakan uji *wilcoxon sign rank test*.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik Responden	f	%
Ibu yang mempunyai anak umur :		
- 0-11 bulan	12	26
- 12-23 bulan	35	74
Pendidikan ibu:		
- SD-SMP	31	66
- SMA-PT	16	34
Pekerjaan ibu:		
- Tidak bekerja	25	53
- Bekerja	22	47
Paritas ibu :		
- 1	10	21
- ≥ 2	37	79

Tabel 2. Penyapihan Dini Anak Bawah Dua Tahun

Penyapihan Dini	f	%
- Disapih	35	74
- Tidak disapih	12	26

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar anak baduta diberi penyapihan dini yaitu 35 anak (74%).

Tabel 3. Status Gizi Anak Bawah Dua Tahun

Status Gizi Anak	f	%
- Baik	22	47
- Kurang	25	53

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa setengah anak baduta memiliki status gizi dengan kriteria gizi kurang sebanyak 25 anak (453%).

Tabel 4. Hubungan Penyapihan Dini Dengan Status Gizi Anak Bawah Dua Tahun

Penyapihan Dini	Status Gizi				Jumlah
	Baik		Kurang		
	f	%	f	%	
Disapih	14	64	21	84	35
Tidak Disapih	8	36	4	16	12
Jumlah	22	100	25	100	47

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui sebagian besar baduta yang tidak dilakukan

penyapihan dini sebanyak 8 anak (36%) memiliki status gizi baik, dan sebagian besar baduta yang dilakukan penyapihan dini sebanyak 21 anak (84%) memiliki status gizi kurang.

Dari hasil penghitungan data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon match pair test* didapatkan hasil $Z < (\alpha=0,05)$, yaitu 0,037 < 0.05, sehingga Hipotesis diterima, yang berarti terdapat hubungan penyapihan dini terhadap status gizi anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan.

4.1. Penyapihan dini anak bawah dua tahun [baduta]

Hasil penelitian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa sebagian besar anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan diberi penyapihan dini yaitu 35 orang (74%).

Memasuki usia 4-6 bulan, bayi telah siap menerima makanan bukan cair, karena gigi telah tumbuh dan lidah tidak lagi menolak makanan setengah padat. Di samping itu, lambung juga telah lebih baik mencerna zat tepung. Menjelang usia 9 bulan bayi telah pandai menggunakan tangan untuk memasukkan benda ke dalam mulut. Pada saat tersebut bayi siap mengonsumsi makanan (setengah) padat. Penyapihan adalah dimulainya pemberian makanan ASI pada kelompok umur 4 sampai 6 bulan, dimana bayi mulai dikenalkan sedikit demi sedikit dengan berbagai jenis makanan padat yang mulai dilumatkan.

4.2. Status gizi anak bawah dua tahun [baduta]

Pada penelitian ini dapat diketahui bahwa setengah anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan memiliki status gizi dengan kriteria gizi kurang sebanyak 25 orang (53%).

Status gizi didefinisikan sebagai suatu keadaan kesehatan yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik dan dapat diukur secara antropometri. Status gizi berarti keadaan kesehatan fisik seseorang atau sekelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau dua kombinasi dari ukuran-ukuran gizi tertentu.

4.3. Hubungan Penyapihan Dini Dengan Status Gizi Balita usia 0-24 bulan

Berdasarkan hasil penghitungan data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon match pair test* didapatkan hasil $Z < (\alpha=0,05)$, yaitu $0,037 < 0,05$, sehingga Hipotesa diterima, yang berarti ada hubungan penyapihan dini terhadap status gizi anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan.

Tanda kesiapan adalah kemampuan bayi untuk menolehkan kepalanya atau mendorong tangan ibu menjauh ketika bayi tidak mau makan lagi. Pada umur 6 bulan, sistem pencernaan sudah cukup matang untuk menangani kebanyakan makanan. Meskipun susu ibu atau susu formula akan tetap menjadi makanan diet bayi sampai berbulan-bulan kemudian. Penyapihan terlalu dini berakibat pada rendahnya asupan nutrisi yang diperoleh bayi. Hal ini menyebabkan status gizi bayi menjadi berkurang.

Masih kuatnya tradisi di masyarakat yang memberikan makanan pendamping selain ASI sebelum balita usia 6 bulan, menjadi alasan ibu memberikan penyapihan dini. Selain itu ibu tidak sabar melihat anaknya menangis yang dikira lapar, sehingga diberi makanan sebelum usia 6 bulan. Adanya anggapan bahwa gizi kurang tidak akan berakibat buruk bagi kesehatan anaknya dan merupakan hal yang biasa sehingga tidak perlu pertolongan pada pelayanan kesehatan terdekat. Penyebab terjadinya gizi kurang pada balita diantaranya adalah asupan nutrisi yang kurang, bagi balita. Selain itu ibu kurang sabar saat memberi makan anaknya, bila anak menolak untuk makan. Hal tersebut dibiarkan saja tanpa ada usaha untuk membujuk atau merayu anak supaya mau makan. Penyapihan dini berhubungan terhadap status gizi anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan. Hal ini disebabkan karena anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan yang diberi penyapihan terlalu dini akan mengurangi penerimaan ASI. Selain itu jenis makanan yang diberikan oleh ibu balita bila tidak memenuhi kebutuhan gizi balita mengakibatkan tubuh balita kekurangan gizi, akibatnya bisa menyebabkan anak mengalami gizi kurang. Maka penyapihan yang terlalu dini berakibat pada rendahnya asupan nutrisi yang diterima anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan.

4. KESIMPULAN

Sebagian besar anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan di Posyandu Graha Mojoanyar Mojokerto sebanyak 74% diberi penyapihan dini dan setengahnya anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan sebanyak 53% memiliki status gizi dengan kriteria gizi kurang. Terdapat hubungan penyapihan dini terhadap status gizi anak bawah dua tahun [baduta] umur 0-23 bulan dengan hasil uji statistik *Wilcoxon match pair test* didapatkan $Z < (\alpha = 0,05)$, yaitu $0,037 < 0,05$.

REFERENSI

1. Deslidel. Zuchrah Hasan. Rully Hevrialni. Yan Sartika. (2011). *Buku Ajar Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita*. Jakarta:EGC.
2. Djitowiyono, Sugeng. & Weni Kristiyanasari. (2010). *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta : Numed.
3. Hidayat, A. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
4. Isgiyanto, Awal. (2009). *Teknik Pengambilan Sampel pada Penelitian Non-Eksperimental*. Jogjakarta: Mitra Cendikia Press.
5. Notoadmodjo, Soekidjo (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
6. Notoatmodjo.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
7. Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
8. Prawirohardjo, Sarwono. (2006). *Buku Acuan Nasionak Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
9. Reeder . Martin & Koniak Giffin. (2011). *Keperawatan Maternal Kesehatan Wanita Bayi dan Keluarga Edisi 18 Volume 2*. Jakarta:EGC.
10. Supariasa, Dewa Nyoman. (2014). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta:EGC.

11. Soetjiningsih, Ranuh, IG.N.Gde (2014)
Tumbuh Kembang Anak Edisi 2, Jakarta:
EGC.
12. Wahyuni, Sari. (2011). *Asuhan
Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta:EGC.

HUBUNGAN TINGKAT KECUKUPAN ENERGI DAN PROTEIN DENGAN STATUS GIZI PADA ANAK KELAS V SEKOLAH DASAR ISLAM TERPADU AL – AZHAR KEDIRI

Enggar Anggraeni

Akademi Gizi Karya Husada Kediri

Abstrak

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh asupan zat gizi sesuai dengan kecukupan dalam bentuk makanan gizi seimbang untuk mewujudkan status gizi yang baik. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan tingkat kecukupan energi dan protein dengan status gizi pada anak kelas V Sekolah Dasar Islam terpadu Al – Azhar Kediri. Jenis penelitian survey deskriptif analitik desain studi *cross sectional*. Sampel penelitian ini anak kelas V di Sekolah Dasar Islam Terpadu Al - Azhar Kediri sebanyak 50 anak yang bersedia menjadi responden dalam penelitian dan berada di lokasi penelitian pada saat pengumpulan data. Asupan zat gizi diperoleh dengan menggunakan wawancara dan recall 24 jam, status gizi diperoleh dengan melakukan pengukuran antropometri yaitu Berat Badan dan Tinggi badan kemudian dilakukan uji hipotesis *Chi Square Test*. Uji statistik menunjukkan hasil *Significancy2-tailed* = 0,000 menunjukkan hubungan antara tingkat kecukupan energi dan protein dengan status gizi. Kesimpulan bahwa asupan Energi dan protein siswa memberikan kontribusi terhadap terjadinya status gizi pada anak kelas V SDI Terpadu Al – Azhar Kediri. Perlu adanya pengaturan asupan makanan yang mengacu pada menu seimbang untuk mencapai status gizi yang optimal baik oleh orang tua maupun ahli gizi dan guru disekolah, diharapkan pihak sekolah menggiatkan monitoring dan evaluasi status gizi siswa disekolah untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan siswa.

Kata Kunci: kecukupan energi, protein dan status gizi

1. PENDAHULUAN

Gizi merupakan salah satu faktor penentu kualitas sumber daya manusia. Masalah gizi rentan terjadi pada semua kelompok umur, terutama bayi dan anak yang sedang mengalami masa tumbuh kembang (Arisman, 2009). Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh asupan zat gizi sesuai dengan kecukupan dalam bentuk makanan gizi seimbang untuk mewujudkan status gizi yang baik.

Upaya peningkatan status gizi untuk pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas pada hakekatnya harus dimulai sedini mungkin, salah satunya anak usia sekolah. Anak sekolah dasar merupakan sasaran strategis dalam perbaikan gizi masyarakat (Cal- derón, 2002; Choi et al., 2008). Hal ini menjadi penting karena anak sekolah merupakan generasi penerus tumpuan bangsa sehingga perlu dipersiapkan dengan baik kualitasnya, anak sekolah sedang mengalami pertumbuhan secara fisik dan mental yang sangat diperlukan guna menunjang kehidupannya di masa mendatang, guna mendukung keadaan tersebut di atas anak

sekolah memerlukan kondisi tubuh yang optimal dan bugar, sehingga memerlukan status gizi yang baik (Depkes RI, 2005).

Status gizi merupakan ekspresi keseimbangan asupan dalam variabel tertentu. Secara nasional prevalensi kurus (menurut IMT/U) pada anak umur 5-12 tahun adalah 11,2 persen, terdiri dari 4,0 persen sangat kurus dan 7,2 persen kurus. Sedangkan masalah gemukan pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8 persen, terdiri dari gemuk 10,8 persen dan sangat gemuk (obesitas) 8,8 persen. Prevalensi gemuk terendah di Nusa Tenggara Timur (8,7%) dan tertinggi di DKI Jakarta (30,1%). Jawa Timur merupakan salah satu dari 15 provinsi dengan prevalensi sangat gemuk diatas nasional (Riskedas 2013).

Pertumbuhan fisik sering dijadikan indikator untuk mengukur status gizi baik individu maupun populasi. Seorang anak yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya (Bryan et al., 2004). Menurut Supariasa 2014, faktor yang mempengaruhi status gizi secara langsung adalah asupan makanan dan infeksi.

Kekurangan atau kelebihan zat gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari pola standar.

Proporsi defisit asupan protein pada kelompok umur 9,0 – 12,9 tahun merupakan tertinggi yaitu sebesar 39,8 % untuk lelaki dan 49,9 % untuk perempuan. Sedangkan proporsi defisit asupan energi sebesar 67,8 % untuk lelaki dan 70,5 % untuk perempuan (SEANUT 2011). Hasil pengamatan menu yang disajikan di Sekolah Dasar Islam terpadu Al – Azhar Kediri dengan metode comstok diketahui bahwa waste tertinggi pada penyajian kelompok sayuran (25 %) setelah kelompok lauk nabati (16%). Persen pencapaian energi untuk jenjang SD 58 % dari kebutuhan dan pencapaian protein sebesar 54 % dari kebutuhan. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan tingkat kecukupan energi dan protein dengan status gizi pada anak kelas v Sekolah Dasar Islam terpadu Al – Azhar Kediri.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah survey yang bersifat deskriptif analitik dengan menggunakan desain studi *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah anak kelas V di Sekolah Dasar Islam Terpadu Al - Azhar Kediri sebanyak 50 anak yang bersedia menjadi responden dalam penelitian dan berada di lokasi penelitian pada saat pengumpulan data. Asupan zat gizi diperoleh dengan menggunakan wawancara dan recall 24 jam, status gizi diperoleh dengan melakukan pengukuran antropometri yaitu Berat badan dan Tinggi badan kemudian dilakukan uji hipotesis *Chi Square Test*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Sekolah Dasar Islam Terpadu (SDIT) Al-Azhar Kota Kediri adalah sekolah yang pembelajarannya berada di sekolah sepanjang hari/full day school sepanjang hari, yang terletak di Jl. Taman Sari Gg. Masjid Nurul Huda, Kelurahan Tamanan, Kecamatan Mojojoto, Kota Kediri.

a. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik responden dalam penelitian ini dilihat berdasarkan jenis kelamin dan umur yang dapat dilihat pada Tabel dibawah ini :

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Total	
		n	%
1.	Laki-laki	26	52
2.	Perempuan	24	48
Jumlah		50	100

Sumber: Data Terolah, 2017

Tabel 1. menunjukkan bahwa jumlah anak laki – laki 26 responden (52%) lebih banyak dibandingkan anak perempuan berjumlah 24 siswa (48%).

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

No.	Umur	Total	
		n	%
1.	10 Tahun	30	60
2.	11 Tahun	19	38
3.	12 Tahun	1	14
Jumlah		50	100

Sumber : Data terolah, 2017

Tabel 2. menunjukkan bahwa distribusi kelompok umur 10 tahun terdapat 30 siswa (60%), umur 11 tahun 19 siswa (38%), dan umur 12 tahun 1 siswa (14%).

b. Tingkat Kecukupan Energi dan Protein pada Siswa Kelas V SDIT Al-Azhar Kediri

Berdasarkan hasil penelitian dengan wawancara dan metode *recall* konsumsi makanan 24 jam dapat dilakukan analisis tingkat kecukupan energi dan protein. Distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecukupan Energi dan Protein

No.	Tingkat Kecukupan Gizi	Tingkat Kecukupan			
		Energi		Protein	
		Total	Total	Total	Total
		n	%	n	%
1.	Defisit tingkat sedang	3	6	1	2
2.	Defisit tingkat ringan	1	22	1	32
3.	Normal	1	52	6	58
4.	Diatas kecukupan	2	20	2	8
		6		9	
		1		4	
		0			
	Jumlah	5	10	5	10
		0	0	0	0

Sumber : Data terolah, 2017

Tabel 3. diatas menunjukkan bahwa untuk tingkat kecukupan energi 6 % berada dalam kategori defisit tingkat sedang dengan jumlah frekuensi 3 siswa, 22% berada dalam kategori defisit tingkat ringan dengan jumlah frekuensi 11 siswa, 52% dalam kategori normal dengan jumlah frekuensi 26 siswa, dan 20% berada dalam kategori diatas kecukupan dengan jumlah frekuensi 10 siswa. Jadi dapat disimpulkan bahwa sebagian besar (52%) tingkat kecukupan energi siswa kelas V SDIT Al-Azhar Kediri berada dalam kategori normal. Sedangkan untuk tingkat kecukupan Protein 2 % berada dalam kategori defisit tingkat sedang dengan jumlah frekuensi 1 siswa, 32% berada dalam kategori defisit tingkat ringan sedang dengan jumlah frekuensi 16 siswa, 58% dalam kategori normal dengan jumlah frekuensi 29 siswa, dan 8% berada dalam kategori diatas kecukupan dengan jumlah frekuensi 4 siswa. Jadi dapat disimpulkan bahwa sebagian besar (58%)

tingkat kecukupan protein siswa kelas V SDIT Al-Azhar Kediri berada dalam kategori normal.

c. Distribusi Frekuensi Status Gizi

Pengukuran status gizi pada responden menggunakan indikator Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Status Gizi

No.	Status Gizi Indeks Massa Tubuh (IMT)	Total	
		n	%
1.	Kurus	6	12
2.	Normal	24	48
3.	Gemuk	14	28
4.	Obesitas	6	12
Jumlah		50	100

Sumber : Data Terolah 2017

Berdasarkan Tabel 4. Diketahui bahwa ada 6 siswa (12%) dengan status gizi kurus, 14 siswa (28%) dengan status gizi normal, 24 siswa (48%) dengan status gizi gemuk dan 6 siswa (12%) dengan status gizi obesitas.

d. Analisis Hubungan Tingkat Kecukupan Energi dengan Status Gizi pada Anak Kelas V Sekolah Dasar Islam Terpadu Al – Azhar Kediri.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Hubungan Tingkat Kecukupan Energi dengan Status Gizi pada Anak Kelas V Sekolah Dasar Islam Terpadu Al – Azhar Kediri

Status Gizi (IMT)	Tingkat Kecukupan Energi				Total
	Defisit tingkat sedang	Defisit tingkat ringan	Normal	Diatas kecukupan	
Kurus	3	3	0	0	6
normal	0	6	18	0	24
Gemuk	0	2	8	4	14
Obesitas	0	0	0	6	6
Total	3	11	26	10	50

Sumber : Data Terolah 2017

Hasil uji statistik terhadap data tersebut diatas menunjukkan hasil *Significancy2-tailed* = 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat kecukupan energi terhadap status gizi anak.

e. Analisis Hubungan Tingkat Kecukupan Protein dengan Status Gizi pada Anak Kelas V Sekolah Dasar Islam Terpadu Al – Azhar Kediri

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Hubungan Tingkat Kecukupan Protein dengan Status Gizi pada Anak Kelas V Sekolah Dasar Islam Terpadu Al – Azhar Kediri

Status Gizi (IMT)	Tingkat Kecukupan Protein				Total
	Defisit tingkat sedang	Defisit tingkat ringan	Normal	Diatas kecukupan	
Kurus	1	4	1	0	6
normal	0	5	17	2	24
Gemuk	0	7	5	2	14
Obesitas	0	0	6	0	6
Total	1	16	29	4	50

Sumber : Data Terolah 2017

Hasil uji statistik terhadap data tersebut diatas menunjukkan hasil *Significancy2-tailed* = 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat kecukupan protein terhadap status gizi anak.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Pahlevi (2012) yang dilakukan di SD 02 Ngesrep Banyumanik, Semarang dan dan Rendy Manuhutu pada siswa Sekolah Dasar Negeri 01 Limpakuwus menunjukkan adanya hubungan antara status gizi dan tingkat konsumsi energi dan adanya hubungan antara status gizi dan tingkat konsumsi protein. Begitupula dengan hasil penelitian Yulni (2013) pada anak sekolah dasar di wilayah pesisir kota makassar diketahui bahwa ada hubungan antara asupan energi ($P=0,034$), dengan status gizi menurut indikator IMT/U, tetapi tidak ada hubungan antara asupan protein ($P=0,349$).

Beberapa siswa memiliki tingkat kecukupan energi dan protein diatas kecukupan dengan status gizi gemuk, hal ini menunjukkan asupan makan siswa melebihi kebutuhan yang dianjurkan. Sebaliknya masih terdapat beberapa siswa yang memiliki tingkat kecukupan energi dan protein yang defisit dan status gizi dengan kategori kurus disebabkan asupan konsumsi energi dan protein kurang dari kebutuhan. Selain itu kurangnya jumlah, variasi makanan dan frekuensi makan siswa memberikan kontribusi negatif terhadap status gizi. Sebagian besar siswa memiliki pola makan yang hampir sama dalam satu hari. Pola makan merupakan perilaku seseorang dalam memilih makanan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bagi tubuhnya. Pola makan pada anak cenderung ditentukan oleh ibunya sejak lahir sebagai guru pertama.

Pol makan yang seimbang dengan memilih jenis makanan yang tepat dapat membantu mewujudkan status gizi yang optimal. Penyajian menu makan siang di SDI Al –Azhar meskipun sudah disesuaikan dengan porsi menurut umur tetapi berdasarkan pengamatan siklus menu yang disajikan kurang sesuai. Penyajian menu makan siang tidak mencerminkan gizi seimbang. Hal ini terlihat dari penyajian lauk hewani dan nabati secara bergantian dan penyajian buah hanya diberikan pada hari jumat dan sabtu saja. Hal ini menyebabkan asupan terutama Protein yang kurang. Kekurangan asupan protein

memberikan dampak yang kurang baik karena protein merupakan zat gizi yang paling erat hubungannya dengan proses-proses kehidupan. Konsumsi protein yang cukup akan mampu melakukan fungsinya untuk proses pertumbuhan.

SDIT Al – Azhar menerapkan sistem paguyuban kelas yaitu terdapat kelompok antara orang tua/ wali murid dengan guru kelasnya. Paguyuban ini merupakan media yang sangat membantu untuk berkomunikasi untuk membahas semua hal yang terjadi di sekolahan yang berhubungan dengan siswa, salah satunya adalah masalah makan anak baik di sekolah maupun saat di rumah. Guru juga sangat berperan untuk menyampaikan pesan gizi seimbang (PGS) yang telah mengganti slogan 4 sehat 5 sempurna. Konsumsi makanan seimbang harus memperhatikan prinsip 4 pilar yaitu aneka ragam pangan, perilaku hidup bersih, melakukan aktivitas fisik sesuai umur dan memantau berat badan sehingga dapat tercapai status gizi yang optimal. Hasil Penelitian anggraeni (2015) dan niken (2017) bahwa media film animasi dan komik sangat efektif digunakan untuk membantu penyampaian edukasi gizi seimbang.

4. KESIMPULAN

Ada hubungan antara tingkat kecukupan energi dan protein dengan status gizi hal ini menunjukkan bahwa asupan Energi dan protein siswa memberikan kontribusi terhadap terjadinya status gizi pada anak kelas V SDI Terpadu Al – Azhar Kediri.

Penelitian ini menunjukkan bahwa kecukupan energi dan protein anak berhubungan dengan status gizi sehingga diharapkan adanya pengaturan asupan makanan yang mengacu pada menu seimbang untuk mencapai status gizi yang optimal baik oleh orang tua maupun ahli gizi disekolah. Disamping itu diharapkan pihak sekolah menggiatkan monitoring dan evaluasi status gizi siswa disekolah untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan siswa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arisman, MB. 2009. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
2. Anggraeni, E. 2015. *Perbedaan Pengaruh Pelajaran Gizi Menggunakan Media*

- Animasi dan Ceramah Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Makan Buah dan Sayur Pada Anak Sekolah Dasar*. Tesis, universitas Sebelas Maret
3. Kemenkes RI. 2012. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta : Dirjen Bina Gizi Dan KIA.
 4. Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta : Dirjen Bina Gizi Dan KIA.
 5. Pahlevi, E, A., 2012, Determinan Status Gizi Pada Anak Sekolah Dasar, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, ISSN 1858-1196.
 6. Permenkes RI no 75 tahun 2013, Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Bagi bangsa Indonesia.
 7. Persagi.,2017. *Laporan South Est Asian Nutrition Surveys (SEANUTS) Indonesia*. Jakarta.
 8. Rendy M, *Pengaruh Ttingkat Kkonsumsi Energi, Protein, Lemak, dan Status Kecacingan terhadap Status Gizi pada Siswa SDN 01 limpakuwus*, jurusan kesehatan masyarakat fakultas ilmu-ilmu kesehatan universitas jenderal soedirman.
 9. Risesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
 10. Sulastri, D., 2012, Faktor Determinan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia Sekolah Di Kecamatan Lubuk Kilangan Kota Padang, *Majalah Kedokteran Andalas*, Vol 36: No.145;50.
 11. Supariasa, I.D.N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2013. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC, ISBN : 979-448-546-2
 12. Yulni., 2013, *Hubungan Asupan Zat Gizi Makro Dengan Status Gizipada Anak SD di Wilayah PesisirKota Makassa*. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

KENAIKAN BERAT BADAN IBU HAMIL DENGAN BERAT LAHIR BAYI**Dhonna Anggreni**Prodi D3 Kebidanan, StiKes Majapahit
email: dhonnaanggreni@gmail.com**Abstract**

Pregnancy is an important life period. With the occurrence of pregnancy, all body systems including pregnant women's weight gain undergo fundamental changes that can support the development and growth of the fetus in the womb. The purpose of this study was to examine the relationship of weight gain of pregnant women with birth weight. This type of research is an analytical research with cross sectional design. Independent variable of research is weight gain of pregnant mother, dependent variable of this research is baby birth weight. The population of this study is all mothers with newborns in BPM Ni'mah Mazhumi, in July-August 2017 that is as many as 40 people. Sampling technique using simple random sampling. The number of samples taken is 35 people. Data analysis was done by Fisher Exact. Fisher Exact test results obtained p value (0.007) and coefficient contingency of 0.453. It was concluded that there was a relationship between maternal weight gain and infant birth weight, and the relationship between the two strong variables. Early weight / before pregnancy and weight gain of pregnant women need to get attention especially by mother and health worker because mother's weight will affect fetus growth in uterus.

Keywords: *Maternal weight gain, baby's birth weight*

1. PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan masa kehidupan yang penting. Masa ini dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2002 : 89). Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem tubuh termasuk peningkatan berat badan ibu hamil mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim (Manuaba, 1998 : 106).

Bayi sehat adalah modal utama untuk mewujudkan manusia berkualitas. Keadaan ibu sebelum dan selama hamil akan menentukan kondisi dan berat bayi yang akan dilahirkan. Ibu dengan berat badan yang kurang selama kehamilan dapat berisiko terjadinya perdarahan, keguguran, berat bayi lahir rendah, prematur dan kematian pada ibu dan bayi (Fajrina,A, 2012)

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Timur tahun 2015 didapatkan kejadian BBLR di Provinsi Jawa Timur sebanyak 0,3% dari total 585.052 kelahiran hidup. Untuk Kabupaten Mojokerto pada tahun 2015 terdapat kejadian BBLR sebesar 0,4 % dari 17.029 seluruh kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015). Tahun

2016 didapat kejadian BBLR di Kabupaten Mojokerto sebesar 590 kasus (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto, 2016).

Kelebihan berat badan ataupun kekurangan berat badan pada ibu hamil dapat menghambat perkembangan janin. Makin tinggi bertambahnya berat badan ibu hamil ada kemungkinan janin akan mengalami makrosomia. Bila berat badan ibu yang rendah selama kehamilan akan menyebabkan tubuh kembang janin mengalami hambatan sehingga jadi intrauterine growth retardation, persalinan prematuritas dan berat badan lahir rendah untuk masa gestasinya (Manuaba, 2007 : 664).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh sekolah kesehatan masyarakat Harvard secara dramatis menunjukkan bagaimana status kesehatan bayi pada saat lahir berhubungan erat dengan diit ibu selama kehamilan. Pada ibu-ibu yang diitnya baik sampai istimewa, 95% dari bayi balita dengan kesehatan yang tergolong baik dan istimewa, diit ibu sendiri dapat mempengaruhi berat badan ibu yang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi BBL, sehingga kurangnya berat badan ibu hamil memungkinkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Eisenberg,. 1996 : 89).

Berdasarkan hasil penelitian Charles Budiman di RSUP Dr. Karyadi Semarang,

didapatkan hasil adanya korelasi antara berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi. Dengan uji statistik, didapatkan hasil berupa arah korelasi positif dan kekuatan korelasi sedang ($r=0,463$) dengan $p<0,01$ (Budiman C, 2011)

Berdasarkan latar belakang tersebut tujuan penelitian ini adalah untuk meneliti hubungan kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi

1. KAJIAN LITERATUR

a. Konsep dasar kehamilan

Kehamilan adalah peristiwa yang dimulai dan konsepsi (pembuahan) dan berakhir dengan permulaan persalinan. Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh di dalam rahim ibu, dan selanjutnya dapat dijelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya janin sesuai usia kehamilan, pada setiap dilakukan pemeriksaan kehamilan (Muhimah, 2010:13).

b. Konsep dasar kenaikan berat badan ibu hamil

Kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat badan normal sebaiknya berkisar antara 12-14 kg. Jika sebelum hamil berat badan ibu termasuk rendah atau kurang, maka berat badan ketika hamil harus naik lebih banyak, yaitu antara 12,5-18 kg. Sementara itu, untuk ibu yang memiliki berat badan berlebih, ketika hamil sebaiknya lebih berhati-hati. Jangan sampai kelebihan berat. Pertambahan berat badan ideal untuk ibu yang memiliki berat lebih sebelum hamil sebaiknya antara 7-11,5kg saja (Aneu, 2010 : 12).

Tabel 1. Komponen pertambahan berat badan

Komponen Pertambahan Berat Badan Ibu Selama Hamil	
Jaringan ekstrauterin	1 kg
Janin	3 – 3.8 kg
Cairan Amnion	1 kg
Plasenta	1 – 1,1 kg
Payudara	0,5 – 2 kg

(Salmah, 2006)

c. Konsep dasar berat lahir bayi

Berat badan bayi lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir.

Menurut Prawirohardjo (2002) klasifikasi berat badan bayi baru lahir dapat dibedakan atas

- 1). Bayi dengan berat badan normal, yaitu > 2500.
- 2). Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu antara 1500 gram – 2500 gram.
- 3). Bayi dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR), dimana berat lahirnya adalah < 1500 gram.
- 4). Bayi dengan berat badan lahir ekstrem rendah (BBLER), dimana berat lahirnya adalah < 1000 gram.

d. Pengaruh kenaikan berat badan ibu terhadap janin

Menurut Manuaba (2007 : 664) Berat badan semula / sebelum hamil dan pertambahan berat badan ibu hamil perlu mendapatkan perhatian. Makin tinggi bertambahnya berat badan ibu hamil, ada kemungkinan janin akan mengalami makrosomia. Berat badan ibu yang rendah akan menyebabkan tumbuh-kembang janin mengalami hambatan seperti Intrauterine growth retardation, persalinan prematuritas, berat badan lahir rendah untuk masa gestasinya.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan metode analitik dengan rancang bangun menggunakan pendekatan “*Cross Sectional*”. Variabel independen pada penelitian adalah kenaikan berat badan ibu hamil dan variabel dependent pada penelitian ini adalah berat lahir bayi.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu dengan bayi baru lahir di BPM Ni'mah Mazhumi, pada bulan Juli-Agustus 2017 yaitu sebanyak 40 orang. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *simple random sampling*. Berdasarkan rumus yang ada, jumlah sampel yang diambil adalah sebesar 35 orang.

Data dikumpulkan menggunakan lembar observasi dengan mencatat kenaikan berat badan ibu selama hamil dan berat lahir bayi. Setelah data terkumpul dilakukan analisa data dilakukan dengan uji dengan *Fisher Exact*

untuk mengetahui hubungan kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi frekuensi usia ibu hamil di BPM Ni'mah Mazhumi

Usia	Jumlah	Persentase
20-25 Tahun	5	14,2
26-30 Tahun	27	76,9
31-35 Tahun	3	8,5
Total	35	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil yang datang berusia 26-30 tahun (76,9%)

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kenaikan berat badan ibu hamil di BPM Ni'mah Mazhumi

Penambahan berat badan ibu saat hamil	f	%
Kurang	11	31,4
Normal	24	68,6
Lebih	0	0
Jumlah	35	100

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah kenaikan berat badan ibu selama hamil adalah normal (68,6%)

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan berat lahir bayi di BPM Ni'mah Mazhumi

Berat Lahir Bayi	f	%
Kurang	6	17,1
Normal	29	82,9
jumlah	35	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas bayi tidak mengalami berat badan kurang yaitu sebanyak 29 orang (82,9%).

Tabel 4. Tabulasi silang kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi di BPM Ni'mah Mazhumi

Kenaikan Berat Badan ibu	Berat Badan Bayi				Total	
	Kurang		Normal			
	f	%	f	%	f	%
Kurang	5	45,5	6	54,5	11	100
Normal	1	4,2	23	95,8	24	100
Total	6	17,1	29	82,9	35	100
<i>exact p</i> = 0,007 <i>coefficient contingency</i> = 0.453						

Hasil uji *Fisher Exact* didapatkan nilai *p* (0,007) dan *coefficient contingency* sebesar 0,453. Disimpulkan bahwa ada hubungan antara kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi, dan hubungan kedua variabel kuat.

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah kenaikan berat badan ibu selama hamil adalah normal. Ibu hamil harus memiliki berat badan yang normal karena akan berpengaruh terhadap anak yang akan dilahirkannya. Selama kehamilan, penambahan berat badan secara langsung berhubungan dengan bayi, plasenta, cairan ekstra, dan lain-lain. Sisanya terdiri dari jumlah lemak yang bertambah dalam tubuh ibu (Sinclair, 2010).

Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan yaitu adanya oedema, proses metabolisme, pola makan, muntah atau diare dan merokok (Salmah, 2006).

Pengawasan berat badan merupakan hal penting untuk ibu hamil, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan. Jadi ibu harus mengkonsumsi bahan makanan yang cukup dan banyak mengandung protein baik hewani dan nabati (Dewi AP, 2009)

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa sebagian besar berat lahir bayi adalah normal.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi berat lahir bayi. Beberapa diantaranya adalah faktor lingkungan internal ini meliputi umur ibu, jarak kehamilan/kelahiran, paritas, kadar hemoglobin, status gizi ibu, pemeriksaan kehamilan, dan penyakit pada saat kehamilan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi. Hal ini sama dengan penelitian ini dilaporkan oleh Kalnensa Ayundasari (2017) sebagian besar ibu yang memiliki penambahan berat badan normal sesuai dengan IMT sebelum hamil memiliki bayi dengan kondisi berat lahir normal dan ibu yang memiliki penambahan berat badan kurang sesuai dengan IMT sebelum hamil memiliki bayi dengan kondisi berat lahir rendah.

Pertambahan berat badan selama kehamilan di Indonesia pada umumnya rendah (<10 kg), padahal penambahan berat badan tersebut merupakan indikator pertumbuhan

janin yang penting. Berat badan ibu sebelum hamil dan penambahan berat badan selama hamil merupakan penentu utama berat bayi saat lahir. Wanita dengan berat badan rendah (misalnya <55 kg) sebelum hamil yang mencapai sedikit kenaikan berat badan (<4500 gram) selama hamil mempunyai insiden lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan ibu-ibu dengan berat badan lebih besar yang mencapai lebih banyak kenaikan berat badan selama hamil (Benson, 2009 : 135).

Kalau pertambahan berat badan ketika hamil tidak signifikan dengan pertumbuhan dan perkembangan janin, seorang ibu dapat berisiko melahirkan bayi yang memiliki berat badan rendah atau BBLR (berat bayi lahir rendah) (Aneu, 2010 : 12-13).

Menurut Budiman (2011), semakin berat badan ibu hamil, semakin bertambah juga berat bayi lahir. Berat badan ibu hamil merupakan komponen hasil penjumlahan berat badan ibu sebelum hamil dan kenaikan berat badan selama kehamilan. Kenaikan berat badan selama kehamilan merupakan gambaran laju pertumbuhan janin dalam kandungan yang perlu diperhatikan, karena kenaikan berat badan yang kurang maupun berlebih dapat menimbulkan permasalahan yang serius bagi ibu dan bayinya.

Berat badan semula/sebelum hamil dan pertambahan berat badan ibu hamil perlu mendapatkan perhatian karena terdapat hubungan yang jelas dengan berat dan tubuh kembang janin dalam uterus. Makin tinggi bertambahnya berat badan ibu hamil ada kemungkinan janin akan mengalami makrosomia. Selain itu berat ibu yang rendah akan menyebabkan gangguan tubuh kembang janin.

4. KESIMPULAN

Terdapat hubungan antara kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat lahir bayi.

REFERENSI

1. Adiba Fajrina Skripsi. 2012. *Hubungan Pertambahan Berat Badan Selama Hamil Dan Faktor Lain Dengan Berat Badan Lahir Di Rumah Bersalin Ciampea Bogor Tahun 2011-2012*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
2. Aneu Garwati dan Ika Wijayati. 2010. *Langkah Mudah Membentuk Tubuh Ideal*. Yogyakarta. Jogja Great Publisher
3. Budiman, C. 2011. *Korelasi Antara Berat Badan Ibu Hamil dengan Berat Bayi*. Artikel Karya Tulis Ilmiah. Undip. 2011
4. CDC, 2009, Joyce, dkk, 2012, Kemenkes 2014
5. Dewi AP, 2009. *Hubungan Antara Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD DR. Moewardi Surakarta*. Karya Tulis Ilmiah. Universitas Sebelas Maret. Surakarta
6. Dinkes Kabupatern Mojokerto. 2016. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto*. Dinkes Kab. Mojokerto. Dinkes
7. Dinkes Jawa Timur. 2015. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur* Dinkes Prov. Jawa Timur. Dinkes
8. Eisenberg, Arlene 1996. *Kehamilan Apa Yang Anda Hadapi Bulan Perbulan*. Arcan. Jakarta : 89 – 165.
9. Manuaba, IBG. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta. EGC
10. Manuaba, Ida Bagus Gde 1998. *Ilmu Kebidanan, penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. EGC. Jakarta : 106. Aa
11. Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Ilmu Kebidanan*. YBP-SP. Jakarta : 522 – 775
12. Salmah. 2006. *Asuhan Kebidana Antenatal*. EGC. Jakarta : 61.
13. Sinclair, Constance. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta. EGC
14. Sri Wahyuni1, Yeti Kadariyah, 2011. *Hubungan Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil Dengan Berat Badan Bayi Baru Lahir di BPS Bakti Sayekti Tarubasan Karanganyar Klaten*, Jurnal Involusi Kebidanan, Vol. 1, No. 1, 20-31.

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

(di Unit Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya)

Dwi Ernawati¹, Diah Arini², M. Hendrik Haryono³

¹Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

Email: Dwiernawati@stikeshangtuah-sby.ac.id

²Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

Email: Diyaharini@stikeshangtuah-sby.ac.id

³Perawat IGD RSU Haji Surabaya

Email: hendrickerss@gmail.com

Abstract

Safety incidents in hospitals are increasing in several hospitals across Indonesia even though KTD and KNC incidents are not reported. The aim of this research is to know the factors related to Patient Safety Incident in Emergency Ambulance Service Unit of RSU Haji Surabaya. The research design was used cross sectional approach. The independent variables in this research are individual nurse characteristic factor (level of education, work experience, and age), environmental and organizational factors (communication, Standard Operational Procedure) with dependent variable ie Safety Incident. Sampling using simple random sampling method from the population of 25 respondents and taken sample 24 respondents. Instrument using questionnaire sheet. The test used is Chi-Square test. The results showed that there was a correlation between age, education level, length of service in the hospital, nurse communication with patient safety incidents and no relationship between the working period in the AGD, nurse cooperation, Standart Procedure Operasional, and comfort with patient safety incidents. Efforts that can be done is the Hospital should renew Standart Procedure Operasional in order to facilitate all procedures of Ambulance service RSU Haji Surabaya and can improve the quality of service with attention to patient safety.

Keywords : Patient Safety Incident, KNC, KTD

1. PENDAHULUAN

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) merupakan isu global yang paling penting saat ini, banyak laporan tuntutan pasien atas *medical error* yang terjadi pada pasien. Keselamatan pasien Rumah Sakit adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi Assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari individu, dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang di sebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya di ambil (Depkes RI, 2008)

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya di sebut insiden yaitu setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien terdiri

dari Kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian Nyaris Cidera (KNC) (KKPRS, 2007). Terjadinya insiden keselamatan di RS, akan memberikan dampak yang merugikan bagi RS, staf, dan pasien khususnya, karena sebagai penerima layanan kesehatan, adapun dampak yang ditimbulkan lainnya adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan, rendahnya kualitas atau mutu yang diberikan, karena keselamatan pasien merupakan bagian dari mutu (Cahyono, 2008)

Depkes RI (2008) menggambarkan ada 8 faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien yaitu Faktor eksternal RS, Faktor organisasi dan Manajemen, Lingkungan Kerja, kerjasama tim, petugas, beban kerja, dan komunikasi.

Kejadian Nyaris Cidera (KNC) merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*Commission*) atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya di ambil (*ommission*) yang dapat menciderai pasien, tetapi cedera serius tidak

terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan, atau peringanan (KPP-RS, 2008). Lebih jauh dikatakan KNC merupakan suatu kejadian yang berhubungan dengan keamanan pasien yang berpotensi atau mengakibatkan efek di akhir pelayanan yang dapat dicegah sebelum konsistensi aktual terjadi atau berkembang (Aspden, 2004)

Kejadian tidak diharapkan (KTD) merupakan kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*ommission*) dan bukan karena underlying disease atau kondisi pasien (KKP-RS, 2008). KKP-RS (2008) mendefinisikan KTD sebagai kejadian yang tidak diduga atau tidak diharapkan tetapi menimbulkan cedera, kerugian atau kecelakaan.

Salah satu bidang garap keperawatan yang saat ini menjadi tren adalah layanan pre hospital care. Menghadapi tuntutan kebutuhan dan perkembangan ilmu kegawatdaruratan di masa depan, pengembangan kompetensi keperawatan sangat diperlukan, termasuk didalamnya kemampuan kognitif, interpersonal maupun skill perawat, terutama perawat pelaksana di RS. Situasi tersebut menggambarkan bahwa keberadaan ambulans gawat darurat merupakan sarana yang sangat dibutuhkan masyarakat sebagai perpanjangan tangan pelayanan gawat darurat di RS yang tentunya dengan sarana dan prasarana serta sumber daya yang terampil, dapat melakukan tindakan gawat darurat cepat, dan tepat dilokasi kejadian ataupun dalam ambulans dengan respons time kurang dari 30 menit. Kondisi tersebut membutuhkan standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat dalam ambulans sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat,

dan tujuan tersebut dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, dan sumber daya manusia.

KTD dan KNC di Indonesia masih sulit dilaporkan datanya (KKPRS, 2008). Laporan insiden keselamatan pasien pada tahun 2007 ditemukan bahwa Daerah Khusus Ibukota Jakarta menempati urutan pertama yaitu 37,9 % diantara 8 propinsi lainnya (Jawa tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8 %, Jawa Timur 11,7 %, Sumatera selatan 6,9 %, Jawa barat 2,8 %, Bali 1,4 %, Aceh 10,7 %, dan Sulawesi Selatan 0,7 %. Pelaporan KTD dan KNC juga didapatkan.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan ambulans gawat darurat Rumah Sakit Haji Surabaya. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan antara faktor faktor yang berhubungan dengan insiden keselamatan pasien di RSU Haji Surabaya.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat Ambulans yang memberikan layanan Ambulans Gawat Darurat Sakit Umum Haji Surabaya. Teknik sampling menggunakan *probability sampling* dengan pendekatan *Simple Random Sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan kuisioner. Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor karakteristik individu perawat (tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan umur), faktor lingkungan dan organisasi (komunikasi, Standar Prosedur Operasional) dengan variabel dependen yaitu Insiden Keselamatan Pasien. Penelitian ini menggunakan uji *Chi Square*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Hubungan Antara Pendidikan Dan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Pendidikan Perawat	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	D III	4	26,7	11	73,3	15	100
2.	S1 / D IV	6	66,7	3	33,3	9	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Tabel 2. Hubungan Antara Masa Kerja Di RSUD Haji Surabaya Dan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Masa Kerja di RS Haji	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	<5 tahun	5	62,5	3	37,5	8	100
2.	6-10 tahun	3	37,5	5	62,5	8	100
3.	>11 tahun	2	25,0	6	75,0	8	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Hubungan Antara Masa Kerja Di Ambulans Gawat Darurat Dengan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Masa Kerja di AGD	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	<5 tahun	7	63,3	4	36,4	11	100
2.	6-10 tahun	3	23,1	10	76,9	13	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Hubungan Antara Usia Dengan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Usia	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	Dewasa Muda	8	53,8	6	46,2	14	100
2.	Dewasa Tua	2	20,0	8	80,0	10	100
	Jumlah	9	39,1	14	60,9	24	100

Hubungan Antara Kerjasama Dengan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Kerjasama	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	Cukup	7	77,8	2	22,2	9	100
2.	Baik	3	20,0	12	80,0	15	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Hubungan Antara Komunikasi Dengan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Komunikasi	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	Cukup	5	71,4	2	28,6	7	100
2.	Baik	5	29,4	12	76,6	17	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Hubungan Antara SPO Dan Insiden Keselamatan Pasien

No.	SPO	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	Cukup	5	100	0	0	5	100
2.	Baik	5	26,3	14	73,7	19	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Hubungan Antara Kenyamanan Ambulans Dan Insiden Keselamatan Pasien

No.	Kenyamanan Ambulans	IKP				Frekuensi	
		Negatif		Positif			
		n	%	n	%	n	%
1.	Tidak	7	63,6	4	36,4	11	100
2.	Nyaman	3	23,1	10	76,9	13	100
	Jumlah	10	41,7	14	58,3	24	100

Insiden keselamatan pasien tidak terjadi hanya karena satu atau dua penyebab melainkan banyak penyebab yang bisa berkontribusi, mulai dari system yang menggerakkan pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana sampai dengan kinerja perseorangan yang bersentuhan langsung dengan pasien, yang kesemuanya berkolaborasi sehingga insiden tidak dapat dicegah. Demikian pula pada pengendaliannya, satu variabel yang berisiko menyebabkan insiden keselamatan pasien harus dikendalikan secara menyeluruh meliputi system dan lingkungan yang melingkupinya. Pada penelitian ini dilakukan analisis terhadap delapan variabel, yaitu usia, pendidikan, masa kerja di RS, masa kerja di AGD, kerjasama, komunikasi, SPO, kenyamanan tempat kerja. Dari kedelapan variabel tersebut terdapat empat variabel yang menjadi penyebab insiden keselamatan pasien (IKP) yakni masa kerja di AGD, kerjasama, SPO, dan kenyamanan tempat kerja, empat variabel lainnya tidak menjadi penyebab bisa jadi hubungan pula dengan terjadinya insiden keselamatan pasien akan tetapi dapat dikendalikan oleh system dan lingkungan yang ada disekitarnya.

3.1. Analisis antara Umur dan Insiden Keselamatan Pasien

Semakin meningkatnya usia perawat maka terjadinya IKP semakin kecil, sementara semakin muda usia perawat maka terjadinya IKP semakin besar. Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara umur dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai alfa (α) > nilai signifikansi yaitu 0,099, maka H_0 diterima, yang artinya tidak ada hubungan antara umur dengan insiden keselamatan pasien. Hasil tersebut tidak sesuai dengan teori, yakni umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan dan maturasi dalam arti meningkatnya umur akan meningkatkan pula kedewasaan atau kematangan secara teknis dan psikologis, serta

semakin mampu melaksanakan tugasnya (Siagian, 2006). Semakin bertambahnya umur maka akan semakin meningkat kepuasan kerja dan semakin berprestasi. Hal ini juga tidak sesuai atau tidak sejalan dengan teori siagian (2006) yang menyatakan bahwa usia dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Sehingga dapat diartikan bahwa semakin dewasa usia perawat, maka semakin baik kinerjanya dalam memberikan layanan ambulans gawat darurat atau tidak menyebabkan insiden keselamatan pasien.

3.2. Analisis antara Pendidikan dan Insiden Keselamatan Pasien

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikannya pada pendidikan formal keperawatan minimal lulusan D3 keperawatan. Latar belakang pendidikan akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam pekerjaannya (Anugrahini 2010). Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara pendidikan dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai alfa (α) > nilai sig yaitu 0,054, maka H_0 diterima, yang artinya tidak ada hubungan antara pendidikan dengan insiden keselamatan pasien. Hal ini tidak sesuai dengan teori, yaitu semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan (sigian, 2006). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) mengungkapkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Namun demikian, hal tersebut tidak terbukti pada penelitian ini. Hal ini bisa disebabkan karena pendidikan perawat pelaksana di pelayanan ambulans gawat darurat kebanyakan lulusan D3. Tetapi dalam bekerja dilayanan ambulans tidak hanya pendidikan formal saja yang harus dimiliki oleh perawat melainkan harus dilengkapi dengan berbagai pelatihan-pelatihan yang mendukung terhadap

pekerjaan yang tidak didapatkan selama menjalankan pendidikan. Selain itu, terdapat system yang menjadi sarana terjadinya transfer wawasan dan skill antara satu perawat dengan yang lain, dalam hal ini adalah operan dari shift ke shift, dimana terjadi diskusi mengenai masalah dalam layanan ambulan gawat darurat yang perlu datasi pada saat itu.

3.3. Analisis antara Masa Kerja di RS dan Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara masa kerja di RS dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai $\alpha > \text{nilai sig}$ yaitu 0,301, maka H_0 diterima, yang artinya tidak ada hubungan antara masa kerja di RS dengan insiden keselamatan pasien. Menurut Anugrahini (2010) pengalaman kerja menjadi salah satu faktor kunci dalam keselamatan pasien di rumah sakit. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Anugrahini (2010), pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Hal ini pun tidak sesuai atau sejalan dengan hasil penelitian dimana pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kejadian insiden keselamatan pasien. Harusnya pengalaman kerja menjadi faktor yang berhubungan secara signifikan pada kejadian insiden keselamatan pasien karena ada kecenderungan dimana perawat yang telah bekerja lama di layanan ambulan gawat darurat memiliki kemampuan lebih baik dalam melakukan asuhan dan layanan yang aman bagi pasien. Pengalaman kerja di rumah sakit tidak menjadi patokan perawat memiliki pengetahuan, keterampilan dan tingkah laku dalam bekerja dilayanan ambulan gawat darurat, hal ini disebabkan karena perawat yang lebih senior malas untuk merujuk atau melakukan layanan ambulan gawat darurat dikarenakan proses rujukan ribet dan membutuhkan waktu lama.

3.4. Analisis antara Masa Kerja di AGD dan Insiden Keselamatan Pasien

Siagian (2006) menggambarkan pengalaman kerja menjadi salah satu faktor kunci dalam keselamatan pasien di rumah sakit. Demikian pula pada penelitian yang dilakukan Anugrahini (2010), pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap asuhan keperawatan yang aman bagi pasien. Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara

masa kerja di AGD dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai $\alpha < \text{nilai sig}$ yaitu 0,045, maka H_0 ditolak, yang artinya ada hubungan antara masa kerja di AGD dengan insiden keselamatan pasien.. Hal ini pun sesuai atau sejalan dengan hasil penelitian dimana pengalaman kerja menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kejadian insiden keselamatan pasien. Pengalaman kerja menjadi faktor yang berhubungan secara signifikan pada kejadian insiden keselamatan pasien karena ada kecenderungan dimana perawat yang telah bekerja lama di layanan ambulan gawat darurat memiliki kemampuan lebih baik dalam melakukan asuhan dan layanan yang aman bagi pasien. Pengalaman kerja berkaitan dengan pengalaman seseorang, dan pengalaman sangat dibutuhkan dalam memberikan layanan ambulan kepada pasien. Pengalaman kerja yang dimiliki oleh perawat akan memberikan kemampuan berupa pengetahuan, keterampilan, dan tingkah laku pada perawat tersebut yang menunjangnya dalam bekerja. Dengan pengalaman kerja lebih lama tentunya perawat akan memiliki pengalaman yang lebih lama pula dalam menangani pasien dengan berbagai permasalahan yang dihadapinya. Selain itu karena pengalaman yang telah banyak dimiliki membuat perawat lebih terampil dan berhati-hati agar asuhan keperawatan dan layanan ambulan yang dilakukan tidak menimbulkan cedera pada pasien.

3.5. Analisis antara Kerjasama dan Insiden Keselamatan Pasien

Kerja sama tim merupakan suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran kinerja dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama (Cahyono, 2008). Kerjasama merupakan bentuk attitude dari perawat dalam bekerja di dalam tim karena membuat individu saling mengingatkan, mengoreksi, berkomunikasi sehingga peluang terjadinya kesalahan dapat dihindari. Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara kerjasama dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai $\alpha < \text{nilai sig}$ yaitu 0,005, maka H_0 ditolak, yang artinya ada hubungan antara kerjasama dengan insiden keselamatan pasien.. Dalam penelitian ini

kerjasama juga menjadi faktor yang bermakna pada terjadinya insiden keselamatan pasien. Faktor kerjasama menjadi indikator bahwa perawat yang memiliki persepsi kurang baik terhadap kerjasama memiliki kecenderungan menyebabkan insiden keselamatan pasien tiga kali lebih besar dari perawat yang memiliki persepsi sebaliknya. Hasil penelitian ini sejalan dengan kenyataan dilapangan bahwa dalam melakukan layanan ambulan kepada pasien, perawat melakukannya hanya kepada pasien, perawat melakukannya hanya kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Setiap perawat memiliki tanggung jawab dan tugasnya tersendiri dalam melakukan layanan ambulan gawat darurat, kerjasama anatar perawat dan dengan profesi lain dalam melakukan layanan ambulan gawat darurat dapat meningkatkan keselamatan pasien, sehingga insiden keselamatan pasien berkurang atau kecil.

3.6. Analisis antara Komunikasi dan Insiden Keselamatan Pasien

Anugrahini (2010) mengungkapkan masalah komunikasi seperti kegagalan komunikasi verbal dan non verbal, miskomunikasi anatar staf, antar shift, komunikasi yang tidak terdokumentasi dengan baik, merupakan hal yang dapat menimbulkan kesalahan. Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara komunikasi dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai alfa (α) > nilai sig yaitu 0,058, maka H_0 diterima, yang artinya tidak ada hubungan antara komunikasi dengan insiden keselamatan pasien.. Penelitian yang dilakukan oleh Anugrahini (2010) menyatakan bahwa buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden atau kejadian yang tidak diharapkan yang dialami oleh pasien yang dapat berdampak pada kematian pasien. Anugrahini (2010) menyatakan bahwa kualitas komunikasi ditentukan oleh karakter empat elemen komunikasi yaitu sumber, pesan, saluran dan penerima karakter sumber atau yang berinisiatif yang mempengaruhi keefektifan adalah keahlian berkomunikasi, pengetahuan, sikap, dan latar belakang budaya. Dalam hal ini sumber komunikasi yang dilakukan dalam layanan ambulan cukup, dimana ada buku laporan permintaan layanan ambulan gawat darurat, operan tiap shift kerja, akan tetapi

faktor komunikasi pada penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan terjadinya insiden keselamatan pasien di layana ambulan. Dari sekian IKP yang dilaporkan, pernah terjadi maslah komunikasi yang menyebabkan terjadinya IKP yang disebabkan kurang lengkapnya pengisian rekam medis sehingga menimbulkan persepsi yang salah dari perawat terhadap kondisi pasien yang sebenarnya. Dengan demikian, meski secara statistic komunikasi tidak memiliki hubungan yang bermakna pada kejadian IKP akan tetapi variable ini tetap perlu diperhatikan untuk menjaga keamanan pada layanan ambulan gawat darurat.

3.7. Analisis antara SPO dan Insiden Keselamatan Pasien

Peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan pasien melalui transformasi lingkungan keperawatan yang lebih mendukung keselamatan pasien dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan (IOM, 2000). Rumah sakit ini telah lama memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur pelaksanaan layanan ambulan gawat darurat secara tertulis dan detail. Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara SPO dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai alfa (α) < nilai sig yaitu 0,003, maka H_0 ditolak, yang artinya ada hubungan antara SPO dengan insiden keselamatan pasien. Hal ini dapat nenunjukkan bahwa SPO cukup terinternalisasi pada perawat sehingga mendukung terhadap pelaksanaan pekerjaan. Namun demikian terlihat bahwa penyediaan SPO untuk layanan ambulan tidak bisa didapatkan dengan mudah atau tersedia di meja pelayanan, tetapi perawat ambulan sudah banyak mengerti isi dan prosedur tentang semua layanan yang ada di ambulan gawat darurat. Hasil penelitian zamzara dkk (2015) menggambarkan kepatuhan perawat terhadap SPO yang di buat oleh RS dalam kategori cukup akan tetapi yang menjadi kendala adalah bahwa SPO kadangkala tidak di revisi sesuai kebutuhan pasien.

3.8. Analisis antara Kenyamanan Tempat Kerja dan Insiden Keselamatan Pasien

Faktor kenyamanan meliputi pencahayaan, tingkat kebisingan, temperature atau suhu ruangan, susunan tata ruang, dan

ventilasi. Pengelolaan tersebut harus benar-benar memikirkan standar keselamatan baik bagi pasien maupun keselamatan staf dengan memperhatikan syarat-syarat kesehatan lingkungan seperti yang sudah diatur di dalam Permenkes Nomor 1204/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Berdasarkan hasil uji Chi-Square antara kenyamanan tempat kerja dengan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan, didapatkan nilai $\alpha < \text{nilai sig}$ yaitu 0,045, maka H_0 ditolak, yang artinya ada hubungan antara kenyamanan tempat terjadinya insiden keselamatan pasien. Dari hasil data yang didapat kenyamanan kurang sebesar 50% dengan ditunjukkannya nilai IKP yang Kurang juga menunjukkan angka 41,67% menunjukkan bahwa kondisi yang kurang nyaman dapat menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Hal ini ditunjukkan dari tempat layanan atau sarana prasarana di layanan ambulan kurang, misalnya berangkat atau *trolley* ambulan yang sudah mulai rusak, *strapping* atau sabuk keselamatan tidak semua ada di ambulan, dan ada beberapa ambulan yang sudah tidak memenuhi syarat untuk melakukan layanan ambulan gawat darurat.

5. KESIMPULAN

Tidak ada hubungan antara umur terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tidak ada hubungan antara pendidikan terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tidak ada hubungan antara masa kerja di rumah sakit terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Ada hubungan antara masa kerja di AGD terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Ada hubungan antara kerjasama terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tidak ada hubungan antara komunikasi terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Ada hubungan antara SPO terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Ada hubungan antara kenyamanan terhadap insiden keselamatan pasien yang menggunakan layanan Ambulans Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

Rumah Sakit hendaknya memperbaharui SPO RS agar dapat memfasilitasi seluruh prosedur layanan Ambulans Gawat Darurat RSU Haji Surabaya dan dapat meningkatkan kualitas layanan dengan memperhatikan keselamatan pasien.

REFERENSI

1. Anugrahini, C. (2010). *Hubungan Faktor Individu dan Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam menerapkan Pedoman Patient safety di RSAB Harapan Kita*. Jakarta. Tesis FIK UI
2. Aspden (2004). *Patient Safety*. Jakarta. Salemba Medika.
3. Cahyono, J.B. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta : Kanisius
4. Depkes RI, (2008). *Penanggulangan tindakan keselamatan pasien*. Jakarta. Kemenkes RI
5. KKPRS, (2008). *Keselamatan Pasien Di RS*. Jakarta. Kemenkes
6. Robbins (2003). *Keselamatan Pasien*. Jakarta. Salemba Medika.
7. Siagian, (2006). *Pengelolaan tindakan untuk keselamatan pasien*, Jakarta. EGC
8. Zamzara, Rezza F., Dwi Ernawati, Ari Susanti. 2015. *Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Waktu Pengeluaran Kolostrum Ibu Post Partum Sectio Caesar*, Jurnal Ilmiah Kesehatan Vol. 8 No.2, Agustus 2015, diterbitkan UNUSA, ISSN : 1978 - 6743, hal 229-241, 13 halaman.

9. <http://journal.unusa.ac.id/index.php/jhs/article/download/75/67> di unduh 1 Maret 2017 jam 03.30.

PENGETAHUAN IBU TENTANG *MONOSODIUM GLUTAMATE* MAKANAN PADA ANAK PRASEKOLAH DI TK. NUANSA PERTIWI 2 SIDOREJO

Widy Setyowati, M.Kep

Program Studi D3 Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto

Abstract

Anak prasekolah pada usia 4-6 tahun akan mulai aktif dalam belajar mencari pengalaman baru dan mau mengambil keputusan sendiri khususnya dalam memilih jajan makanan ringan. Tanpa sepengetahuan orang tua, makanan tersebut mengandung bahan kimia berbahaya yaitu *Monosodium Glutamate*. Penelitian ini menggunakan metode “*descriptive*” yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau diskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) di TK Nuansa Pertiwi 2 yang berjumlah 91 orang. Teknik pengambilan sampel dengan cara *consecutive sampling* diperoleh sampel berjumlah 66 orang. Variabel penelitian adalah gambaran pengetahuan Ibu tentang *Monosodium Glutamate*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner tertutup kemudian pengolahan data dengan menggunakan tabel distribusi dalam bentuk prosentase dan narasi. Hasil penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 13-25 Maret 2017 diperoleh bahwa 3 orang (4,5%) memiliki pengetahuan baik, 52 orang (78,8%) memiliki pengetahuan cukup, dan 11 orang (16,7%) memiliki pengetahuan kurang baik. Pengetahuan diperoleh dari hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 52 orang (78,8%). Saran yang diberikan adalah mengadakan program makanan tambahan dan penyuluhan bagi para ibu wali murid untuk meningkatkan pengetahuan tentang *Monosodium Glutamate*.

Kata kunci: Pengetahuan, *Monosodium Glutamate*, Anak Prasekolah

1. PENDAHULUAN

Tanpa sepengetahuan orang tua, jajan makanan ringan seperti *snack* yang biasa dikonsumsi anak-anak terkandung bahan kimia yang berbahaya yaitu *Monosodium Glutamate* (MSG) atau bumbu penyedap rasa makanan yang dibuat dari hasil fermentasi zat tepung dan tetes dari gula beet atau gula tebu. Hal ini diperkuat oleh Departemen Kesehatan menyatakan bahwa tujuh makanan ringan dalam kemasan (*snack*) tidak mencantumkan kandungan MSG. Ketujuh produk tersebut adalah Cheetos, Chitato rasa sapi panggang, chiki rasa keju, Happytos Torpilachips, Golden Horn rasa keju, Smax rasa ayam dan Taro *snack* rasa rumput laut (Ant, 2007). Masyarakat mengonsumsi makanan ringan seperti *snack* yang sering dibeli saat jajan (Syarifah, 2007). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 23-24 Januari 2017 di TK Nuansa Pertiwi 2 desa Sidorejo Kecamatan Krian, dari 10 responden yang diobservasi, didapatkan

80% (8 orang) mengizinkan anak mereka untuk membeli *snack* ber-MSG. Dari 10 responden yang diberi kuesioner didapatkan tingkat pengetahuan ibu tentang bahaya makanan ber-MSG yaitu 30% (3 orang) tingkat pengetahuan baik, 30% (3 orang) tingkat pengetahuan cukup dan 40% (4 orang) tingkat pengetahuan kurang baik. Anak prasekolah (usia 4-6 tahun) senang mengonsumsi berbagai makanan terutama makanan yang mempunyai rasa gurih seperti *snack*. Makanan tersebut mengandung *Monosodium Glutamate* (MSG) yang tanpa disadari oleh orang tua dapat membahayakan dalam jangka pendek dan jangka panjang bagi kesehatan anak. Oleh sebab itu, pengetahuan orang tua tentang *Monosodium Glutamate* (MSG) sangat diperlukan oleh orang tua khususnya ibu (Andreas, 2007).

Beberapa cara yang dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan konsumsi *snack* pada anak prasekolah yaitu dengan cara memberi penyuluhan pada ibu tentang bahaya MSG makanan, meningkatkan kewaspadaan

orang tua pada perilaku anak yang suka jajan dan memberi saran pada pihak sekolah yang bersangkutan untuk mengadakan Program Makanan Tambahan (PMT). Orang tua diharapkan meningkatkan pengetahuan Ibu tentang *Monosodium Glutamate* Makanan pada Anak Prasekolah.

2. KAJIA LITERATUR

a. Pengetahuan

1). Pengertian

Pengetahuan merupakan proses belajar dengan menggunakan panca indera yang dilakukan seseorang terhadap proses objek tertentu untuk dapat menghasilkan pengetahuan dan ketrampilan (Hidayat, 2005). Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni : indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2003).

2). Tingkat Pengetahuan

a). Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b). Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar.

Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c). Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi

atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d). Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyebabkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja : dapat menggambarkan (membuat bagan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya).

e). Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f). Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoadmodjo, 2003).

3). Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

a). Tingkat pendidikan

Pendidikan menuntun manusia untuk berbuat dan mengisi. Kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan.

Kebahagiaan diperlukan untuk mendapatkan informasi. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak yang dimiliki (Nursalam dan Pariani, 2001).

b). Usia

Semakin cukup usia seseorang, maka tingkat kematangannya dan kekuatannya seseorang akan semakin matang dalam berfikir dan bekerja. (Nursalam dan Pariani, 2001)

- c). **Intelegensia**
Intelegensia pada prinsipnya mempengaruhi kemampuan penyesuaian diri dan cara-cara pengambilan keputusan. Orang yang berintelegensi tinggi akan lebih cepat dan tepat dalam pembuatan keputusan (Latipun, 2001).
- d). **Status sosial ekonomi**
Seseorang yang bekerja untuk dapat berkembang. Berubah dan untuk mencapai suatu keadaan yang lebih baik daripada sebelumnya. Seseorang dengan bekerja berarti dapat berbuat yang bernilai, bermanfaat dan dapat memperoleh berbagai informasi yang didapatkan dari pengalaman yang diperoleh (Latipun, 2001).
- e). **Pengalaman**
Pengalaman adalah kecakapan seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang lain di dalam perilaku dengan orang lain (Notoadmodjo, 2003).

4). **Cara memperoleh Pengetahuan.**

- a). **Cara tradisional atau non-ilmiah**
Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum diketemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi :
 - (1). **Cara coba salah (*Trial and error*)**
Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lain dan seterusnya sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.
 - (2). **Cara kekuasaan atau otoritas**

Pengetahuan dapat diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

- (3). **Berdasarkan pengalaman pribadi**
Pengalaman adalah guru yang baik, kata tersebut mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan / pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan.
- (4). **Melalui jalan pikiran**
Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia ikut berkembang. Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya baik melalui induksi maupun deduksi.
- b). **Cara baru atau modern**
Memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut “ metode penelitian ilmiah “, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*) (Notoadmodjo, 2002)

b. Monosodium Glutamate

- 1). **Pengertian**
Monosodium Glutamat (MSG) berasal dari bahasa latin “ *Mono* “ yang berarti satu, tunggal, terbatas pada satu bagian, bergabung pada satu atom. “ *Sodium* “ yang berarti *natirum*. “ *Glutamate* “ yang berarti garam asal *Glutamate* (Hasan, 2001).
- 2). **Macam-macam**
 - a). **Penyedap yang selalu berisi MSG**
 - (1). Monosodium Glutamat (*MSG*)
 - (2). Protein sayuran *Hydrolyzed*
 - (3). Protein tanaman *Hydrolyzed*
 - (4). Sari protein tanaman

- (5). *Sodium Caseinate*
- (6). *Calcium Caseinate*
- (7). Sari ragi
- (8). Protein jaringan (termasuk TVP)
- (9). Ragi *Autolyzed*
- (10). Tepung gandum *Hydrolized*
- (11). Minyak jagung
- b). Penyedap yang sering berisi MSG
 - (1). Sari gandum
 - (2). *Malt flavoring*
 - (3). *Bouillon*
 - (4). *Broth*
 - (5). *Stock*
 - (6). *Flavoring*
 - (7). *Natural Flavors/Flavoring*
 - (8). *Seasoning*
 - (9). *Spices*
- c). Penyedap yang mungkin berisi MSG atau Exitoxym
 - (1). Carrageenan
 - (2). Enzymes
 - (3). Soy protein concentrate
 - (4). Soy protein isolate
 - (5). Whey protein concentrate
 (Himpunan Alumni IPB, 2005).
- 3). Efek
 - a). Efek jangka pendek
Efek jangka pendek merupakan efek yang muncul $\pm$ 30 menit. Setelah mengkonsumsi makanan ber MSG yang kandungan MSG-nya melebihi kadar 1-120 mg/Kg BB/hari yang telah ditentukan oleh WHO. Dan efek yang muncul pada anak antara lain:
 - (1). Rasa mual
 - (2). Haus
 - (3). Nyeri dada
 - (4). Sesak nafas
 - (5). Sakit kepala
 - (6). Rasa terbakar pada leher dan dada
 - (7). Kelemahan
 - (8). Pegal-pegal pada tengkuk.
 - b). Efek jangka panjang
 - (1). Pengaruh *Monosodium Glutamat* pada mata
Masyarakat memang banyak mengkonsumsi *Glutamate* eksogen. Berupa garam *Monosodium Glutamate* (vetsin)

sebagai penyedap yang dikenal dengan “ *Chinese Restaurant Syndrome* “. Hal ini akibat dari terjadinya permeabilitas terhadap ion *Ca*, *Na*, dan air pada membrane saraf, sehingga *Ca* masuk dalam sel (adanya peningkatan ion *Ca* intraseluler). Ini merupakan fase awal dan fase lanjut kematian sel.

Mekanisme depolarisasi juga yang meningkatkan aktivasi sebagian besar di *Synaptic vesicle*. Sehingga glutamat dalam konsentrasi besar merupakan *neurotoxin* untuk sistem saraf pusat. Hal ini telah dibuktikan oleh Headly and Grilliner pada tahun 1990 (Andreas, 2007).

- (2). Pengaruh *Monosodium Glutamat* pada darah

Monosodium Glutamate merupakan garam natrium (*Sodium* dari *Asam Glutamate*). Konsumsi natrium yang berlebih pada anak dapat menimbulkan resiko terjadinya hipertensi saat dewasa nanti. Adanya konsumsi natrium berlebih menyebabkan konsentrasi natrium dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya, cairan intraseluler ditarik keluar sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi (Made, 2007).

- (3). Pengaruh *Monosodium Glutamat* pada retina
Monosodium Glutamate (MSG) akan melekat pada sel-sel retina dan merusak retina, sehingga mengganggu kemampuan sel tersebut memancarkan signal-signal elektrik ke otak (PDT, 2005).
- (4). Upaya Mengurangi dan Meminimalisasikan Konsumsi

Snack pada Anak. Untuk mengurangi dan meminimalisasi dampak negatif MSG makanan pada anak prasekolah dapat diupayakan dengan beberapa cara, antara lain :

- (a). Secara internal

Memberikan penyuluhan pada para ibu tentang bahaya *Monosodium Glutamate* (MSG) pada anak prasekolah, dengan menyarankan agar mengurangi konsumsi *snack*, meningkatkan konsumsi sayur dan buah-buahan serta mengkonsumsi vitamin. Meningkatkan kewaspadaan orang tua, sehingga orang tua dapat mengawasi, mengontrol pemberian dan penggunaan uang jajan dan membiasakan membawa bekal makanan dari rumah (Retrieved, 2007).
- (b). Secara eksternal

Meneruskan kegiatan PMT (Program Makanan Tambahan) dengan memanfaatkan sumber makanan lokal (Retrieved, 2007).

c. Anak Pra Sekolah

1) Pengertian

Anak pra sekolah adalah anak usia 4-6 tahun (Hidayat, 2005)

2) Tumbuh Kembang

a). Motorik

Pada anak pra sekolah telah mempunyai koordinasi dan keseimbangan seorang dewasa. Anak mulai berjalan dan berlari dengan langkah-langkah panjang, mengayun, penuh percaya diri, naik turun tangga tanpa memegang pegangan tangga, berdiri berjinjit berputar dalam lingkaran, dan mengayun. Anak sudah mempunyai kekuatan otot untuk melakukan

aktivitas yang menantang, seperti jungkir balik, dan lompat jauh. Selain itu koordinasi dan kemampuan menggunakan tangan hampir berkembang sempurna. Anak mulai mampu merawat diri, seperti dapat menggosok gigi, berpakaian sendiri dengan sedikit pertolongan dan dapat mengikat tali sepatunya. Anak telah mampu membuat bangunan yang rumit dengan banyak balok, menggunting dan menempel, membuat barang-barang dari tanah liat, dan dapat melukis dengan kuas dan jari.

b). Bahasa

Anak telah mampu mengucapkan sebagian besar huruf, dengan pengecualian huruf *f, p, s* dan *z* yang kemungkinan besar akan tetap sulit diucapkan dan *sh, l, th*, dan *r* yang baru dapat dikuasai pada usia akhir prasekolah. Kosakata anak prasekolah sudah berkembang sekitar 1.500 kata dan akan bertambah 1.000 atau lebih. Anak mampu menceritakan kembali sebagian cerita yang didengarkan, dapat menceritakan cerita yang lebih panjang, dan mampu menyebutkan nama dan alamatnya sendiri.

c). Kognitif

Anak prasekolah mulai mengeksplorasi banyak konsep dasar yang akan diajarkan dengan lebih detail di sekolah. Anak mampu menghitung sepuluh objek atau lebih, dengan benar menyebutkan sedikitnya empat warna, memahami konsep waktu dengan lebih baik dan mampu mengetahui hal-hal yang digunakan setiap hari di rumah (uang, makanan, perabotan). Selain itu, anak akan mulai banyak mengajukan pertanyaan-pertanyaan “*universal* “ tentang subyek seperti asal mula dunia, kematian, sakit, komposisi matahari atau langit.

d). Sosial

Anak mulai menjalani kehidupan sosial yang aktif bersama teman dan mempunyai teman akrab (biasanya

tidak selalu berjenis kelamin sama). Idealnya, anak mempunyai teman di lingkungan rumah atau sekolah taman kanak-kanak. Anak akan senang menyanyi, berdansa, beraksi, ingin seperti temannya, lebih mudah setuju pada peraturan dan lebih menunjukkan kemandirian (misalnya dapat pergi sendiri ketetangga disebelah rumah).

e). Emosional

Anak sudah mulai dapat membedakan fantasi dan kenyataan, anak juga mulai menunjukkan minatnya dalam seksualitas dasar, baik pada dirinya sendiri maupun seksualitas dari jenis kelamin yang berbeda, dan pada usia ini anak terkadang menuntut tetapi terkadang sangat kooperatif (Shelov, 2005)

3) Perkembangan Psikososial

Menurut Erikson, anak prasekolah (usia 4-6 tahun) merupakan tahap inisiatif dan rasa bersalah. Anak akan mulai inisiatif dalam belajar mencari pengalaman baru secara aktif dalam melakukan aktifitasnya. Dan apabila pada tahap ini anak dilarang atau dicegah maka akan tumbuh perasaan bersalah pada dirinya (Hidayat, 2005).

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntut peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti. Rancang bangun penelitian ini menggunakan metode “*descriptive*” yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau diskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai anak pra sekolah (usia 4-6 tahun) di TK Nuansa Pertiwi 2 desa Sidorejo Krian yang berjumlah 91 orang. Penelitian ini menggunakan teknik consecutive sampling yaitu cara pengambilan sampel dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi (Hidayat, 2003). Sampel dalam penelitian ini berjumlah 66 orang. Peneliti sebelum melaksanakan proses pengumpulan data, memulai dengan

mengajukan permohonan ijin kepada kepala sekolah TK. Nuansa Pertiwi 2 desa Sidorejo untuk melakukan studi pendahuluan maupun penelitian di TK. Nuansa Pertiwi 2 desa Sidorejo atas rekomendasi dan institusi Pendidikan Politeknik Kesehatan Majapahit.

Pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan angket atau kuesioner tertutup yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden yang sudah disediakan jawaban, sehingga responden hanya memilih dan memberi tanda (X) pada pilihan yang tersedia (Arikunto, 2002). Kuesioner tersebut dibagikan setelah peneliti memberikan penjelasan dan ada *informed consent* dengan responden.

Penilaian pada jawaban responden yang terkumpul dilakukan dengan cara memberi skor 1 jika jawaban benar dan skor 0 jika jawaban salah. Kemudian data di proses dalam bentuk prosentase.

Adapun rumus yang digunakan untuk mengukur variabel pengetahuan :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

N = nilai yang didapat

Sp = Skor yang didapat

Sm = Skor maksimal hasil

prosentase diinterpretasikan dengan menggunakan standar kualitatif :

Baik = Bila didapat 76 – 100 %

Cukup = Bila didapat 56 - 75 %

Kurang baik = Bila didapat < 56 %

(Nursalam, 2003).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian tentang pengetahuan ibu tentang Monosodium Glutamat makanan pada anak prasekolah di TK. Nuansa Pertiwi 2 Sidorejo Krian pada tanggal 13-25 Maret 2017.

a. Gambaran Lokasi Penelitian

TK Nuansa Pertiwi 2 didirikan oleh Ibu Sri Astuti pada tahun 2011, bertempat di Perum. Graha Permata Sidorejo Indah Blok Y No. 19-20 Kecamatan Krian Kabupaten Sidoarjo. Didirikan pada tanah seluas 450 m² terdiri dari 4 ruang kelas dengan luas 5 x 6 m, 2 toilet untuk murid, 1 toilet untuk guru dan 1 ruang guru. Kapasitas murid 1 kelas 20 anak. Jumlah guru ada 4 orang sebagai guru tetap

yayasan. Metode pembelajaran yang digunakan dengan pendekatan Learning by playing (belajar sambil bermain), joyfull (belajar yang menyenangkan), life skill (menumbuh kembangkan ketrampilan sejak dini). Masuk sekolah hari Senin-Kamis jam 07.00-11.30, Jumat jam 07.00-11.00. Tidak ada sarana kantin sehingga anak membeli jajan di warung dan toko sekitar sekolah.

b. Data Umum

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur Ibu

No.	Umur	f	%
1.	21-27 tahun	18	27,3
2.	28-32 tahun	22	33,3
3.	33-39 tahun	19	28,8
4.	40-46 tahun	7	10,6
Total		66	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa paling banyak adalah umur 28-32 tahun sebanyak 22 orang (33,3%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	f	%
1.	SD	15	22,7
2.	SMP	31	47
3.	SMA	18	27,3
4.	PT	2	3
Total		66	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa paling banyak adalah tingkat pendidikan SMP sebanyak 31 orang (47%).

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

No.	Jenis Pekerjaan	f	%
1.	IRT	30	45,5
2.	Swasta	33	50
3.	Wiraswasta	1	1,5
4.	Petani	2	3
Total		66	100

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa 50% responden memiliki pekerjaan swasta sebanyak 33 orang (50%).

c. Data Khusus

Tabel 5 Distribusi Responden Berdasarkan Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Monosodium Glutamat Makanan Pada Anak Prasekolah Di TK. Nuansa Pertiwi 2

No.	Pengetahuan	f	%
1.	Baik	3	4,5
2.	Cukup	52	78,8
3.	Kurang	11	16,7
Total		66	100

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki gambaran pengetahuan cukup sebanyak 52 orang (78,8%).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki gambaran pengetahuan cukup yaitu sebanyak 52 orang (78,8%). Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Tinggi rendahnya pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia, tingkat pendidikan, dan sosial ekonomi

Pengetahuan responden yang cukup tentang *Monosodium Glutamate*

(MSG) makanan dapat disebabkan 47% responden dapat menerima informasi dengan tingkat pendidikan SMP. Seperti yang dinyatakan Nursalam (2001), bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah menerima informasi sehingga banyak pengetahuan yang dimiliki dan sebaliknya. Selain itu, pengetahuan responden yang cukup juga dipengaruhi oleh 33,3% responden berusia 28-32 tahun dan menurut Nursalam (2001) bahwa semakin cukup usia seseorang maka tingkat pematangan dan kekuatan seseorang akan semakin matang dalam berfikir.

Pengetahuan responden yang cukup juga dapat dipengaruhi oleh sosial ekonomi responden. Dari data didapatkan responden sebanyak 50% memiliki jenis pekerjaan swasta dan menurut Latipun (2001) bahwa seseorang dengan bekerja berarti dapat berbuat yang bernilai, bermanfaat, dan dapat memperoleh berbagai informasi yang didapatkan dari pengalaman yang diperoleh. Hal ini terjadi karena responden sudah dapat menerima

informasi cukup baik mengenai efek yang tidak baik dari mengkonsumsi makanan yang mengandung MSG terutama untuk pertumbuhan dan perkembangan anak pra sekolah. Tindak lanjut dari hasil penelitian ini adalah berkoordinasi dengan pihak sekolah untuk membuat kantin sekolah dengan menu makanan sehat yg bebas MSG, mengadakan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) setiap hari jumat yang dikelola oleh wali murid dan memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang MSG.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan analisis data dalam penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa gambaran pengetahuan ibu tentang Monosodium Glutamate makanan pada anak prasekolah (usia 4-6 tahun) di TK. Nuansa Pertiwi 2 desa Sidorejo Kecamatan Krian adalah sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 52 orang (78,8%)

REFERENSI

1. Andreas. (2007). *Tentang Glutamate dan Monosodium Glutamate*. (Online) (<http://www.Hanyawanita.com>), diakses 20 November 2016
2. Ant. (2003). *Waspada! Snack Ber-MSG, Ancam Kesehatan Anak*. (Online) (<http://www.Depkes.go.id>), diakses 10 Oktober 2016).
3. Arikunto, Suharsimi. (2002). *Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : PT.Rineka Cipta.
4. Ham. (2007). *Memilih Jajan*. (Online) (<http://www.alfurqon.or.id>), diakses 20 November 2016).
5. Hidayat, Aziz Alimul. (2003). *Riset Keperawatan dan teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
6. Hidayat, Aziz Alimul. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak1*. Jakarta: Salemba Medika
7. Himpunan Alumni IPB. (2005). *MSG, Racun yang Sedap! Merdeka Diri dan Anak Cucu dari Racun MSG*. (Online) (<http://www.alumni-ipb.or.id>), diakses 08 Oktober 2016).
8. Latipun. (2001). *Psikologi Konseling Edisi Ketiga*. Malang : Universitas Muhammadiyah
9. Notoadmodjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
10. Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
11. Nursalam dan Pariani, Siti. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
12. Retrieved. (2016). *FDA and Monosodium Glutamate (MSG)*. (Online) (<http://www.fda.gov.opacom>), diakses 08 Oktober 2016).
13. Shelov Steven. (2005). *Perawatan untuk Bayi dan Balita*. Jakarta : Arcan.
14. Syarifah. (2007). *MSG dan "Chinese Restaurant Syndrome"*. (Online) (<http://pikiran-rakyat.com>), diakses 08 Oktober 2016).
15. Retrieved. (2016). *Upaya Meminimasi Dampak Negatif*. (Online) (<http://www.tumoutou.net>), diakses 08 Oktober 2016
16. Syarifah. (2007). *MSG dan "Chinese Restaurant Syndrome"*. (Online) (<http://pikiran-rakyat.com>), diakses 08 Oktober 2007).
17. PDT. (2005). *Awas MSG (Monosodium Glutamate) / Micin*. (Online) ([http://www.blog.360.yahoo.com/](http://www.blog.360.yahoo.comHYPERLINK\)), diakses 08 Oktober 2016).

PENGARUH AIR ALKALI TERHADAP NEOVASKULARISASI TIKUS GALUR WISTAR (*RATTUS NORVEGICUS*) DENGAN LUKA HIPERGLIKEMIA

Yanuar Eka Pujiastutik¹), Yohanes Andy Rias²), Vina Ifada Luthfi³)

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, IIK Bhakti Wiyata

email: yanuairekapujiastutik@gmail.com

²Fakultas Ilmu Kesehatan, IIK Bhakti Wiyata

email: yohanes.andi@iik.ac.id

³Fakultas Ilmu Kesehatan, IIK Bhakti Wiyata

email: ifadaluthfi18@gmail.com

Abstract

*Hyperglycemic ulceration are one of the most common complications of diabetes mellitus, and are hard to cure and require comprehensive treatment. The people with hyperglycemia will experience an increase in free radicals that damage blood vessel endothelial cells. The damage can interfere with the distribution of blood throughout the body, especially in the distal part of the body, the part that lacks the distribution of blood will experience tissue hypoxia and if left can lead to injury and then the wound becomes necrosis or gangrene, even amputation can occur. The antioxidant alkaline electrolyzed water serves to help lower free radicals of people with hyperglycemia, which can improve blood cell endothelial damage, and can improve neovascularization. This study aims to determine the effect of alkaline electrolyzed water on neovascularization in strain wistar rats (*Rattus norvegicus*) of hyperglycaemia wound conditions. This type of research uses Quasy Experimental research with simple random sampling method. Researchers used strain wistar rats (*rattus norvegicus*) as experimental animals. The number of samples of 30 rats. The data were analyzed using Independent T Test statistic test obtained on 4th day of Sig. (2.tailed) 0.014 (p value = <0.05), and the 8th day of Sig. (2.tailed) 0.000 (p value = <0.05). The result of this research is the influence of alkaline electrolyzed water on neovascularization in strain wistar rats (*Rattus norvegicus*).*

Keywords: *Hyperglycemic Ulceration, Alkaline Electrolyzed Water, Neovascularization.*

1. PENDAHULUAN

Perawatan luka hiperglikemi dilakukan untuk mencegah amputasi dan mengurangi risiko infeksi, memperbaiki fungsi dan kualitas hidup, serta mengurangi biaya pemeliharaan kesehatan (Handayani, 2016; Rias *et al.*, 2015).

Prevalensi luka hiperglikemi di dunia yaitu 1,0% sampai 4,1% di Amerika Serikat, 4,6% di Kenya, dan 20,4% di Belanda. Studi yang dilakukan di Rumah Sakit Nigeria menunjukkan prevalensi penderita luka hiperglikemi adalah 11,7% sampai 19,1% (Desalu *et al.*, 2011). Sedangkan di Indonesia prevalensi luka hiperglikemi sekitar 15% dari $\pm$ 12 juta penyandang diabetes mellitus, yang sudah mengalami amputasi 30%, dan presentase kematian 32% dari $\pm$ 1,8 juta penyandang luka hiperglikemi (Aftria, 2014; Riskesdas, 2013).

Penatalaksanaan manajemen luka akan melibatkan proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan merupakan pemulihan integritas

struktural dan fungsional dengan menumbuhkan kekuatan pada jaringan yang luka, hal ini diawali dengan hubungan kompleks antara aksi seluler dan biokimia, selanjutnya sel-sel matriks akan merangsang proses inflamasi, kontraksi luka, reepitelisasi, remodeling jaringan, dan pembentukan jaringan granulasi dengan angiogenesis. Waktu perkembangan penyembuhan luka normalnya dapat diperkirakan. Beberapa jam setelah kerusakan terjadi akan terjadi reepitelisasi. Sel epidermal luka akan berproliferasi dari tepi luka menuju tengah luka (Isrofah, 2015). Pada saat proliferasi akan terjadi neovaskularisasi atau pembentukan pembuluh darah baru yang akan mendukung pertumbuhan jaringan granulasi yang baru pada luka. Semakin banyak jaringan granulasi baru epitelisasi juga akan semakin baik dan neovaskularisasi akan turun pada jaringan tersebut (Winarsih *et al.*, 2009). Neovaskularisasi akan menurun jika luka mulai sembuh dan berhenti ketika luka

tersebut sudah sembuh. Semakin cepat penurunan neovaskularisasi, semakin cepat juga proses penyembuhan pada luka (Irma, 2014).

Proses penyembuhan luka hiperglikemi akan terjadi pembentukan radikal bebas, sehingga perlu dilakukan intervensi keperawatan (peran perawat) dalam integritas struktural Myra E. Levine melalui aplikasi *alkaline electrolyzed water* mempercepat epitelisasi (Aprivian, 2016; Rias *et al.*, 2015).

Alkaline electrolyzed water mengandung beberapa komponen yang penting yaitu pH basa, molekul air mikro kluster, nilai ORP (*Oxidation Reduction Potensial*) yang sangat negatif, dan hidrogen terlarut yang berlimpah. Selain itu *alkaline electrolyzed water* berfungsi sebagai antioksidan yang dapat membantu menurunkan radikal bebas penyandang hiperglikemia, sehingga kerusakan sel endotel darah yang menyebabkan distribusi darah terganggu teratasi, dengan demikian proses penyembuhan luka juga berjalan sesuai harapan, termasuk proses neovaskularisasi. Antioksidan pada air alkali didapatkan dari berbagai komponen tertentu yang ada di dalamnya, seperti hidrogen dan nilai ORP yang negatif. Semakin negatif nilai ORP dan semakin banyak hidrogen terlarut maka antioksidannya semakin tinggi. Penelitian ini menggunakan *alkaline electrolyzed water* pH 9,5 untuk sonde dan pH 11,5 untuk cuci luka (Srinivas *et al.*, 2016; Shirahata *et al.* 2012; Ignacio *et al.*, 2012).

Pada penelitian Dino Aprivian (2016), dengan judul “Pengaruh Air Alkali pH 8 terhadap Epitelisasi *Rattus Norvegicus Galur Wistar* dengan Kondisi Luka Hiperglikemia”. Pada penelitian ini menggunakan 18 *Rattus* dan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Seluruh *Rattus* diinjeksi STZ (*Streptozotocin*) agar menjadi kondisi hiperglikemi, setelah itu pengung *Rattus* dicukur hingga bersih dan diberi luka eksisi berukuran 1,5x1,5 mm hingga *hypodermis*. Diobservasi perkembangan fibroblas dan kolagen pada hari ke-1, 4, dan 8 menggunakan mikroskop. Hasilnya ada pengaruh pemberian air alkali pH 8 terhadap jumlah epitel pada *Rattus norvegicus galur wistar* dengan kondisi luka hiperglikemi.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

Penelitian terkait mengenai pengaruh pemberian *alkaline electrolyzed water* terhadap neovaskularisasi pada tikus galur wistar (*Rattus norvegicus*) dengan luka hiperglikemi yaitu sebagai berikut; penelitian Silvi Novikasari (2016), dengan judul “Pengaruh Air Alkali pH 8 terhadap Fibroblas dan Kolagen pada *Rattus Norvegicus Galur Wistar* dengan Kondisi Luka Hiperglikemia”. Pada penelitian ini menggunakan 18 *Rattus* dan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Seluruh *Rattus* diinjeksi STZ (*Streptozotocin*) agar menjadi kondisi hiperglikemi, setelah itu pengung *Rattus* dicukur hingga bersih dan diberi luka eksisi berukuran 1,5x1,5 mm hingga *hypodermis*. Diobservasi perkembangan fibroblas dan kolagen pada hari ke-1, 4, dan 8 menggunakan mikroskop. Hasilnya ada pengaruh pemberian air alkali pH 8 terhadap jumlah fibroblas dan ketebalan kolagen pada *Rattus norvegicus galur wistar* dengan kondisi luka hiperglikemi. Pada penelitian Dino Aprivian (2016), Kediri, dengan judul “Pengaruh Air Alkali pH 8 terhadap Epitelisasi *Rattus Norvegicus Galur Wistar* dengan Kondisi Luka Hiperglikemia”. Pada penelitian ini menggunakan 18 *Rattus* dan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Seluruh *Rattus* diinjeksi STZ (*Streptozotocin*) agar menjadi kondisi hiperglikemi, setelah itu pengung *Rattus* dicukur hingga bersih dan diberi luka eksisi berukuran 1,5x1,5 mm hingga *hypodermis*. Diobservasi perkembangan fibroblas dan kolagen pada hari ke-1, 4, dan 8 menggunakan mikroskop. Hasilnya ada pengaruh pemberian air alkali pH 8 terhadap jumlah epitel pada *Rattus norvegicus galur wistar* dengan kondisi luka hiperglikemi.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *Quasy Experimental*. Waktu penelitian dimulai pada bulan Desember 2016 sampai dengan bulan Maret 2017. Dalam penelitian ini sampel yang memenuhi kriteria inklusi adalah sebagai berikut: Tikus galur wistar (*Rattus norvegicus*) dengan luka

hiperglikemia *grade II*. Tikus galur wistar (*Rattus norvegicus*) 2-3 bulan dengan berat badan ≥ 200 gr dan jenis kelamin jantan sebanyak adalah 30 ekor *Rattus norvegicus*. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *random sampling*. Variabel independen *alkaline electrolyzed water* BIO ALKALI Premium SNI : 01-3553-2006. Variabel dependen : Neovaskularisasi. Indikator yang digunakan dengan cara menghitung neovaskularisasi yang dapat berbentuk tunas-tunas dan berkembang menjadi cabang-cabang. Neovaskularisasi dilihat perkembangannya pada hari ke-1, 4 dan 8. Pengamatan dilakukan dengan mikroskop elektrik dengan pembesaran objektif 40x10.

Cara kerja pada penelitian ini diawali dari:

- a. Seluruh *Rattus* (30 ekor) yang sudah diadaptasi pada 1 minggu pertama.
- b. Cara Membuat Tikus Hiperglikemi menggunakan STZ. STZ 1000 mg di larutkan dalam 3 ml buffer sitrat pH 4,5 dan dihomogenkan dengan vortex. Larutan STZ dipersiapkan dalam tabung-tabung mikro dengan volume yang disesuaikan dengan konsentrasi injeksi STZ/kg BB hewan coba. Sebelum penyuntikan STZ tikus dipuaskan 4 jam, penyuntikan STZ dengan dosis yang sudah disesuaikan dengan BB tikus dengan dosis 45mg/kgBB. Setelah 72 jam dilakukan pengamatan gula darah pada tikus, darah diambil dari pembuluh darah retina tikus (DiaComp Protocols, 2015; Ghasemi *et al*, 2014).
- c. 30 ekor *Rattus* dibagi menjadi 2 kelompok, masing-masing kelompok terdiri 15 ekor *Rattus*. Masing-masing *Rattus* diberi tanda atau label pada ekornya dengan menggunakan spidol tahan air sesuai kelompoknya.
- d. Pembuatan Luka Hiperglikemia (Luka *grade II*)
 - 1). Bulu *Rattus* sekitar sayatan (daerah punggung) dicukur sampai bersih dan licin, kemudian dibersihkan dengan kapas beralkohol 70%.
 - 2). Melakukan anestesi pada intraperitoneal dengan menggunakan ketamin dengan dosis 0,1 mg/kg BB.
 - 3). Pembuatan luka hiperglikemia melalui luka eksisi. Berukuran 1,5

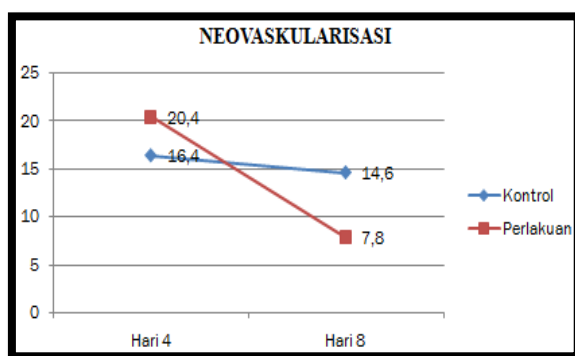
cm dengan kedalaman 1,5 mm pada kulit dengan menggunakan scalpel pada epidermis hingga *hypodermis* atau lapisan subkutan (luka *grade II*) (Li dan Kun, 2011)

- e. Cara Mencuci luka dengan *alkaline electrolyzed water* dengan pH 11,5 (± 2 cc) sehari 1 kali, pencucian luka dengan cara menyemprotkan *alkaline electrolyzed water* sebanyak 7-8 kali.
- f. Cara melakukan sonde pada *Rattus norvegicus* dengan memasang selang NGT dan diberikan *alkaline electrolyzed water* dengan pH 9,5 sehari 1 kali (1,8 cc), dimasukkan menggunakan spuit.
- g. Melakukan pengamatan histopatologi dengan menghitung jumlah neovaskularisasi, serta membandingkan rata-rata keduanya pada kelompok kontrol dan perlakuan pada hari ke 1,4,8. Pengukuran dilakukan di bawah mikroskop elektrik dengan pembesaran objektif 40.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tikus yang digunakan sebagai sampel penelitian adalah tikus galur wistar (*Rattus norvegicus*). Tikus dibagi menjadi 2 kelompok, masing-masing kelompok perlakuan terdiri dari 15 ekor tikus yang diberikan perawatan luka 1 kali sehari pada jam 08.00 setiap harinya hingga hari ke-8. Untuk kelompok kontrol diberikan normal saline dan untuk kelompok perlakuan diberikan *alkaline electrolyzed water* pH 11,5 untuk cuci luka dan pH 9,5 untuk sonde.

Penghitungan kelompok kontrol hari ke-4, dan 8 menunjukkan peningkatan pada hari ke-4 yang cukup signifikan, namun pada hari ke-8 tidak menurun secara signifikan, yaitu dengan rata-rata hari ke-4 adalah 16.4, dan hari ke-8 adalah 14.6. Berbeda dengan kelompok kontrol, kelompok perlakuan mempunyai jumlah rata-rata neovaskularisasi yang meningkat signifikan pada hari ke-4 dan menurun pada hari ke-8, yaitu dengan rata-rata hari ke-4 adalah 20.4, dan hari ke-8 adalah 7.8, terlihat pada diagram perbandingan rata-rata jumlah perhari neovaskularisasi antara hari ke-4 dan hari ke-8 pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.



Analisis data pada masing-masing kelompok kontrol dan kelompok perlakuan akan diuji normalitasnya dengan menggunakan uji *Shapiro-Wilk* pada software IBM SPSS Statistic versi 21. Hasil menunjukkan bahwa semua data didapatkan hasil *Sig.* $>0,05$ (lebih dari 0,05), dan pada uji homogenitas data menggunakan uji *Levene Statistic* didapatkan nilai *Sig.* $>0,05$ (lebih dari 0,05) untuk semua data. Setelah diketahui bahwa data berdistribusi normal dan homogen maka syarat-syarat untuk dilakukannya uji *Independent T Test* sudah terpenuhi. Hasil dalam uji *Independent T Test* didapatkan dari jumlah neovaskularisasi pada hari ke-4, dan hari ke-8 yang dibandingkan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang mengalami perbedaan yang signifikan secara statistik yakni *Sig. (2-tailed)* $<0,05$ (kurang dari 0,05).

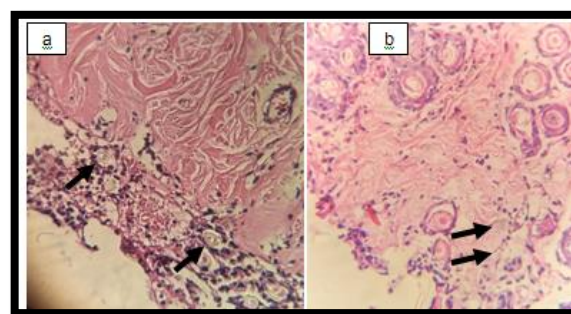
Pada analisa hasil perbandingan pengamatan hari ke-4 jumlah neovaskularisasi antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, untuk uji normalitas *Shapiro-Wilk* data berdistribusi normal didapatkan nilai *Sig.* $>0,05$ yakni kelompok kontrol 0.257 dan kelompok perlakuan 0.314. Untuk uji homogenitas didapatkan nilai *Sig.* $>0,05$ yaitu 0.268. Kemudian untuk uji *Independent T Test* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pengamatan hari ke-4 adalah *Sig. (2-tailed)* 0,014. Karena nilai *p value* $= <0,05$ maka diambil kesimpulan terdapat perbedaan rata-rata jumlah neovaskularisasi yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada pengamatan neovaskularisasi hari ke-4. Artinya terdapat pengaruh yang signifikan (*p value* $= <0,05$) antara jumlah neovaskularisasi kelompok

kontrol dan kelompok perlakuan pada pengamatan hari ke-4.

Selanjutnya analisis hasil perbandingan pengamatan hari ke-8 jumlah neovaskularisasi antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, untuk uji normalitas *Shapiro-Wilk* data berdistribusi normal didapatkan nilai *Sig.* $>0,05$ yakni kelompok kontrol 0.607 dan kelompok perlakuan 0.421. Untuk uji homogenitas didapatkan nilai *Sig.* $>0,05$ yaitu 0.496. Kemudian untuk uji *Independent T Test* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pengamatan hari ke-1 adalah *Sig. (2-tailed)* 0,000. Karena nilai *p value* $= <0,05$ maka diambil kesimpulan terdapat perbedaan jumlah neovaskularisasi yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada pengamatan neovaskularisasi hari ke-8. Artinya terdapat pengaruh yang signifikan (*p value* $= <0,05$) antara jumlah neovaskularisasi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada pengamatan hari ke-8.

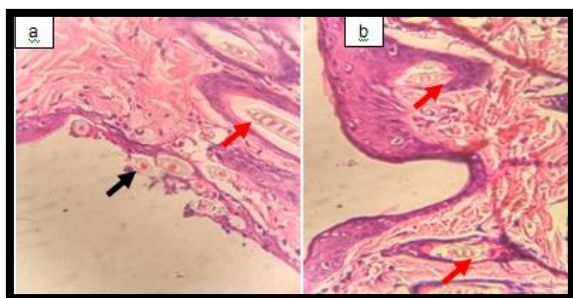
Dari hasil jumlah neovaskularisasi yang didapatkan pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan pengamatan hari ke-4 mengalami peningkatan yang bermakna secara statistik yakni *Sig. (2-tailed)* $<0,05$, begitu juga dengan hasil jumlah neovaskularisasi yang didapatkan pada kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan pengamatan hari ke-8, mengalami penurunan yang bermakna secara statistik yakni *Sig. (2-tailed)* $<0,05$.

Pada hari ke-8 kelompok perlakuan mengalami penurunan neovaskularisasi yang lebih signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa percepatan penyembuhan luka pada kelompok perlakuan lebih cepat dibandingkan kelompok kontrol seperti gambar dibawah ini:



Gambaran histopatologis pengamatan jumlah neovaskularisasi H-4 dengan pembesaran 400 x pada kelompok kontrol (a) dan kelompok intervensi (b). Neovaskularisasi ditunjukkan oleh tanda panah.

Untuk kelompok hari ke-4 jumlah neovaskularisasi pada kelompok perlakuan meningkat, begitu juga dengan kelompok kontrol, namun pada kelompok kontrol jumlah neovaskularisasi lebih sedikit dibandingkan kelompok perlakuan seperti gambar dibawah ini:



Gambaran histopatologis pengamatan jumlah neovaskularisasi H-1 dengan pembesaran 400 x pada kelompok kontrol (a) dan kelompok intervensi (b). Neovaskularisasi ditunjukkan oleh tanda panah hitam, sedangkan tanda panah merah mulai bergabungnya neovaskularisasi membentuk pembuluh darah besar.

5. KESIMPULAN

Terdapat pengaruh *alkaline electrolyzed water* terhadap neovaskularisasi pada tikus galur wistar (*Rattus norvegicus*) dengan luka hiperglikemia.

Pada kelompok kontrol yang diberikan normal salin terdapat pengaruh namun tidak signifikan, tidak seperti kelompok perlakuan menggunakan *alkaline electrolyzed water* yang mempunyai pengaruh signifikan.

Perbandingan pengaruh *alkaline electrolyzed water* antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah perlakuan menggunakan *alkaline electrolyzed water* pada H-8 lebih signifikan berpengaruh pada pertumbuhan neovaskularisasi dibanding H-1 dan H-4.

REFERENSI

1. Handayani, Luh Tuti. 2016. *Studi Meta Analisa Perawatan Luka Kaki Diabetes*

dengan Modern Dressing. The Indonesian Journal of Health Science Juni 2016; Volume 6, Nomor 2.

2. Rias, Yohanes Andy *et al.* 2015. *Pengembangan Model Konservasi Discharge Planning Terstruktur terhadap Individual and Family Self Management Diabetic Foot Ulcer*. Muhammadiyah Journal of Nursing 2015; Volume 3, Nomor 1.
3. Riskesdas. 2013. *Riset kesehatan dasar 2013*. Jakarta: badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI.
4. Desalu, O.O. *et al.* 2011. *Diabetic Foot Care : Self Reported Knowledge and Practice Among Patients Attending Three Tertiary Hospital In Nigeria*. Ghana Medical Journal Juni 2011; Volume 45 Nomor 2.
5. Aftria, Marizka Putri. 2014. *Honey as a Topical Treatment for Diabetic Foot Ulcer*. J Majority Desember 2104; Volume 3, Nomor 7.
6. Irma. 2014. *Pemberian Ekstrak Sarang Walet 10% Meningkatkan Epitelisasi pada Penyembuhan Luka Kulit Mencit (Mus Musculus)*. Tesis : Universitas Udayana Denpasar.
7. Isrofah *et al.* 2015. *Efektivitas Salep Ekstrak daun Binahong (Anredera Cordifolia (Ten) Steenis) Terhadap Proses Penyembuhan Luka Bakar Derajat 2 Termal pada Tikus Putih (Rattus Norvegicus)*. Muhammadiyah Journal of Nursing 2015; Volume 2, Nomor 2.
8. Aprivian, Dino. 2016. *Pengaruh Air Alkali pH 8 Terhadap Epitelisasi Pada Rattus Norvegicus Galur Wistar Kondisi Luka Hiperglikemi*. Skripsi : Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.
9. Ignacio, Rosa Mistica *et al.* 2012. *Clinical Effect and Mechanism of Alkaline Reduced Water*. Journal of Food and Drug Analysis 2012; Volume 20; Suppl. 1; 394-397.
10. Shirahata, Sanetaka *et al.* 2012. *Advanced Research on The Health Benefit of Reduced Water*. Trends in Food Science and Technology 23 (2012); 124-131.

11. Srinivas, Siva *et.al.* 2016. *Propylene Glycol: A New Alternative for an Intracanal Medicament*. Journal of International Oral Health 2016; 8(5):611.
12. Novikasari, Silvi. 2016. *Pengaruh Air Alkali pH 8 terhadap Fibroblas dan Kolagen pada Rattus Norvegicus Galur Wistar dengan Kondisi Luka Hiperglikemi*. Skripsi : Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.
13. DiaComp Protocols. 2015. *Low-Dose Streptozotocin Induction Protocol (Mouse)*. Diabetic Complications Consortium 2015.
14. Ghasemi, A *et al.* 2014. *Streptozotocin-nicotinamide-induced rat model of type 2 diabetes (Review)*. Acta Physiologica Hungarica. Volume 101 (4), pp. 408-420.
15. Li dan Kun. 2011. *Tannin Extract from Immature Fruit of Terminalia Chebula Fructus Rets*. Promote Cutaneous Wound Healing in Rats. BMC Complementary & Alternative Medic. 10 (1): 66-75.

PENGARUH PENGGUNAAN MEDIA PEMBELAJARAN INTERAKTIF TERHADAP HASIL BELAJAR MATA KULIAH ASUHAN KEHAMILAN

¹Mudhawaroh, SST, M.Kes., ²Nikeh Grah Prihartanti, SST, M.Kes., ³Kolifah, SST, M.Kes.

¹Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang, dindhamudha@yahoo.co.id ,

²Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang Nikengrah01@gmail.com

³Prodi D III Kebidanan Stikes Pemkab Jombang, Kolifah0607@yahoo.com

Abstract

Learning media is one of the instrumental factors that can affect student learning outcomes. The use of instructional media in Pregnancy Midwifery care subject can encourage the achievement of the maximum learning result. The purpose of this study is to mengethau Effect of Interactive Media Learning Use of Learning Results Pregnancy Mathematics. Design in this study using the initial test and the final test with one group (One Group pretest-posttest design). Population and sample in this research is student of second semester of 40 respondent, with sampling technique Total sampling. Result of research indicate that there is Influence of Interactive Learning Media Usage To is 0.000, sopResult Of Learning Pregnancy Lecture, with value phypothesis acceptable because <0.05. The use of inetraktif learning media in Pregnancy Care subject proved to have a very big influence on the improvement of student learning outcomes, because this interactive learning media has and displays the material lectures are real and applicative, making it more easily understood by students.

Keywords: *Interactive Learning Media, Learning Outcomes, Pregnancy Care*

1. PENDAHULUAN

Asuhan kebidanan kehamilan merupakan mata kuliah inti dalam kurikulum program studi D III Kebidanan, dimana dalam mata kuliah ini berisikan tentang teori dan praktek dalam kehamilan. Sehingga proses pemebelajaran dituntut harus lebih inovatif, sehingga mahasiswa dapat lebih memahami dan mampu mnegaplikasikan materi dalam praktek kebidanan kehamilan. Media pembelajaran merupakan salah satu factor instrumental yang dapat mempengaruhi hasil belajar mahasiswa. Penggunaan media pembelajaran pada mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan dapat mendorong tercapainya hasil belajar yang maksimal.

Media pembelajaran berfungsi untuk menyampaikan pesan pembelajaran serta memperjelas penyajian pesan, mengatasi keterbatasan ruang dan waktu dan memungkinkan interaksi belajar mengajar yang lebih bervariasi dan bergairah. Pemanfaatan media pembelajaran tersebut diharapkan akan membawa pengaruh positif terhadap hasil belajar mahasiswa agar tercapai tujuan pembelajaran (Arsyad, 2010).

Dalam kenyataannya di lapangan menunjukkan bahwa penggunaan media masih belum maksimal, hanya sebatas menggunakan media yang sederhana saja bahkan ada pula

yang dalam proses pembelajaran tidak menggunakan media. Padahal diharapkan dengan menggunakan media pembelajaran diharapkan proses belajar mengajar lebih aktif dan bermakna baik bagi dosen,maupun bagi mahasiswa. Dampak dari hal tersebut adalah tidak tercapainya hasil belajar yang maksimal, ditunjukkan dengan hasil belajar mahasiswa yang belum optimal, tidak sedikit mhasiswa yang mendapatkan nilai di bawah 70. Rendahnya hasil belajar tentunya tidak hanya disebabkan karena tidak menggunakan media interaktif saja, mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan mungkin juga dianggap sebagai mata kuliah yang sulit karena beban sks yang besar, dan juga mahasiswa sulit memahami konsep dalam proses pembelajaran adalah salah satu factor juga yang menyebabkan hasil belajar mahasiswa masih kurang maksimal.

Dosen sebagai tenaga pendidik harus mempunyai rancangan pembelajaran yang aktif, inovatif dan menyenangkan atau dengan kata lain tidak membosankan bagi mahasiswa. Dosen harus bias memilih metode pembelajaran yang mampu ditangkap dan dipahami oleh mahasiswa dengan keberagaman kemampuan. Bertolak dari pemikiran tersebut, maka dosen mempunyai kewajiban untuk meningkatkan kualitas sebagai tenaga pendidik diantaranya adalah

mau dan mampu memanfaatkan dan menggunakan media pembelajaran sehingga dapat membantu mahasiswa dalam memahami mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan.

Salah satu media pembelajaran yang dapat digunakan adalah media pembelajaran interaktif. Menurut (Anita, 2009) Media pembelajaran interaktif adalah media yang meminta pembelajar mempraktikkan suatu ketrampilan dan menerima balikan. Media interaktif berbasis computer menciptakan lingkungan belajar multimedia dengan ciri – ciri baik video maupun pembelajaran berbasis computer.

Hasil belajar merupakan bentuk akhir yang dicapai oleh mahasiswa setelah melakukan proses pembelajaran, hasil belajar ini merupakan kemampuan intelektual mahasiswa yang terdiri dari beberapa ranah, antara lain kognitif, afektif dan psikomotor.

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran Interaktif Terhadap Hasil Belajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

2.1. Kajian Literatur

2.4. Media Pembelajaran

Media pendidikan adalah media dimana penggunaannya diintegrasikan dengan tujuan maupun isi pengajaran yang biasa dituangkan dalam GBPP (Garis-Garis Besar Program Pengajaran) dengan tujuan untuk mempertinggi kegiatan belajar mengajar. Arti lain menyatakan bahwa media pendidikan adalah peralatan fisik untuk menyampaikan pengajaran termasuk didalamnya buku, film, video, *tape*, dan sebagainya termasuk suara guru dan perilaku nonverbal (Soemarsono, 2007).

Fungsi utama dari media pembelajaran adalah sebagai alat bantu mengajar, yakni menunjang penggunaan model mengajar yang dipergunakan oleh guru.

Syarat Media Pembelajaran yang Baik Menurut Sardiman (2007), suatu media pembelajaran dapat dikatakan baik, apabila bersifat efisien dan efektif serta komunikatif. Suatu media dikatakan efisien apabila penggunaannya mudah, dalam waktu yang

singkat dapat mencakup isi yang luas dan tempat yang diperlukan tidak terlalu luas. Penempatan media perlu diperhatikan ketepatannya agar dapat diamati dengan baik oleh seluruh siswa.

2.5. Hasil Belajar

Hasil belajar adalah hasil yang dicapai oleh seorang siswa setelah melakukan suatu usaha untuk memenuhi kebutuhannya. Usaha tersebut dipengaruhi oleh kondisi dan situasi tertentu, yaitu pendidikan dan latihan dalam suatu jenjang pendidikan. Pengukuran hasil belajar ini dapat menggunakan tes atau evaluasi.

Menurut Bloom, hasil belajar mencakup kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotorik. Domain kognitif adalah *knowledge* (pengetahuan, ingatan), *comprehension* (pemahaman, menjelaskan, meringkas, contoh), *application* (menerapkan), *analysis* (menguraikan, menentukan hubungan), *synthesis* (mengorganisasikan, merencanakan, membentuk bangunan baru, dan *evaluation* (menilai). Domain afektif adalah *receiving* (sikap menerima), *responding* (memberikan respon), *valuing* (nilai), *organization* (organisasi), *characterization* (karakterisasi). Domain psikomotorik meliputi *initiatory*, *pre-routine*, dan *routinized*. Psikomotor juga mencakup keterampilan produktif, teknik, fisik, sosial, manajerial, dan intelektual.

2.2. Hipotesis

“Ada Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran Interaktif Terhadap Hasil Belajar Mata Kuliah Asuhan Kehamilan”.

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian menggunakan test awal dan test akhir dengan satu kelompok (*One Group pretest-posttest design*). Dimana rancangan penelitian ini harus melakukan test awal kemudian dilakukan perlakuan dalam jangka waktu tertentu, langkah selanjutnya harus dilakukan test akhir yang dilakukan pada satu kelompok (Sugiyono, 2009).

Penelitian ini dilaksanakan di Program Studi D III Kebidanan STIKES PEMKAB Jombang, pada bulan Juni 2017. Populasi dan sampel pada penelitian ini adalah semua mahasiswa Prodi D III Kebidanan semester 2

dengan jumlah 40 mahasiswa. Teknik sampling yang digunakan adalah *Total Sampling*.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah penggunaan media pembelajaran interaktif, Variabel dependen dalam penelitian ini adalah hasil belajar mata kuliah Asuhan Kehamilan.

Uji statistik yang digunakan adalah Uji t (*t-test*), dengan *Paired t test*, yang artinya membandingkan rata – rata nilai *pretest* dan *posttest* dari satu sampel (Riwidikdo, 2008). Sebelum dilakukan pengujian statistic, dilakukan uji normalitas data terlebih dahulu menggunakan uji *One Sample Kolmogorov Smirnov* dengan menggunakan taraf signifikansi 0,05. Untuk dapat dikatakan data berdistribusi normal.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Data yang diperoleh pada penelitian ini berupa data *pre test* dan data *post test*. Data *pre test* memberikan gambaran kemampuan awal mahasiswa sebelum memperoleh materi pembelajaran, sedangkan data *post test* memberikan gambaran kemampuan akhir mahasiswa setelah melakukan pembelajaran. Data *post test* ini diperoleh dari test tertulis dengan jenis test dan jumlah soal yang sama seperti pada soal *pre test*.

Tabel 1. Data Hasil Pre Test dan Post Test

	<i>Pre Test</i>	<i>Post Test</i>
Nilai Tertinggi	83	96
Nilai Terendah	35	41
Rata – rata	53,5	63,4
Interpretasi	Kurang	Cukup

Berdasarkan data diatas, dapat dilihat bahwa kemampuan mahasiswa terdapat peningkatan antara *pre test* dan *post test*, terdapat peningkatan nilai dari *pre test* ke *post test*.

Tabel 2. Data Distribusi Nilai Pre Test Dan Post Test

	<i>Pre Test</i>	<i>Post Test</i>
Nilai Baik	3 (7,5%)	6 (15%)
Nilai Cukup	9 (22,5%)	22 (55%)
Nilai Kurang	28 (70%)	12 (30%)
Jumlah	40 (100%)	40 (100%)

Berdasarkan data tabel 2, dapat dilihat bahwa kemampuan mahasiswa pada sesi *pre*

test sebagian besar responden mempunyai nilai kurang sebesar 28 Responden (70%), dan pada sesi *post test* sebagian besar responden mempunyai nilai Cukup sebesar 22 responden (55%).

Tabel 3. Hasil Uji Normalitas data

	<i>Pre Test</i>	<i>Post Test</i>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.002

Berdasarkan data tabel 3, dapat dilihat bahwa hasil uji normalitas data menggunakan Kolmogorov Smirnov dapat dilihat bahwa data *pre test* dan *post test* berdistribusi normal.

Tabel 4. Hasil Uji Statistik Paired T- Test

<i>Pre Test dan Post Test</i>	
Mean	-.475
Std. Deviation	.599
Std. Error Mean	.095
Df	39
Sig. (2-tailed)	.000

Berdasarkan data tabel 4, dapat dilihat bahwa nilai p adalah 0.000, jadi hipotesis dapat diterima karena $p < 0.05$, sehingga ada Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran Interaktif Terhadap Hasil Belajar Mata Kuliah Asuhan Kehamilan.

4.2. Pembahasan

Hasil belajar mahasiswa dapat diketahui dengan melakukan beberapa tahapan yaitu *Pre test*, *treatment* dan *post test*. Hasil belajar mahasiswa diperoleh setelah melakukan proses pembelajaran yang diukur melalui tes, tes ini dilakukan dua kali yang pertama adalah *pre test* (tes sebelum melakukan pembelajaran) dan *post test* (tes setelah diberikan kuliah dengan media pembelajaran interaktif).

Dari hasil *pre test* dan *post test* dapat diketahui perbedaan hasil belajar yang signifikan, Berdasarkan data tabel 2, dapat dilihat bahwa kemampuan mahasiswa pada sesi *pre test* sebagian besar responden mempunyai nilai kurang sebesar 28 Responden (70%), dan pada sesi *post test* sebagian besar responden mempunyai nilai Cukup sebesar 22 responden (55%).

Berdasarkan data tabel 4, dapat dilihat bahwa nilai p adalah 0.000, jadi hipotesis dapat diterima karena $p < 0.05$, sehingga ada Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran

Interaktif Terhadap Hasil Belajar Mata Kuliah Asuhan Kehamilan.

Penggunaan media pembelajaran intraktif pada mata kuliah Asuhan Kehamilan ternyata memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap peningkatan hasil belajar mahasiswa, dikarenakan media pembelajaran interaktif ini memiliki dan menampilkan materi perkuliahan secara nyata dan aplikatif, sehingga lebih mudah dipahami oleh mahasiswa. mampu menampilkan obyek – obyek yang sebenarnya tidak ada secara fisik atau diistilahkan dengan *imagery*. Secara kognitif pembelajaran dengan menggunakan *imagery* akan meningkatkan retensi mahasiswa dalam mengingat materi – materi pembelajaran (Munadi, 2008).

Dengan penggunaan media pembelajaran interaktif dan dengan adanya tayangan menarik, animasi dapat menarik mahasiswa untuk mempelajari materi mata kuliah yang diberikan. Pemakaian media pembelajaran interaktif dalam proses belajar dapat membangkitkan keinginan dan minat yang baru, membangkitkan motivasi dan rangsangan kegiatan belajar dan bahkan membawa pengaruh psikologis terhadap mahasiswa (Arsyad, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran bahwa betapa pentingnya menggunakan media pembelajaran saat menyampaikan materi mengajar kepada siswa, dimana salah satunya adalah media pembelajaran interaktif. Sehingga secara langsung ataupun tidak langsung akan mempengaruhi mahasiswa dalam proses pembelajaran, dan akan berdampak pula terhadap hasil belajar mahasiswa pada mata kuliah yang disampaikan, sehingga tujuan akhir dari proses pembelajaran dapat tercapai.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data di atas, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh penggunaan media pembelajaran interaktif terhadap hasil belajar pada mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan. Dibuktikan dengan nilai p adalah 0.000, jadi hipotesis dapat diterima karena $p < 0.05$.

REFERENSI

1. Alimul. 2007. *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah Edisi II*. Jakarta: Salemba Medika. Pp.6 - 17
2. Anitah, S. (2009). *Media Pembelajaran*. Surakarta: Panitia Sertifikasi Guru Rayon 13 FKIP UNS Surakarta.
3. Anitah, S. (2009). *Teknologi Pembelajaran*. Surakarta: Yuma Pustaka
4. Arsyad, A. (2010). *Media Pembelajaran*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Pustaka
5. Sadiman (2008). *Media Pendidikan*. Jakarta: PT. Grafindo Persada.
6. Sukardjo, JS., Subelo, M., Suwarni, Wahyuni (2005). *Ilmu Kealaman Dasar*. Surakarta: UNS Press.
7. Sugiyono, 2009. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta. Pp. 53 - 54

FAKTOR-FAKTOR PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA IBU BEKERJA DI PONKESDES AWANG AWANG KECAMATAN MOJOSARI MOJOKERTO

Dyah Siwi Hety

Dosen STIKes Majapahit Mojokerto

Abstract

The women workers, especially in the formal sector, often have difficulty giving exclusive breast milk to their babies because of limited time and the availability of facilities for breastfeeding in the workplace. Impact, many mothers who work are forced to switch to formula milk and stop giving exclusive breast milk. The purpose of this study is to know the socio-cultural factors, family, and information effect giving exclusive breast milk to women workers.

Design of this study is observation with survey. The variables are the factors of giving exclusive breast milk to women workers. The population in this study is mothers working who breastfeed their infants age 0-6 months amount 26 woman and the sample with consists of 26 respondents. The technique uses non probability sampling total sampling. It had been conducted in the Ponkesdes Awang Awang Mojokerto on September to December, 2017. Collecting data uses a questionnaire. The data are processed with editing, coding, scoring, tabulating.

The results show the majority of respondents believe social culture amount 17 respondents (65.4%). Most respondents whose families the women workers in giving breast milk amount 14 respondents (53.8%). Most respondents have never received information about women workers in giving breast milk amount 15 respondents (57.7%).

Based on this study shows the factors of social culture have relationship with giving exclusive breast milk and most respondent whose do families never support the women giving workers don't give breast milk to their infants and this is caused by almost all of their husband are workers. Mothers who do not breastfeed exclusively are affected with the lack of information obtained about exclusive breastfeeding.

The results of this study show that socio-cultural factors, family, and the information determine the women workers giving exclusive breast milk. The health workers or midwife must improve their knowledge with counseling to the community about exclusive breast milk for healthy infant.

Keywords: *Mother, Working, Giving, exclusive breastfeeding*

1. PENDAHULUAN

ASI Eksklusif adalah terbaik untuk bayi karena tidak hanya membuat anak lebih sehat, tetapi juga membuat lebih cerdas dan lebih mudah menyesuaikan diri dengan lingkungan. ASI juga termurah karena gratis langsung dari ibu (Roesli, 2004). Waktu pemberian ASI (Air Susu Ibu) adalah saat yang penting bagi seorang bayi demi masa depan perkembangan fisik dan otaknya. Program Peningkatan Pengetahuan Air Susu (PPPAS) khususnya ASI Eksklusif merupakan program prioritas, karena dampaknya yang luas terhadap status gizi dan kesehatan balita. Pemberian ASI secara eksklusif ini diberikan selama 6 bulan. Setelah berumur 6 bulan, bayi baru diberi makanan pendamping atau makanan padat yang benar dan tepat. ASI dapat diberikan sampai anak berusia 2 tahun (Kristiyansari,

2009). Sayangnya, pada ibu pekerja, terutama di sektor formal, sering kali mengalami kesulitan memberikan ASI eksklusif kepada bayinya karena keterbatasan waktu dan ketersediaan fasilitas untuk menyusui di tempat kerja. Dampaknya, banyak ibu yang bekerja terpaksa beralih ke susu formula dan menghentikan memberi ASI secara eksklusif. (Depkes RI, 2011).

WHO (*World Health Organization*) merekomendasikan para ibu untuk menyusui secara eksklusif selama 6 bulan, melanjutkannya dengan memberikan makanan pendamping ASI dari bahan – bahan lokal yang kaya nutrisi sambil tetap memberikan ASI sampai anak berusia 2 tahun atau lebih. Pada tahun 2010. Organisasi Internasional Unicef menyebutkan hanya 40% bayi mendapatkan ASI eksklusif pada 6 bulan pertama kehidupannya (Unicef,

2011). Berdasarkan data SDKI bayi usia 4 bulan pada tahun 2008-2009 hanya 55% yang memberikan ASI eksklusif, bahkan lebih parahnya bayi usia 6 bulan hanya 39,5% dari keseluruhan bayi. Secara otomatis pemakaian susu formula meningkat 3 kali lipat antara tahun 2004–2008 (Suririnah, 2008). Data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013 menunjukkan Persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 61,5%. (Depkes RI, 2013). Menurut data dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2015 diketahui cakupan ASI Eksklusif sebesar 73,8%. Sedangkan di Kabupaten Mojokerto tahun 2015 cakupan ASI Eksklusif masih sebesar 51,7%. (Profil Dinkes Kab.Mojokerto,2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan tanggal 11 September 2017 didapatkan dari 12 responden, 5 responden memberikan ASI eksklusif, dan 7 responden tidak memberikan ASI eksklusif (ibu memberikan makanan pendamping seperti pisang dan susu formula pada saat bayi berusia kurang dari 6 bulan).

Pertumbuhan dan perkembangan bayi sebagian besar ditentukan oleh jumlah ASI yang diperoleh termasuk energi dan zat gizi lainnya yang terkandung di dalam ASI tersebut. ASI tanpa bahan makanan lain dapat mencukupi kebutuhan pertumbuhan sampai usia sekitar enam bulan. Setelah itu ASI hanya berfungsi sebagai sumber protein vitamin dan mineral utama untuk bayi yang mendapat makanan tambahan yang tertumpu pada beras. Berbagai alasan dikemukakan oleh ibu-ibu mengapa keliru dalam pemanfaatan ASI secara Eksklusif kepada bayinya, antara lain adalah produksi ASI kurang, kesulitan bayi dalam menghisap, keadaan puting susu ibu yang tidak menunjang, ibu bekerja, keinginan untuk disebut modern dan pengaruh iklan/promosi pengganti ASI dan tidak kalah pentingnya adalah anggapan bahwa semua orang sudah memiliki pengetahuan tentang manfaat ASI (Arifin, 2004). Penyebab kegagalan program pemberian ASI Eksklusif ini antara lain adalah akibat diperkenalkan botol dan susu formula pada awal kelahiran bayi. Selain itu juga kondisi psikologi ibu, dimana ibu merasa tidak yakin akan persediaan ASI-nya bagi bayi karena tidak adanya dukungan suami ataupun keluarga. Alasan ibu bekerja juga sering

menjadi penyebabnya, walaupun juga banyak para ibu yang bisa meneruskan pemberian ASI pada bayinya sambil terus berkarir di luar rumah. Semua dukungan bagi ibu menyusui, dukungan sang ayah adalah dukungan yang paling berarti bagi ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam pemberian ASI Eksklusif. Ayah cukup memberikan dukungan secara emosional dan bantuan bantuan yang praktis. Pengertian dan dukungan ayah dalam upaya pemberian ASI Eksklusif adalah suatu investasi yang berharga (Roesli, 2004).

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan membangkitkan kemauan dan kesediaan untuk memberikan ASI Eksklusif, memberikan ASI saja tanpa memberikan minuman/makanan lain. Bayi harus sering disusui, perhatikan juga posisi menyusui, dan jangan di beri dot atau empeng. Tindakan lain yaitu memotivasi ibu untuk tetap menyusui itu juga penting, dengan cara menghimbau agar kembali pada praktek menyusui anak sendiri. Karena hal itu mendatangkan keuntungan bagi hubungan ibu dan anak (Roesli, 2004).

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas, maka peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul faktor-faktor pemberian ASI eksklusif pada ibu bekerja di Ponkesdes Awang-Awang Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto.

2. KAJIAN LITERATUR

Setiap Ibu dapat menyusui anaknya sampai 2 tahun. Bekerja di luar rumah bukan alasan untuk menghentikan menyusui bayi atau memberi susu formula untuk bayi. ASI mengandung zat antiinfeksi, maka ASI dapat diperah dan disimpan (biasa disebut ASIP = ASI Perahan). ASIP dapat diberikan kepada Ibu selama bekerja. Tapi, tentu diperlukan manajemen laktasi yang baik agar proses menyusui dapat dilakukan secara eksklusif selama 6 bulan pertama dan dilanjutkan hingga 2 tahun.

Bekerja dan tetap memberikan ASI untuk bayi memiliki tantangan karena menyusui memerlukan proses adaptasi antara Ibu dan bayi. Setelah bekerja, Ibu harus berjuang keras untuk menyusui di rumah, memerah dan tetap bekerja dengan baik di kantor. Akan lebih mudah menyusui bayi jika terus berada di dekat bayi karena tingkat keberhasilan

menyusui juga ditentukan oleh durasi cuti setelah melahirkan. Penelitian di Amerika Serikat dan Skotlandia menunjukkan ibu yang mengambil cuti melahirkan lebih lama akan menyusui bayinya lebih lama pula. Di Indonesia, umumnya cuti melahirkan selama 3 bulan, bahkan sebagai PNS menurut UU Kepegawaian hanya diberikan 2 bulan setelah melahirkan. Jadi, selama cuti melahirkan tersebut, Ibu harus mempersiapkan diri untuk tetap menyusui setelah kembali bekerja.

Ibu bekerja yang memiliki tekad untuk tetap memberikan ASI kepada bayinya harus memerah ASI di tempat kerja. Terkadang, kesibukan selama bekerja ataupun kebijakan perusahaan yang tidak kooperatif tidak memberikan waktu yang cukup untuk Ibu memerah ASI. Selain itu belum banyak tempat bekerja yang menyediakan tempat khusus untuk memerah ASI. Pun, fasilitas seperti kulkas jarang tersedia untuk Ibu bekerja yang hendak menyimpan ASIP.

Berita baik untuk Ibu Menyusui yang bekerja seiring dengan ditetapkannya PP Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif pada tanggal 1 Maret 2012. Peraturan ini dibuat dalam rangka melindungi, mendukung dan mempromosikan pemberian ASI Eksklusif sehingga perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan dukungan dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Tenaga Kesehatan, masyarakat serta Keluarga agar ibu dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayi.

Melalui PP ini pemerintah mengharuskan pengurus tempat kerja (perusahaan, perkantoran milik Pemerintah, Pemda dan swasta) serta penyelenggaraan tempat sarana umum untuk mendukung program ASI eksklusif, menyediakan fasilitas khusus untuk menyusui dan/atau memerah ASI sesuai dengan kondisi kemampuan perusahaan, membuat peraturan internal yang mendukung keberhasilan program pemberian ASI eksklusif. Pengurus tempat kerja wajib memberikan kesempatan kepada ibu yang bekerja untuk memberikan ASI Eksklusif kepada bayi atau memerah ASI selama waktu kerja di tempat kerja (BKKBN, 2012)

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *observasional*. Rancang bangun penelitian adalah *survei*. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskriptif tentang *faktor-faktor* pemberian ASI eksklusif pada ibu bekerja di Ponkesdes Awang-Awang Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto. Secara subyektif penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan atau analisis data, membuat kesimpulan dan laporan. Populasi dalam penelitian ini menggunakan ibu bekerja yang menyusui bayi 0-6 bulan di Desa Awang-Awang Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto pada bulan September-Desember 2017 sebanyak 26 responden. Penelitian ini menggunakan *non probability sampling* tipe sampling jenuh (*total sampling*), dengan cara mengambil semua anggota populasi menjadi sampel. Teknik pengolahan data menggunakan editing, coding, scoring, tabulating, untuk teknik analisa data menggunakan skala likert. Untuk mengukur dukungan keluarga digunakan skala likert. Pada skala likert disediakan 4 alternative jawaban dan setiap jawaban sudah tersedia nilainya. Dalam skala *likert* item ada yang bersifat positif (*favorable*) terhadap masalah yang diteliti, sebaliknya ada yang bersifat negatif (*unfavorable*) terhadap masalah yang diteliti. Dukungan dikategorikan menjadi dukungan positif dan dukungan negatif dengan menghitung terlebih dahulu skor-T. Untuk mencari T-skor menggunakan rumus (Setiadi, 2013).

4. PEMBAHASAN

4.1. Sosial budaya

Sebagian besar responden percaya dengan sosial budaya sebanyak 17 responden (65.4%). Pengaruh sosial budaya sangat erat kaitannya dengan pemberian ASI eksklusif. Kebiasaan-kebiasaan yang terjadi di masyarakat seperti Kebiasaan membuang kolostrum (cairan yang keluar pertama dari susu ibu setelah melahirkan) karena kolostrum dianggap kotor disebabkan karena warnanya

kekuning-kuningan, padahal kolostrum memberikan zat kekebalan tubuh bayi terhadap berbagai penyakit. Memberikan ASI diselingi atau ditambah minuman atau makanan lain pada waktu bayi baru lahir beberapa hari. Cara ini tidak tepat karena pemberian makanan atau minuman selain ASI akan menyebabkan bayi kenyang sehingga mengurangi keluarnya ASI. Selain itu, bayi menjadi malas menyusui karena sudah mendapat minuman atau makanan tersebut terlebih dahulu. Berbagai tahayul untuk berpantang makanan yang seharusnya tidak dimakan oleh ibu yang sedang menyusui seperti ikan dengan anggapan ASI akan berbau amis sehingga bayi tidak menyukainya. Anggapan tersebut tidak tepat karena ikan mengandung banyak protein dan akan mempengaruhi rasa pada ASI (Wahyuningsih, 2012).

Melalui PP ini pemerintah mengharuskan pengurus tempat kerja (perusahaan, perkantoran milik Pemerintah, Pemda dan swasta) serta penyelenggaraan tempat sarana umum untuk mendukung program ASI eksklusif, menyediakan fasilitas khusus untuk menyusui dan/atau memerah ASI sesuai dengan kondisi kemampuan perusahaan, membuat peraturan internal yang mendukung keberhasilan program pemberian ASI eksklusif. Pengurus tempat kerja wajib memberikan kesempatan kepada ibu yang bekerja untuk memberikan ASI Eksklusif kepada bayi atau memerah ASI selama waktu kerja di tempat kerja (BKKB, 2012). Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Wawan, dkk, 2010). Responden yang memiliki tradisi yang menghambat dalam pemberian ASI Eksklusif pada bayi disebabkan karena pendidikan ibu yang masih dasar/rendah. Sesuai dengan teori Wawan (2010) Karena semakin tinggi tingkat pendidikan formal yang diperoleh, semakin tinggi pula pengetahuan

tentang pemberian ASI yang dimiliki. Pendidikan tentang pemberian ASI merupakan suatu proses mengubah kepribadian, sikap, dan pengertian tentang ASI sehingga tercipta pola kebudayaan dalam memberikan ASI secara tanpa tambahan bahan makanan apapun. Responden yang dalam keluarganya terdapat tradisi memberikan makanan pada bayi baru lahir karena ibu mengikuti kebiasaan dari keluarga untuk memberikan makanan selain ASI pada bayi yang sebelumnya di haluskan terlebih dahulu, agar bayi terangsang atau terlatih untuk dapat makan dan minum. Responden menyatakan bahwa dalam keluarganya terdapat tradisi untuk memberikan makanan pada bayi ketika bayi berusia kurang dari 6 bulan, hal ini dilakukan karena sudah menjadi tradisi turun temurun untuk memberikan makanan pralaktal pada bayi. Responden mengungkapkan kebanyakan ditempat mereka belum ada yang menyediakan tempat untuk menyusui sehingga dari kebanyakan responden jarang yang memberikan ASI eksklusif.

4.2. Dukungan Keluarga.

Sebagian besar responden keluarga tidak mendukung dalam pemberian ASI pada ibu bekerja sebanyak 14 responden (53.8%).

Seorang ibu yang tidak pernah mendapat nasehat atau penyuluhan tentang ASI dari keluarga dapat mempengaruhi sikapnya pada saat ibu tersebut harus menyusui sendiri bayinya. Hubungan yang harmonis akan mempengaruhi lancarnya proses laktasi. Beberapa unsur budaya mampu menciptakan suatu kebiasaan untuk tidak memberikan ASI karena merasa ketinggalan zaman jika menyusui bayinya, hal ini sangat bertentangan dengan berbagai prinsip yang ada. Adanya pantangan tersebut didasarkan pada keagamaan, tetapi ada pula yang merupakan tradisi yang menurun (Suparyanto, 2011).

Responden banyak yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga tidak memberikan ASI Eksklusif, hal ini disebabkan karena hampir seluruh dari suami ibu adalah seorang pekerja, sehingga suami kurang memiliki waktu yang cukup banyak untuk memberikan perhatian kepada istrinya dikarenakan mereka intensitas bertemu sangatlah kurang. Selain itu banyak dari suami

ibu yang berpendidikan dasar (SD atau SMP) sehingga mempengaruhi dukungan sosial terhadap ibu nifas dalam pemberian ASI pada bayi. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi wawasan dan pengetahuan suami sebagai kepala rumah tangga semakin rendah pengetahuan suami maka akses terhadap informasi kesehatan istrinya akan berkurang sehingga suami akan kesulitan akan mengambil keputusan secara efektif.

Status bekerja atau tidak bekerja sangat berpengaruh dalam waktu pemberian ASI sehingga dapat mempengaruhi dorongan atau motivasi ibu untuk memberikan ASI, ibu bekerja cenderung tidak memberikan ASI eksklusif karena kesibukannya (Handoko, 2011).

Seorang ibu yang bekerja berfikir untuk tidak memberikan ASI eksklusif karena cenderung terlalu sibuk dengan pekerjaannya sehingga memilih cara yang praktis yaitu memberikan susu formula sebagai pengganti ASI. Maka dari itu pekerjaan ibu dapat dijadikan salah satu faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif.

4.3. Informasi

Sebagian besar responden tidak pernah mendapat informasi tentang pemberian ASI pada ibu bekerja sebanyak 15 responden (57.7%).

Kurangnya informasi kepada ibu yang menyusui juga mempengaruhi dalam pemberian ASI eksklusif kepada bayi. Banyak ibu yang merasa bahwa susu formula itu sama baiknya atau malah lebih baik dari ASI sehingga cepat menambah susu formula bila merasa bahwa ASI kurang. Petugas kesehatanpun masih banyak yang tidak memberikan informasi pada saat pemeriksaan kehamilan atau saat memulangkan bayi (Wahyuningsih, 2012).

Ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif dipengaruhi oleh kurangnya informasi yang diperoleh tentang ASI eksklusif. Rendahnya tingkat pemahaman ibu tentang pentingnya ASI setelah kelahiran bayi dikarenakan kurangnya informasi dan pengetahuan yang dimiliki oleh para ibu mengenai segala nilai plus nutrisi dan manfaat yang terkandung dalam ASI.

Pemberian ASI Eksklusif dipengaruhi oleh beberapa hal. Salah satunya adalah umur. Berdasarkan tabel 1.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 20-35 tahun sebanyak 14 responden (53.8%).

Umur dapat mempengaruhi seseorang, semakin cukup tingkat pengetahuan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan menerima informasi dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. (Wawan A, 2010)

Didapatkan kebanyakan responden yang tidak memberikan ASI Eksklusif adalah responden yang berusia 20-35 tahun. Hal ini dikarenakan pada umur ini merupakan umur cenderung bertahan dengan pemikiran/pendapatnya sendiri, sehingga ibu sulit menerima informasi dari luar tentang pemberian ASI Eksklusif sehingga ibu kurang mempersiapkan diri untuk memberikan ASI secara Eksklusif. Sedangkan usia >35 tahun mereka banyak yang memberikan ASI eksklusif dikarenakan mereka kaya akan pengalaman yang menjadikan mereka dapat memilah informasi yang berguna untuk dirinya atau yang merugikan dirinya.

Faktor petugas kesehatan mempunyai peranan penting dalam pemberian informasi sehingga masyarakat mendapat penerangan atau dorongan (motivasi) tentang manfaat pemberian ASI eksklusif (Handoko, 2011).

Kebanyakan responden yang tidak memberikan ASI eksklusif dikarenakan mereka tidak paham pentingnya ASI bagi bayi dan manfaat ASI yang sudah dijelaskan oleh tenaga kesehatan waktu pemeriksaan ANC di Posyandu maupun di BPM dikarenakan penyampaiannya kurang menarik dan penjelasan dari tenaga kesehatan berbelit-belit sehingga para ibu hamil sulit mencerna informasi yang didapat, juga waktu saat penyampaian materi banyak ibu yang mengobrol dan banyak bayi yang menangis yang menjadikan konsentrasi ibu berkurang.

5. KESIMPULAN

Kesimpulan hasil dari penelitian yang dilakukan tentang faktor-faktor pemberian ASI eksklusif pada ibu bekerja di Ponkesdes

Awang-awang Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto didapatkan bahwa sebagian besar responden percaya dengan sosial budaya untuk tidak memberikan ASI eksklusif sebanyak 17 responden (65.4%), sebagian besar responden tidak mendapat dukungan dari keluarga dalam pemberian ASI pada ibu bekerja sebanyak 14 responden (53.8%) dan sebagian besar responden tidak pernah mendapat informasi tentang cara pemberian ASI pada ibu yang bekerja sebanyak 15 responden (57.7%).

REFERENSI

1. Arifin, Siregar. 2004. *Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya*. Sumatra Utara: Universitas Sumatra Utara.
2. Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
3. BKKBN. 2012. *Evaluasi Program Kependudukan dan KB*. Semarang. Materi Rakerda
4. Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2010. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2010*. Surabaya: Dinkes Jatim
5. Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2012. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinkes Jatim
6. Departemen Kesehatan RI. 2011. *Profil Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2011*. Jakarta: Depkes
7. Handoko, Riwidikdo. 2011. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press
8. Hidayat, Aziz, Alimul . 2010. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
9. Kristiyansari, Weni. 2009. *ASI, Menyusui dan Sadari*. Yogyakarta: Nuha Medika
10. Laksono, Kodrat. 2010. *Dahsyatnya ASI & Laktasi Untuk kecerdasan Buah Hati Anda*. Yogyakarta: Media Baca
11. Nazir, Mohammad. 2011. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
12. Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
13. Nurheti, Yuliarti. 2010. *Keajaiban ASI-Makanan Terbaik Untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan si Kecil*. Yogyakarta: CV. Andi
14. Nursalam, 2013. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. edisi 1. Jakarta: Salemba Medika
15. Nuth. 2012. *Gizi Nutrisi Dan Jenis Permainan Untuk Bayi 0-6 Bulan* http://ulfahsita.blogspot.com/2013/12/gizi-nutrisi-dan-jenis-permainan-untuk_7051.html
16. Prasetyono, Dwi Sunar. 2009. *Buku Pintar ASI Eksklusif*. Yogyakarta: Diva Press
17. Purwanti. 2009. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*. Bandung: Cendekia.
18. Roesli, U .2004. *Mengenal ASI Eksklusif*, edisi 2. Jakarta: Trubus Agriwidya
19. Riksani, Ria. 2012. *Keajaiban ASI (Air susu ibu)*, Jakarta Timur: Dunia seha
20. Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
21. Setiadi. 2013. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
22. Suherni. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya
23. Sugiono, 2009. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
24. Suparyanto. 2011. *Konsep Pemberian Asi (Air Susu Ibu)*. <http://dr-suparyanto.blogspot.com>
25. Yuliarti, N. 2010. *Keajaiban ASI-Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si kecil*. Yogyakarta: Andi Offset
26. Wahyuningsih, Puji. 2012. *ASI Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan*. <http://wahyuniheni.blogspot.com>
27. Wawan, A dan Dewi, M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Manusia..* Yogyakarta : Nuha Medika.

HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN JUMLAH ANAK DENGAN PEMILIHAN PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PADA AKSEPTOR KB (Di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya)

Ayu Citra Mayasari¹⁾, Astrida Budiarti²⁾, Adibah Enggar³⁾

¹ Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

Email: ayucitramayasari@gmail.com

² Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

Email: as3da_ns@yahoo.com

³ Keperawatan, Stikes Hang Tuah Surabaya

Email: adibahenggar@gmail.com

Abstract

Family Planning is an action that helps the individual or spouse to get a certain objective, avoid unwanted births, set the interval pregnancies, control the time of birth in a marital relationship and determine the number of children in the family. The purpose of this study is to analyze the correlation the level of education and the amount of children with the choice of contraceptive use in the family planning acceptors in RW 03 Kedung Cowek Surabaya. The method of this research is analytical observational with cross sectional approach. The population of this research is that all KB acceptor in RW 03 of Kedung Cowek Surabaya is 50 people. Determination of the sample in this study using Simple Random Sampling. To know the correlation the level of education and the amount of children with the choice of contraceptive use in the family planning acceptors using spearman rho statistic test with $\alpha = 0,05$. The results showed that education level $p = 0,011$ ($p < \alpha = 0,05$) and amount of children $p = 0,047$ ($p < \alpha = 0,05$) had relationship with choosing contraception usage. The conclusion of this study is the level of education and the amount of children has corelate with the selection of contraceptive use. The higher the level of education will affect the family planning acceptors to choose efektivty of contraception. The more amount of children will affect the family planning acceptors is chosen the type of long-term contraception.

Keywords : Education Level, Amount Of Children, Family Planning Acceptors, Selection Of Contraceptive Usage

1. PENDAHULUAN

Keluarga Berencana (KB) menurut WHO merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapat objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Sulistyawati, 2011). Alat kontrasepsi yang tersedia di Indonesia ada 2 jenis yaitu Non MKJP (kondom, suntik, pil) dan MKJP (IUD, implant, MOP, MOW). Kondisi yang ada di Indonesia masyarakat masih banyak yang menggunakan alat kontrasepsi jangka pendek, padahal alat kontrasepsi jangka pendek memiliki resiko kegagalan cukup tinggi. Meskipun tingkat efektivitasnya rendah metode Non MKJP masih banyak diminati oleh akseptor KB di Indonesia, demikian juga yang

didapatkan di wilayah RW 03 kelurahan Kedung Cowek Surabaya. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa akseptor KB mereka mengatakan meskipun sudah menggunakan metode kontrasepsi jangka pendek dengan baik tetapi masih saja mengalami kegagalan dalam penggunaan kontrasepsi tersebut dan hasilnya mereka tetap saja mengalami peningkatan jumlah anak.

Secara nasional sampai bulan Juli 2016 sebanyak 4.565.977 peserta KB aktif didominasi oleh peserta Non MKJP yaitu sebesar 72,43%, sedangkan untuk peserta MKJP hanya sebesar 27,57% (BKKBN, 2016). Data dari Riskesdas tahun 2013, pencapaian pemakaian alat kontrasepsi sebesar 59,7% (59,3% menggunakan kontrasepsi modern dan 0,4% menggunakan kontrasepsi tradisional). Hasil prevalensi KB baru di Indonesia berdasarkan Survei Pemantauan Pasangan

Usia Subur tahun 2013 mencapai angka 61,9% dengan metode KB yang didominasi oleh peserta KB suntikan (48,56%), pil KB (26,60%), Implan (9,23%), IUD (7,75%), kondom (6,09%), MOP (0,25%) dan MOW (1,52%) (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Menurut BKKBN provinsi Jawa Timur, saat ini banyak Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan alat kontrasepsi berupa KB suntik. Data yang dihimpun oleh BKKBN Jawa Timur menunjukkan penggunaan KB suntik mencapai 3.131.548, KB PIL sebanyak 968.075, implant sebanyak 294.359, kondom sebanyak 52.224, IUD sebanyak 368.909, MOW sebanyak 46.197, MOP sebanyak 46.197 (BKKBN, 2015). Berdasarkan wawancara dengan salah satu kader di wilayah RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya saat ini penggunaan KB di wilayah tersebut didominasi oleh KB suntik sebesar 70%, KB Pil 20%, dan IUD 10%.

Pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti 1) faktor pasangan meliputi umur, gaya hidup, frekuensi senggama, jumlah anak yang diinginkan, pengalaman dengan metode kontrasepsi sebelumnya, 2) faktor kesehatan yang meliputi status kesehatan, riwayat haid, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik dan panggul 3) faktor metode kontrasepsi meliputi efektifitas efek samping, biaya 4) faktor budaya meliputi kesalahan persepsi mengenai suatu metode, kepercayaan religius dan budaya, tingkat pendidikan, persepsi resiko kehamilan, status wanita (Pendit, 2012; Proverawati, Islaely, & Aspuah, 2010).

Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan dalam pola pengambilan keputusan dan menerima informasi. Pada akseptor KB dengan tingkat pendidikan rendah, keikutsertaannya dalam program KB hanya ditujukan untuk mengatur kelahiran, sementara itu pada akseptor KB dengan tingkat pendidikan tinggi, keikutsertaannya dalam program KB selain untuk mengatur kelahiran juga untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga (Indira, 2009).

Begitu pula dengan faktor jumlah anak, jumlah anak berkaitan erat dengan program KB karena salah satu misi dari program KB adalah terciptanya keluarga dengan jumlah anak yang ideal yakni dua anak dalam satu keluarga

(Indira, 2009). Faktor-faktor ini nantinya dapat mempengaruhi keberhasilan program KB. Hal ini dikarenakan setiap metode atau alat kontrasepsi yang dipilih memiliki efektivitas yang berbeda-beda. Seperti metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yang memiliki tingkat efektivitas dan keberhasilan cukup tinggi dibanding dengan Non MKJP.

Sebenarnya angka pemakaian KB di wilayah RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya sudah relatif tinggi, tetapi dalam masalah pemilihan alat kontrasepsi para akseptor KB lebih memilih untuk menggunakan alat kontrasepsi jangka pendek.

Maka dari itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Hubungan Tingkat Pendidikan dan Jumlah Anak dengan Pemilihan Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Akseptor KB di RW 03 kelurahan Kedung Cowek Surabaya.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik. Populasi pada penelitian ini adalah akseptor KB di wilayah RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya. Teknik sampling menggunakan *probability sampling* dengan pendekatan *Simple Random Sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan kuisioner dan wawancara.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan dan jumlah anak pada akseptor KB. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemilihan penggunaan alat kontrasepsi. Penelitian ini menggunakan uji *Spearman Rho*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Jenis KB yang digunakan

No.	Jenis KB	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kondom	1	2.3
2.	PIL	4	9.1
3.	Suntik	33	75.0
4.	IUD	4	9.1
5.	Implant	2	4.5
Total		44	100

Tabel 2. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Pemilihan Penggunaan Alat Kontrasepsi

Jenis KB	Tingkat Pendidikan								Total	
	Tidak Sekolah		SD		SMP		SMA			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Kondom	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
PIL	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%	4	100%
Suntik	1	3%	17	52%	5	15%	10	30%	33	100%
IUD	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
Implant	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total	1	2%	21	48%	9	20%	13	30%	44	100%
Uji <i>Spearman Rho</i> $p = 0,011$										

Uji Spearman Rho $p = 0,011$

Tabel 3. Hubungan Antara Jumlah Anak Dengan Pemilihan Penggunaan Alat Kontrasepsi

Jenis KB	Jumlah Anak								Total	
	1 Orang		2 Orang		> 2 Orang		> 5 Orang			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Kondom	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
PIL	1	25%	1	25%	2	50%	0	0%	4	100%
Suntik	2	6%	1 7	52%	1 0	30%	4	12%	3 3	100%
IUD	0	0%	1	25%	2	50%	1	25%	4	100%
Implant	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Total	3	7%	2 0	45%	1 5	34%	6	14%	4 4	100%

Uji Spearman Rho $p = 0,047$

Data yang diperoleh pada tabel 1 didapatkan responden dengan menggunakan KB suntik sebanyak 33 orang (75.0 %), KB PIL sebanyak 4 orang (9.1 %), KB IUD sebanyak 4 orang (9.1 %), KB implant sebanyak 2 orang (4.5 %), KB kondom sebanyak 1 orang (2.3 %).

Sibagariang menyebutkan bahwa alat kontrasepsi hormonal seperti KB suntik termasuk jenis kontrasepsi yang aman serta efektif dipakai oleh semua wanita dalam rentang usia produktif (Sibagariang & Dkk, 2010). Di Indonesia sendiri peserta KB suntikan (48,56%), pil KB (26,60%), Implan (9,23%), IUD (7,75%), kondom (6,09%), MOP (0,25%) dan MOW (1,52%) (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Tidak hanya di Indonesia di Jawa Timur penggunaan KB suntik mencapai 63,8%, KB PIL 19,7%, implant sebanyak 5,9%, kondom sebanyak 1,0%, IUD sebanyak 7,5%, MOW sebanyak 0,9%, MOP sebanyak 0,9% dan KB tradisional sebanyak 0,3% (BKKBN, 2015).

Menurut hasil yang didapatkan peneliti berasumsi bahwa akseptor KB lebih memilih untuk menggunakan KB suntik dikarenakan lebih praktis karena hanya perlu control setiap 1 atau 3 bulan sesuai dengan yang digunakan oleh akseptor KB. Peneliti berpendapat bahwa responden lebih memilih alat kontrasepsi jenis suntik dikarenakan tingkat keefektifannya yang tinggi serta dapat bertahan secara bertahun-tahun dalam penggunaannya. Selain itu akseptor KB di RW 03 lebih memilih jangka pendek dikarenakan masih banyak yang takut untuk menggunakan jenis KB IUD dan Implant. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Surinati (2013) bahwa rendahnya akseptor yang takut untuk menggunakan KB IUD dikarenakan kurangnya informasi yang didapat.

Dari hasil penelitian didapatkan pula bahwa rata-rata responden telah menggunakan KB selama 3-5 tahun. Dalam jangka waktu tersebut terdapat 16 responden pernah mengganti jenis KB yang digunakan. Responden banyak yang beralih dari KB PIL

ke KB suntik hal tersebut yang menyebabkan tingginya akseptor KB suntik di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya. Alasan mereka mengganti jenis KB tersebut antara lain karena KB yang digunakan sebelumnya menimbulkan masalah kesehatan seperti darah tinggi, perdarahan, kenaikan berat badan.

3.1 Hubungan tingkat pendidikan dengan pemilihan penggunaan alat kontrasepsi pada akseptor KB di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya

Data yang diperoleh dari tabel 2 dijelaskan bahwa dari 44 responden yang menggunakan jenis KB suntik dengan tidak sekolah sebanyak 1 responden (3%), dengan lulusan SD sebanyak 17 responden (52%), dengan lulusan SMP sebanyak 5 responden (15%), dan dengan lulusan SMA sebanyak 10 responden (30%). Responden yang menggunakan jenis KB PIL dengan lulusan SD sebanyak 3 responden (75%), dengan lulusan SMP sebanyak 1 responden (25%). Responden yang menggunakan KB IUD dengan lulusan SMP sebanyak 2 responden (50%), dengan lulusan SMA sebanyak 2 responden (50%). Responden yang menggunakan KB implant dengan lulusan SMP sebanyak 1 responden (50%), dan dengan lulusan SMA sebanyak 1 responden (50%). Dan responden yang menggunakan jenis KB kondom dengan lulusan SD sebanyak 1 responden (100%). Nilai uji *Spearman Rho*. Secara statistik didapatkan $p = 0,011 < \alpha = 0,05$ yang berarti terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemilihan penggunaan alat kontrasepsi pada akseptor KB di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya.

Wanita PUS yang mempunyai pendidikan tinggi akan memilih alat kontrasepsi MKJP karena mereka mempunyai pengetahuan yang baik tentang manfaat dan resiko alat kontrasepsi sehingga mereka memilih alat kontrasepsi yang aman, praktis dan jangka panjang (Christiani, Charis, 2014). Menurut penelitian yang dilakukan Kusumaningrum peningkatan tingkat pendidikan akan menghasilkan tingkat kelahiran yang rendah karena pendidikan akan mempengaruhi persepsi negatif terhadap nilai anak dan akan menekan adanya

keluarga besar (Kusumaningrum, 2009). Orang tua dalam keluarga tentu saja menginginkan agar anaknya berkualitas dengan harapan dikemudian hari dapat melanjutkan cita-cita keluarga, berguna bagi masyarakat dan negara. Dalam hubungan dengan pemakaian kontrasepsi pendidikan akseptor KB dapat mempengaruhi dalam hal pemilihan jenis kontrasepsi yang secara tidak langsung akan mempengaruhi kelangsungan pemakaiannya.

Menurut (Affandi, 2010) faktor pendidikan seseorang sangat menentukan dalam pola pengambilan keputusan dan menerima informasi. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya suatu hal, termasuk pentingnya keikutsertaan dalam KB. Kepandaian membaca dan menulis memudahkan penyebaran keterangan tentang KB, tapi juga mengenai pengertian dasar tentang bagaimana dan mengapa serta berbagai cara membatasi kelahiran dan apakah yang dibatasi selama ini berhasil, apa keuntungan dari tiap-tiap cara tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan yang dimiliki oleh responden rata-rata adalah tingkat pendidikan rendah. Meskipun memiliki tingkat pendidikan hanya lulusan SD tidak membuat akseptor KB tersebut menjadi tidak tahu mengenai kesadarannya akan program KB. Tetapi dalam pemilihan jenis kontrasepsi yang digunakan dari responden yang hanya lulusan SD sebesar 52% menggunakan jenis KB suntik yang termasuk jenis kontrasepsi jangka pendek yang aman dan praktis bagi akseptor KB. Begitupula dengan responden lulusan SMA yang sudah sebagian besar memilih jenis kontrasepsi jangka panjang. Dari hasil yang didapatkan peneliti hampir seluruh responden mempunyai pola pikir yang sama terhadap penggunaan KB. Baik responden dengan pendidikan tinggi maupun rendah beranggapan bahwa penggunaan KB saat ini hanya untuk menjarangkan atau menunda kehamilan saja. Dalam penggunaan KB pada akseptor KB di wilayah RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya masih ditemukan kegagalan peneliti

berasumsi kegagalan tersebut bisa dikarenakan kesalahan akseptor dalam memilih jenis kontrasepsi. Handayani (2010) menyebutkan tingkat pendidikan terakhir PUS tidak saja mempengaruhi keikutsertaan KB tetapi juga pemilihan suatu metode.

3.2. Hubungan jumlah anak dengan pemilihan penggunaan alat kontrasepsi pada akseptor KB di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya

Data yang diperoleh dari tabel 3 dijelaskan bahwa dari 44 responden yang menggunakan jenis KB suntik dengan memiliki 1 orang anak sebanyak 2 responden (6%), memiliki 2 orang anak sebanyak 17 responden (52%), memiliki >2 orang anak sebanyak 10 responden (30%), dan memiliki >5 orang anak sebanyak 4 responden (12%). Responden yang menggunakan KB PIL dengan memiliki 1 orang anak sebanyak 1 responden (25%), memiliki 2 orang anak sebanyak 1 responden (25%), memiliki >2 orang anak sebanyak 2 responden (50%). Responden yang menggunakan KB IUD dengan memiliki 2 orang anak sebanyak 1 responden (25%), memiliki >2 orang anak sebanyak 2 responden (50%), memiliki >5 orang anak sebanyak 1 responden (25%). Responden yang menggunakan KB implant dengan memiliki >2 orang anak sebanyak 1 responden (50%), memiliki >5 orang anak sebanyak 1 responden (50%). Dan responden yang menggunakan jenis KB kondom dengan memiliki 2 orang anak sebanyak 1 responden (100%). Nilai uji *Spearman Rho* secara statistik didapatkan $p = 0,047 < \alpha = 0,05$ yang berarti terdapat hubungan antara jumlah anak dengan pemilihan penggunaan alat kontrasepsi pada akseptor KB di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya.

Saiffudin (2006) dalam (Nawirah & Rahmah, 2014) Jumlah anak ini selalu diasumsikan dengan penggunaan alat kontrasepsi. Banyaknya anak merupakan salah satu faktor pasangan suami istri tersebut memilih menggunakan alat kontrasepsi. Secara teoritis, akseptor yang mempunyai jumlah anak >2 orang (multipara) dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang.

Jumlah anak berkaitan erat dengan program KB karena salah satu misi dari program KB adalah terciptanya keluarga dengan jumlah anak yang ideal yakni dua anak dalam satu keluarga, laki-laki maupun perempuan sama saja. Para wanita umumnya lebih menyadari bahwa jenis kelamin anak tidak penting sehingga bila jumlah anak sudah dianggap ideal maka para wanita cenderung untuk mengikuti program KB. Jumlah anak juga berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan keluarga. Pada keluarga dengan tingkat kesejahteraan tinggi umumnya lebih mementingkan kualitas anak daripada kuantitas anak (Indira, 2009).

Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa responden rata-rata memiliki jumlah anak yang cukup yaitu 2 orang. Hal ini disebabkan karena responden telah menerapkan program KB dengan baik yaitu 2 anak cukup. Tetapi untuk saat ini masih banyak juga responden yang menginginkan untuk menambah jumlah anak lagi. Pemakaian KB saat ini hanya untuk mengatur jarak kelahiran. Dalam penggunaan KB responden yang memiliki 1-2 anak sudah menggunakan jenis kontrasepsi jangka pendek, tetapi pada responden yang memiliki >2 anak ada yang menggunakan jangka pendek dan jangka panjang, pada responden dengan >5 anak masih menggunakan jangka pendek, tetapi sudah ada juga yang menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Semakin banyak anak yang dimiliki maka akan semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan sehingga lebih cenderung untuk memilih metode kontrasepsi jangka panjang. Menurut Fienalia bahwa jumlah anak hidup yang dimiliki seorang wanita, akan memberikan pengalaman dan pengetahuan, sehingga wanita dapat mengambil keputusan yang tepat tentang cara atau alat kontrasepsi yang akan dipakai (Fienalia, 2012).

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan dapat disimpulkan sebagai berikut:

Jenis KB yang paling banyak digunakan oleh akseptor KB di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya adalah jenis KB suntik (75,0%).

Tingkat pendidikan dan jumlah anak memiliki hubungan yang signifikan dengan pemilihan penggunaan alat kontrasepsi pada akseptor KB di RW 03 Kelurahan Kedung Cowek Surabaya.

Diharapkan untuk para akseptor KB dapat meningkatkan pengetahuan tentang pemilihan jenis kontrasepsi. Agar kontrasepsi yang digunakan sesuai.

Diharapkan bagi petugas kesehatan di wilayah tempat penelitian untuk memberikan informasi kesehatan guna meningkatkan pengetahuan terhadap calon akseptor KB melalui sosialisasi program KB dan memberikan edukasi tentang pemilihan jenis kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi calon akseptor KB tersebut.

REFERENSI

1. Affandi, B. (2010). *Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi* (2nd ed.). Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
2. BKKBN. (2016). Peserta KB Aktif Menurut Metode Kontrasepsi. Retrieved from <http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/DALLAP/Laporan2013/ViewLaporanDALLAP.aspx>
3. BKKBN, J. T. (2015). Jumlah PUS Berdasarkan Kesertaan Ber-KB. Retrieved from <http://manajemenpk.bkkbn.go.id/felisa/PUSMenurutKesertaanBerKB.aspx?ProvisiID=15&map=350000&Periode=12/31/2015 12:00:00 AM>
4. Christiani, Charis, D. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemakaian Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Ilmiah Untag Semarang*.
5. Fienalia, R. (2012). Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. *Jurnal FKM UI*, 7(1).
6. Indira, L. (2009). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi Yang Digunakan Pada Keluarga Miskin*. Universitas Diponegoro.
7. Kementerian Kesehatan RI. (2014). Buletin Kemenkes RI. *Artikel*. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-buletin.html>
8. Kusumaningrum, R. (2009). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi Yang Digunakan Pada Pasangan Usia Subur*. Universitas Diponegoro.
9. Nawirah, M. I., & Rahmah. (2014). Faktor Yang Mempengaruhi Pemilihan Kontrasepsi IUD Di Wilayah Kerja Puskesmas Wonomulyo Kecamatan Wonomulyo Kabupaten Polman. *Jurnal Kesmas Unhas*.
10. Pendit, A. U. (2012). *Ragam Metode Kontrasepsi*. Jakarta: EGC.
11. Proverawati, A., Islaely, A. D., & Aspuah, S. (2010). *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
12. Sibagariang, E. E., & Dkk. (2010). *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: TIM.
13. Sulistyawati, A. (2011). *Pelayanan Keluarga Berencana. Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika.

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS PURI KABUPATEN MOJOKERTO

Dian Irawati

Prodi Kebidanan, STIKES Majapahit

email: dian.irawati80@gmail.com

Abstract

A perineal tear is when the skin and/or muscles in the perineum are injured during birth. 2.9 million maternity mothers around the world had perineal tears during 2009. Anggraeni (2016) showed that 60% of mothers in RB Lilik Sidoarjo had perineal tears. Complications of perineal tears are postpartum haemorrhage, infection, fistula, hematoma and intercourse disorders. This study aimed to determine the relationship of parity, distance pregnancy, and infant weight with the incidence of perineum tears at Puri Health Center in 2017. Type of research is analytic observational with cross sectional design. The sample in this study was parturient in Puri Health Center, 29 respondents taken by accidental sampling. Instrument of study was checklist and data were analyzed by chi square test. Chi square results showed that the relationship between parity and perineal tears has p value of 0.36, pregnancy distance with perineal tears has p value of 0.03, whereas the infant weight to the occurrence of rupture uteri has p value of 0.002. Conclusion in this research is there was no relation between parity with perineal tears incidence and there was correlation between pregnancy distance and infant weight with incidence of perineal tears at Puri Puskesmas Mojokerto.

Keywords: factors, perineal tears

1. PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator pencapaian derajat kesehatan ibu. Semakin rendah AKI maka semakin tinggi derajat kesehatan ibu suatu negara. Menurut definisi WHO “kematian ibu adalah kematian perempuan saat hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan” (Prawirohardjo, 2013).

AKI di Indonesia pada tahun 2012 masih jauh dari target MDG's yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan target SDG's dalam kesehatan ibu adalah mengupayakan AKI menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes RI, 2014)

Penyebab tingginya AKI di Indonesia adalah perdarahan, hipertensi, infeksi, dan penyebab lain. (Kemenkes, 2014). Sedangkan penyebab terjadinya perdarahan adalah atonia uteri, rupture perineum, dan sisa plasenta (Sumarah, 2009).

Rupture perineum merupakan kejadian robeknya otot perineum yang sering terjadi selama kala II persalinan. Sebanyak 2.9 juta ibu bersalin di seluruh dunia mengalami

rupture uteri selama tahun 2009. Penelitian yang dilakukan Anggraeni (2016) menunjukkan bahwa 60% ibu bersalin di BPM Ny Lilik Surabaya mengalami rupture perineum.

Penyebab terjadinya rupture perineum antara lain dari faktor ibu yang terdiri dari paritas, jarak kelahiran, cara meneran yang tidak tepat, dan umur ibu. Faktor janin yang terdiri dari berat badan bayi baru lahir dan presentasi. Faktor persalinan pervaginam terdiri dari ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, trauma alat dan episiotomi, kemudian faktor penolong persalinan yaitu pimpinan persalinan yang tidak tepat (Nasution, 2011)

Ruptur perineum merupakan terjadinya perlukaan (robek) pada otot perineum selama proses persalinan kala II dan dapat berulang pada persalinan berikutnya. Perlukaan pada perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa meluas bila persalinan terlalu cepat dan ukuran bayi yang semakin besar (Prawitasari dkk, 2015).

Akibat langsung dari rupture perineum adalah dapat terjadi perdarahan. Kesalahan dalam menjahit akan menimbulkan inkontinensia alvi (proses defekasi yang tidak dapat ditahan) karena sfingterani tidak terjahit dengan sempurna, fistula rektovagina, introitus

vagina menjadi longgar sehingga akan menimbulkan keluhan dalam hubungan seksual (Manuaba, 2010).

Upaya yang dapat dilakukan dalam menurunkan kejadian rupture perineum antara lain dengan senam hamil dan pertolongan persalinan yang aman. Senam hamil dapat dilakukan mulai kehamilan 28 minggu dapat membantu untuk melenturkan otot perineum dan membantu proses pernafasan sehingga diharapkan dapat mengurangi kejadian rupture pada perineum.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rupture perineum di Puskesmas Puri Kabupaten Mojokerto.

Tujuan dari penelitian ini adalah ingin mengetahui adanya hubungan antara paritas dengan kejadian rupture perineum, hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian rupture perineum, dan hubungan antara berat badan bayi dengan kejadian rupture perineum.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBAHAN HIPOTESIS

2.1. Pengertian

Perineum merupakan bagian dari otot bawah panggul yang berada antara vulva dan anus. Perineum terdiri dari otot dan fascia urogenitalis serta diafragma pelvis. (Wiknjosastro, 2007) Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan episiotomy (Prawiroharjo, 2007). Robekan atau laserasi pada perineum terjadi pada hampir semua persalinan anak pertama dan dapat berulang pada persalinan berikutnya.

Rupture perineum secara spontan dapat terjadi di serviks, vagina, genitalia bagian luar, otot perineum hingga anus. Robekan biasanya diawali di bagian tengah dan melebar apabila kepala bayi lahir terlalu cepat. (POGI dan JPKNR-KR, 2017)

2.2. Klasifikasi Ruptur Perineum

1) Derajat I: luasnya robekan hanya sampai mukosa vagina, komisura posterior tanpa mengenai kulit perineum. Rupture perineum derajat I biasanya tidak memerlukan penjahitan.

- 2) Derajat II: robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Ruptur perineum derajat II memerlukan penjahitan dengan menggunakan teknik penjahitan perineum.
- 3) Derajat III: robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum hingga otot sfingter ani.
 - a) IIIa : mengenai sfingter ani eksternum dibawah 50 %
 - b) IIIb: mengenai sfingter ani eksternum lebih dari 50%
 - c) III c: mengenai sfingter ani internum.
 Ruptur perineum derajat III memerlukan penjahitan khusus yang dilakukan oleh dokter spesialis. Jika terjadi robekan perineum derajat III di Puskesmas, Polindes, atau BPM maka klien harus di rujuk ke rumah sakit dengan peralatan yang lebih lengkap.
- 4) Derajat IV : robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani sampai ke dinding depan rektum. Penjahitan rupture perineum derajat IV harus dilakukan oleh dokter spesialis, seperti halnya rupture perineum derajat III. (POGI & JPKNR-KR, 2017 dan Wiknjosastro, 2007)

2.3. Penanganan Ruptur Perineum

Penanganan ruptur jalan lahir adalah

- 1) Melakukan episiotomy untuk mencegah luka yang robek dan pinggir luka yang tidak rata dan kurang bersih pada beberapa keadaan tertentu misalnya tafsiran berat badan janin lebih dari 4000 gr, perineum kaku, dan mempercepat kala II.
- 2) Melakukan penjahitan perineum dengan baik lapis demi lapis, dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki oleh bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh. Tujuan penjahitan robekan perineum adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Penjahitan dilakukan dengan cara jelujur menggunakan benang catgut kromik.

Dengan memberikan anastesi lokal pada ibu saat penjahitan laserasi, dan mengulangi pemberian anastesi jika masih terasa sakit. Penjahitan dimulai satu cm dari puncak luka. Penjahitan dimulai sebelah dalam ke arah luar, dari atas hingga mencapai bawah laserasi.

- 3) Memberikan antibiotik yang cukup. (POGI & JNPK-KR, 2017)

2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ruptur Perineum

- 1) Faktor ibu
Faktor ibu yang dapat mempengaruhi rupture perineum adalah paritas, jarak kelahiran, cara meneran yang tidak tepat, dan umur ibu. (Wiknjosastro, 2006)
- 2) Faktor janin
Faktor janin yang dapat mempengaruhi robekan perineum adalah berat badan janin dan presentasi.
- 3) Faktor persalinan
Faktor persalinan yang dapat mempengaruhi robekan perineum adalah persalinan dengan bantuan alat, misalnya persalinan dengan ekstraksi vakum, ekstraksi forceps, dan episiotomy. (Mochtar, 2010)
- 4) Faktor penolong
Penolong persalinan yang kurang cakap dalam memantau proses persalinan dapat menambah risiko terjadinya robekan perineum. (Nasution, 2011)

2.5. Komplikasi Ruptur Perineum

- 1) Perdarahan
- 2) Infeksi
- 3) Fistula
- 4) Hematoma
- 5) Gangguan Kenyamanan Hubungan Seksual

2.6. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- 1) Terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian rupture perineum
- 2) Terdapat hubungan antara jarak kelahiran dengan kejadian rupture perineum
- 3) Terdapat hubungan antara berat badan bayi dengan kejadian rupture perineum.

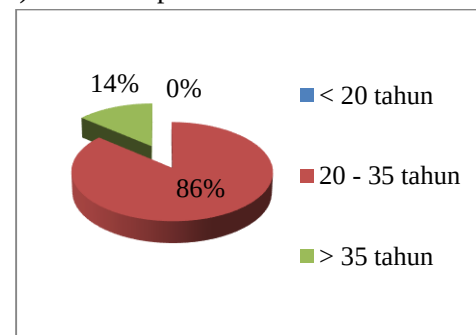
3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *analitik observasional* dengan pendekatan metode *cross sectional* (potong lintang). Teknik pengambilan sampel adalah dengan menggunakan teknik *non random sampling* dan cara yang digunakan adalah *accidental sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu bersalin spontan di PONED Puskesmas Puri Kabupaten Mojokerto selama bulan Februari – Mei 2017, sebanyak 29 responden. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dari observasi langsung pada responden dan data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari rekam medik ibu bersalin di PONED Puskesmas Puri Kabupaten Mojokerto. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan *checklist*. Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian adalah paritas, jarak kehamilan, dan berat badan bayi. Sedangkan variabel tergantungan (*dependent*) dalam penelitian ini adalah rupture perineum. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat yang dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi, dan analisa bivariat yang digunakan untuk mengetahui apakah terdapat suatu hubungan antara dua variabel. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi square*.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Data Umum

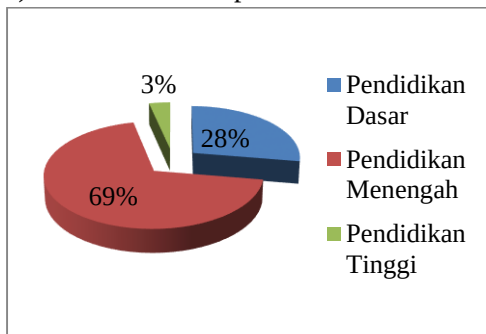
- 1) Usia responden



Gambar 1. Distribusi Frekuensi Usia Responden di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017

Berdasarkan Gambar 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 20-35 tahun. Usia 20-35 tahun merupakan usia reproduksi sehat bagi perempuan dan merupakan usia yang ideal dalam merencanakan kehamilan tetapi tetap harus mengatur jarak kehamilan agar tidak terjadi komplikasi pada ibu dan janin jika jarak kehamilan terlalu dekat.

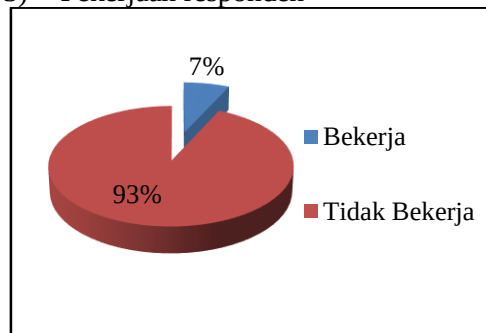
2) Pendidikan responden



Gambar 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017

Berdasarkan Gambar 2 dapat disimpulkan bahwa lebih dari 50% responden berpendidikan menengah.

3) Pekerjaan responden

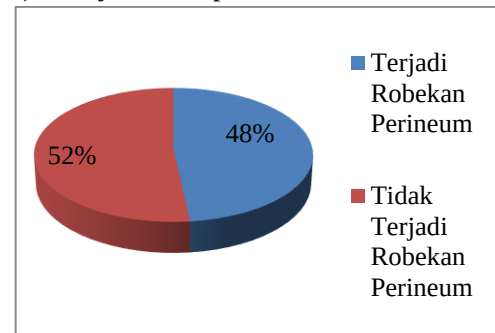


Gambar 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017.

Berdasarkan Gambar 3 dapat diketahui bahwa mayoritas responden tidak bekerja.

4.2. Data Khusus

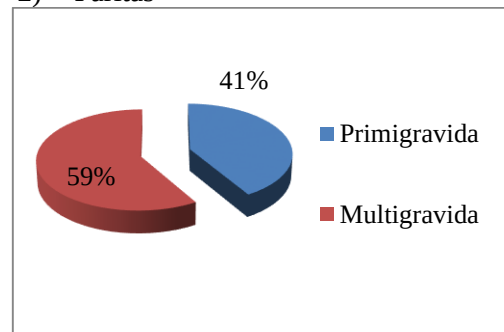
1) Kejadian Ruptur Perineum



Gambar 4. Distribusi Frekuensi Ruptur Perineum di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017

Berdasarkan Gambar 4 dapat diketahui bahwa lebih 50% responden tidak mengalami ruptur perineum. Rupture perineum merupakan kejadian robeknya otot perineum selama proses persalinan. Robekan biasanya terjadi di serviks, vagina sampai ke otot perineum. Sebagian ibu melahirkan pasti akan mengalami ruptur perineum, baik yang spontan maupun dengan cara episiotomy. Semakin besar ukuran kepala bayi dan semakin cepat keluarnya kepala dari jalan lahir maka robekan akan semakin lebar. Rupture perineum sering kali menyebabkan perdarahan pasca persalinan. (Fraser dan Cooper, 2009)

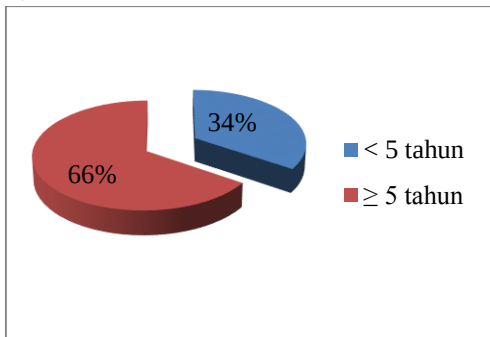
2) Paritas



Gambar 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017.

Berdasarkan Gambar 5 di atas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden adalah ibu multigravida. Multigravida adalah ibu yang lebih dari satu kali melahirkan.

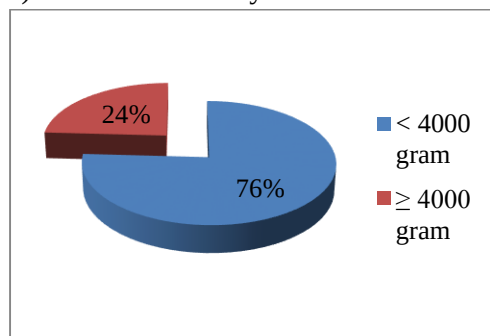
3) Jarak Kehamilan



Gambar 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak Kehamilan di Puskesmas Puri 2017

Berdasarkan Gambar 6 di atas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden memiliki jarak kehamilan ≥ 5 tahun.

4) Berat Badan Bayi



Gambar 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Berat Badan Bayi di Puskesmas Puri 2017

Berdasarkan gambar 7 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden melahirkan bayi dengan berat kurang dari 4000 gram.

4.3. Analisis Bivariat

1) Hubungan Paritas dengan Keadian Ruptur Perineum

Tabel 1. Hubungan Paritas dengan Kejadian Ruptur Perineum di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017

Paritas	Ruptur Perineum		P value
	Tidak Ruptur	Ruptur	
Primigravida	5	7	0.36
Multigravida	10	7	
Total	15	14	

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa hasil tabulasi silang antara paritas dan kejadian rupture perineum menunjukkan hasil uji statistic chi square memiliki hasil p value 0.36 ($p > 0.05$). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian rupture uteri. Hal ini sesuai dengan penelitian Prawitasari dkk (2015), bahwa tidak terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian rupture perineum. Hasil yang berbeda dikemukakan oleh hasil penelitian yang dilakukan Suryani (2013) bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dan kejadian rupture perineum. Penelitian Elisa (2016) dan Pratami & Kuswanti (2015) juga menunjukkan adanya hubungan antara paritas dengan kejadian rupture perineum.

Rupture perineum merupakan kejadian robeknya jalan lahir terutama otot perineum selama proses persalinan. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya rupture pada perineum salah satunya adalah paritas. Namun dalam penelitian ini, paritas tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian rupture uteri. Tidak semua ibu primipara akan mengalami rupture perineum. Hal ini disebabkan perbedaan elastisitas otot perineum pada ibu bersalin. Semakin elastis otot perineum, maka kejadian rupture perineum akan semakin kecil.

Elastisitas perineum tersebut dapat ditingkatkan selama akhir kehamilan dengan melakukan senam hamil ataupun yoga hamil

untuk membantu meregangkan otot dasar panggul. Sehingga otot dasar panggul maupun perineum akan mudah meregang selama proses persalinan.

2) Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Ruptur Perineum

Tabel 2. Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian Ruptur Perineum di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017

Jarak Kehamilan	Ruptur Perineum		P value
	Tidak Ruptur	Ruptur	
< 5 tahun	8	2	0.03
≥ 5 tahun	7	12	
Total	15	14	

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa responden dengan jarak kehamilan lebih dari sama dengan 5 tahun lebih banyak mengalami rupture uteri dibandingkan dengan responden yang memiliki jarak kehamilan kurang dari 5 tahun. Hasil analisis statistic dengan menggunakan uji chi square dapat diketahui bahwa nilai p value sebesar 0.03 ($p < 0.05$). Hal ini dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jarak anak dengan kejadian rupture uteri.

Hasil penelitian di atas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosdiana (2013) bahwa jarak kehamilan berhubungan dengan kejadian rupture perineum. Tetapi hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Prawitasari dkk (2015) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian rupture uteri.

Jarak anak yang ideal untuk menjaga kesehatan ibu dan anak adalah 2-5 tahun. Jarak yang ideal tersebut akan memberikan kesempatan kepada anak untuk tumbuh dan berkembang dengan lingkungan dan gizi yang optimal. Pengaturan jarak kehamilan yang ideal juga akan berdampak terhadap kesehatan ibu. Kesehatan reproduksi ibu akan mengalami pemulihan yang optimal jika jarak kehamilan tidak terlalu dekat. Akan tetapi jika jarak terlalu jauh atau terlalu lama

juga kurang bagus bagi kesehatan ibu. Hal ini dapat terlihat dari hasil penelitian bahwa ibu dengan jarak anak ≥ 5 tahun lebih banyak mengalami rupture perineum.

3) Hubungan Berat Badan Bayi dengan Kejadian Ruptur Uteri

Tabel 3. Hubungan Berat Badan Bayi dengan Kejadian Ruptur Perineum di Puskesmas Puri, Februari – Mei 2017

Berat Badan Bayi	Ruptur Perineum		P value
	Tidak Ruptur	Ruptur	
< 4000 gram	15	7	0.002
≥ 4000 gram	0	7	
Total	15	14	

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa responden yang tidak mengalami rupture perineum seluruhnya melahirkan bayi dengan berat < 4000 gram. Hasil analisis statistic dengan uji exact fisher memiliki nilai p value sebesar 0.002 ($p < 0.05$), sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara berat badan bayi dengan kejadian rupture perineum.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Prawitasari dkk (2015), Anggraeni (2016), dan Sulistyani (2016) yang mengemukakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara berat badan bayi dengan kejadian rupture perineum. Tetapi hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Endriani dkk (2012) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara berat badan bayi dengan kejadian rupture uteri.

Berat badan bayi yang besar (≥ 4000 gram) disertai dengan ukuran tubuh lebih besar. Ukuran bayi yang besar tersebut akan menyebabkan jalan lahir akan lebih teregang dan mengalami robekan karena tidak mampu menahan besarnya janin selama proses persalinan. Berat badan bayi yang berlebih juga akan meningkatkan risiko macet bahu yang pada akhirnya akan semakin meningkatkan risiko terjadinya robekan pada perineum.

5. KESIMPULAN

Kesimpulan penelitian ini adalah:

Tidak terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian rupture perineum di Puskesmas Puri

Terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian rupture perineum di Puskesmas Puri

Terdapat hubungan antara berat badan bayi dengan kejadian rupture uteri di Puskesmas Puri

REFERENSI

1. Anggraeni. 2016. Hubungan Berat Bayi dengan Robekan Perineum pada Persalinan Fisiologis di RB Lilik Sidoarjo. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 9. (1): 91-97.
2. Elisa, Endah, dan Yuniarti. 2016. Hubungan antara Berat Badan Bayi Baru Lahir dengan Kejadian Rupture Perineum Pada Ibu Bersalin Spontan di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Endang Minaharsi, Amd.Keb Ngemplak Simongan Semarang Barat Tahun 2015. *Jurnal Bidan*. 2. (2): 23-30.
3. Endriani, Rosidi, dan Andarsari. 2013. Hubungan Umur, Paritas, dan Berat Bayi Lahir dengan Kejadian Laserasi Perineum di Bidan Praktek Swasta Hj. Sri Wahyuni, S.SiT Semarang Tahun 2012. *Jurnal Unimus*. 84-89.
4. Fraser DM dan Cooper MA. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan*. Jakarta: EGC.
5. Kemenkes RI. 2014. *Infodatin*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
6. Manuaba, I.A Chandranita, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
7. Mochtar. *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi*. 3rd Edition. Jakarta: ECG; 2010
8. Nasution N. 2011. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Ruptur Perineum pada Ibu Bersalin Di RSU Dr.Pirngadi Medan Periode Januari-Desember 2007: *J kesehatan*. I. (2)
9. Oxorn William. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Kebidanan*. Yogyakarta: Andi Offset.
10. POGI dan JNPK-KR. 2017. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR.
11. Prawirohardjo S. 2008. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
12. Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
13. Pratami dan Kuswanti. 2015. Hubungan Paritas Dengan Derajat Ruptur Perineum Pada Ibu Bersalin Normal Di Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*. 5. (1): 17-24.
14. Prawitasari, dkk. 2015. "Penyebab Terjadinya Ruptur Perineum pada Persalinan Normal di RSUD Muntinan Kabupaten Magelang". *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 3. (2): 76-81.
15. Rosdiana. 2013. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Ruptur Perineum pada Ibu Bersalin Normal di Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (Poned) Darul Imarah Aceh Besar (Skripsi). Banda Aceh: Program Studi D-IV Kebidanan STIKES U'budiyah.
16. Sulistiyani. 2016. Hubungan Antara Berat Badan Bayi Baru Lahir Dengan Kejadian Rupture Perineum Pada Ibu Bersalin Spontan Di Bidan Praktik Mandiri (BPM) Endang Minaharsi, Amd.Keb Ngemplak Simongan Semarang Barat Tahun 2015 (Karya Tulis Ilmiah). Ungaran: Akademi Kebidanan Ngudi Waluyo.
17. Sumarah Dkk. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin*. Yogyakarta: CV Fitramaya.
18. Suryani. 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ruptur

Perineum Pada Persalinan Normal di
Rumah Bersalin Atiah. Jurnal
Kesehatan. IV. (1): 277-283.

FUNGSI KOGNITIF DENGAN *ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)* PADA LANSIA

(*Kognitif Function With Activities Of Daily Living (ADL) In The Elderly*)

Ninik Murtiyani¹⁾, Aris Hartono²⁾, Hartin Suidah³⁾, Nindya Putri Pangertika⁴⁾

Akademi Keperawatan Dian Husada

ninik.akbar@yahoo.co.id

Prodi Ilmu Keperawatan, Stikes Bahkti Husada Mulia

hartonoaris@yahoo.co.id

Akademi Keperawatan Dian Husada

suidahhartin@yahoo.co.id

Prodi Ilmu Keperawatan, Stikes Dian Husada

nindyaputri181@gmail.com

Abstract

Independence of the elderly depend on the individual's ability to perform daily activities (Activities of Daily Living- ADL). The decline include bathing, dressing, toileting, move, and eat continent. On the one side the elderly also decreased Cognitive Function as the impact of changes in cerebral tissue. These changes are contained in visuospatial ability, memory, orientation, language, attention, and executive function. The purpose of this study to analyze the relationship between cognitive function in older adults with ADL in Panti Werdha Mojopahit Mojokerto Regency. This research method is Non- Experimental (correlation studies) with Cross Sectional approach. The population of this research is all elderly in the Panti Werdha Mojopahit Mojokerto Regency were 23 elderly people using Total Sampling. The variables of this study was measured using the Cognitive Function MMSE and ADL were measured using the Katz Index. Analysis using descriptif analysis. The results of the study showed most of the 23 respondents experiencing moderate cognitive disorders with a mean value of 21.95. As for the ADL mostly belonging to the independent portion with a mean value of 3.65. There is correlation between Cognitive Function with Activities Of Daily Living (ADL) in the Elderly in Panti Werdha Mojopahit Mojokerto interpreted into Scatter Chart with value shown $r^2 = 0,55$ into strong relationship. Recommendation results of this study are to nurses nursing care to the elderly to take better cognitive function and ADL, so it can help the elderly meet their everyday activities.

Keywords: *Activities Of Daily Living (ADL), Cognitive Function, the Elderly.*

1. PENDAHULUAN

Seiring meningkatnya usia akan berdampak pada kemunduran fisik yang menyebabkan menurunnya gerak fungsional baik kemampuan mobilisasi atau perawatan diri tanpa atau sedikit bantuan dari orang lain. Kemandirian pada lansia bergantung pada kemampuan individu dalam melakukan aktivitas harian [17]. Salah satu akibat dari meningkatnya usia diatas 70 tahun yaitu resiko tinggi akan mengalami penurunan aktivitas harian (*Activities of Daily Living*)(ADL). Penurunan tersebut meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan[2]. Di satu sisi lansia juga akan mengalami penurunan fungsi kognitif sebagai dampak dari terdapat pada tugas yang membutuhkan kecepatan

menggunakan memori jangka pendek. Usia diatas 60 tahun lansia beresiko tinggi mengalami penurunan fungsi kognitif dalam hal belajar, menerima dan mengelola informasi dari lingkungan sekitar, dimana hal tersebut berimplikasi pada orientasi waktu, orientasi tempat, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan juga bahasa[16]. Penurunan tidak hanya terjadi pada individu yang mengalami sakit, namun juga terjadi pada individu lansia yang sehat. Hasil penelitian sebelumnya di panti Werdha Mojopahit Mojokerto didapatkan angka kejadian gangguan fungsi kognitif pada lansia tergolong masih banyak sedangkan untuk masalah *Activities of Daily Living (ADL)* terbilang cukup besar.

Penelitian sebelumnya dilakukan tentang fungsi kognitif pada usia lanjut, menunjukkan lansia dengan fungsi kognitif normal sebanyak 29,5% dan yang mengalami kelainan kognitif berat sebesar 43,2% dari total sampel 95 responden [9]. Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 1 Januari 2015 di PantiWerdha Mojopahit Mojokerto didapatkan lansia berjumlah 23 orang dengan gangguan fungsi kognitif sedang sebesar 14 orang, sedangkan tidak mengalami gangguan kognitif sebesar 9 orang. Sedangkan untuk masalah pemenuhan kebutuhan *Activities of Daily Living* (ADL) sebesar 13 orang dengan kemandirian sedang, sedangkan 10 orang kemandirian penuh.

Lansia mengalami penurunan jumlah *neuron kolinergik* yang berdampak pada penurunan jumlah *neurotransmitterasetilkolin* sehingga mengakibatkan penurunan fungsi kognitif otak itu sendiri dimana lansia tidak dapat mengingat pengalaman masa lalu, terganggunya pusat persyarafan mental dan intelegensi. Penurunan jumlah tersebut menyebabkan gangguan pada sistem syaraf pusat (pengurangan massa otak dan aliran darah diotak) yang membuat *atrofit berploriferasi* sehingga *neurotransmitter (dopamin dan serotonin)* mengalami perubahan dan dapat meningkatkan aktivitas *enzim monoaminoksidase* [12]. Hal inilah yang akan mengakibatkan *Activities of Daily Living* (ADL) mengalami gangguan.

Dalam mengatasi masalah fungsi kognitif dan ADL (*Activity of Daily Living*) yang dialami oleh lansia ialah dengan meningkatkan fungsi kognitif agar dapat memenuhi kebutuhan aktifitas sehari-hari yang harus dilakukan oleh lansia. Beberapa program yang dapat mendorong kemampuan stabilitas, konsistensi dan partisipasi aktif adalah dengan Latihan Memori (daya ingat) dengan orientasi realitas atau keadaan sekitar dan waktu (tanggal dan tahun), Terapi Kemampuan Sosial, Terapi Komunikasi, Terapi Manajemen Stress, Terapi Nostalgia dan Terapi Perilaku. Ada lima macam kebutuhan aktifitas tersebut, diantaranya makan, mandi, berpakaian, mobilitas dan toileting. Dengan meningkatkan fungsi kognitif dapat menurunkan permasalahan pada lansia [13].

Dengan demikian, dapat meningkatkan kualitas kesehatan pada lansia.

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan fungsi kognitif dengan *Activities of Daily Living* (ADL) pada lansia.

2. KAJIAN LITERATUR DAN HIPOTESIS

2.1 Konsep Fungsi Kognitif

2.1.1 Pengertian Fungsi Kognitif

Fungsi kognitif adalah merupakan aktivitas mental secara sadar seperti berpikir, mengingat, belajar dan menggunakan bahasa. Fungsi kognitif juga merupakan kemampuan atensi, memori, pertimbangan, pemecahan masalah, serta kemampuan eksekutif seperti merencanakan, menilai, mengawasi dan melakukan evaluasi.[17]

2.1.2 Macam Fungsi Kognitif

Fungsi otak yang lebih tinggi dapat disubklasifikasikan menjadi [9]:

1. Fungsi yang terdistribusi, yang tidak terlokalisasi pada regio otak tertentu, namun membutuhkan aksi dari berbagai bagian pada kedua sisi otak, seperti :

1) Atensi dan Konsentrasi

Pemeliharaan atensi normal tergantung dari dasar anatomis yang sama dengan kesadaran, yaitu sistem aktivasi retikular yang berproyeksi ke *talamus* dan kemudian ke *korteks serebri* secara difus.

2) Memori

Dengan kemajuan dalam riset *neuropsikologi*, “sistem” memori telah dibagi menjadi beberapa komponen :

(1) Memori Implisit

Respon motorik yang dipelajari yang tidak berhubungan dengan akses kesadaran, misalnya mengendarai mobil dan keterampilan motorik kompleks lainnya.

(2) Memori Eksplisit

Berhubungan dengan akses kesadaran, yang kemudian disubklasifikasikan lagi menjadi (1) Memori *episodik*, misalnya menceritakan kembali detail autobiografi dan kejadian pengalaman pribadi lainnya yang berhubungan dengan waktu tertentu; (2) Memori *semantik*, penyimpanan pengetahuan dunia secara umum.

3) Fungsi Eksekutif yang Lebih Tinggi

Fungsi eksekutif sulit untuk didefinisikan dengan tepat, tetapi meliputi kemampuan untuk membuat rencana, beradaptasi, menangani konsep abstrak dan menyelesaikan masalah digabung dengan aspek perilaku sosial dan kepribadian, misalnya inisiatif, motivasi dan inhibisi.

2. Fungsi yang terlokalisasi, yang tergantung dari struktur dan fungsi normal dari satu area atau tertentu pada satu *hemisfer*.

Dominasi *hemisfer*, pada kebanyakan individu, *hemisfer serebri* kiri merupakan *hemisfer* yang dominan untuk fungsi bahasa. Bahkan mayoritas orang kidal juga memiliki *hemisfer* kiri yang dominan.

1) Fungsi *Hemisfer* Dominan

Afasia atau *disfasia* adalah kerusakan fungsi berbahasa akibat kerusakan otak. Hal ini meliputi bahasa lisan dan tulisan (membaca dan menulis), yang mungkin saja mengalami kerusakan selektif (*aleksia/ disleksia* dan *agrafia/ disgrafia*).

Fungsi bahasa meliputi :

- (1) Kelancaran berbahasa, apakah lansia dapat mengeluarkan frase atau kalimat dengan panjang yang normal (lima atau lebih kata) secara spontan. Jika berbicaranya tidak lancar, maka tata bahasa (*sintaks*) umumnya juga abnormal.
- (2) Pengertian atau komprehensi, sejumlah benda dijabarkan di depan lansia dan lansia diperintahkan menunjuk benda yang disebutkan oleh pemeriksa, misalnya pulpen, jam tangan, kunci, apakah lansia mampu melakukannya? Apakah lansia dapat mengerjakan perintah yang lebih kompleks? ("coba anda ambil kunci dan berikan pulpen pada saya"). Apakah lansia dapat mengerti konsep dibalik pertanyaan? ("Apakah nama adebu yang tertinggal setelah rokok habis?").
- (3) Repetisi, apakah lansia dapat mengulangi kata tunggal atau seluruh kalimat seperti "jika tidak, dan, atau, tetapi?"
- (4) Menyebutkan nama, misalnya nama benda, seperti jam tangan, pulpen dan benda yang kurang familiar seperti pena, gesper, kumparan (kegagalan menyebutkan nama suatu benda (*anomia*).

terjadi pada lansia *disfasia* pada tingkat keparahan yang berbeda.

2) Fungsi *Hemisfer* Nondominan

Jika sebagian besar fungsi bahasa terletak pada *hemisfer* dominan, maka *hemisfer* nondominan sebagian besar, walaupun tidak semuanya, bertanggung jawab untuk keterampilan *visuospasial*.

2.1.3 Penyebab Penurunan Kognitif Pada Lansia

Penurunan kemampuan kognitif pada lansia memperlihatkan perubahan seiring dengan perubahan kondisi kesehatan. Otak lansia sebagaimana organ lain memperlihatkan kehilangan yang gradual. Secara umum diasumsikan bahwa penurunan fungsi kognitif pada lansia disebabkan oleh perubahan *morfologis* jaringan *cerebral*, penurunan kapasitas sirkulasi dan *neurotransmitter*. Selain penurunan fisik, beberapa faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif adalah motivasi, harapan, kepribadian, kebutuhan tugas, pola belajar, kemampuan intelektual, tingkat pendidikan, latar belakang, sosiokultural dan pola proses informasi [2].

2.1.4 Perubahan Kognitif pada Lansia

Perubahan kognitif terdapat pada *performance* terutama pada tugas yang membutuhkan kecepatan, yang memerlukan memori jangka pendek, ini terlihat adanya keterlambatan dalam kecepatan melakukan tugas. Namun perubahan ini bergantung pula kepada macam tes yang diberikan. Kemampuan untuk mengingat dengan baik dibandingkan dengan sebelumnya. Dengan bertambahnya waktu, mereka merasa sukar mengingat hal yang penting sehingga merasa cemas, meskipun kemampuan fisik dan mental yang lain tidak terganggu, kemampuan berjalan masih baik, fasih berkomunikasi dan masih dapat menikmati hobi.

Kemunduran proses mengingat pada lansia terjadi secara bertahap. Dengan berubahnya kondisi kesehatan dari sehat menjadi sakit, lansia menyadari bahwa dirinya perlu mewaspadaai adanya gangguan otak yang menyebabkan gangguan proses memori dan bila terjadi penurunan kemampuan ingatan tertunda yang merupakan ciri khas terjadinya proses patologis seperti *demensia*. Yunus

(2003) menggambarkan kelemahan kognitif ringan atau lebih dikenal sebagai *Mild Cognitive Impairment (MCI)* merupakan salah satu gangguan kognitif termasuk kelompok perantara atau fase transisi antara mudah lupa terkait dengan usia. *Consensus paper on MCI* tahun 2000 membuat rekomendasi untuk kriteria diagnosis untuk seseorang yang dikatakan menyandang kelemahan kognitif ringan apabila memenuhi beberapa persyaratan (1) Adanya laporan dari orang itu sendiri atau keluarga bahwa orang tersebut mengalami kemunduran kognitif lainnya dibandingkan keadaan sebelumnya; (2) Orang tersebut masih mempunyai aktivitas hidup harian sederhana dengan baik; (3) Hasil evaluasi tes penampilan *Mini Mental Status Examination (MMSE)* tidak cukup terganggu dibandingkan kontrol sesuai umur dan pendidikan; (3) Adanya gangguan dalam kemampuan memori atau kognitif lainnya; (4) Gangguan kognitif dan gangguan aktivitas hidup harian tidak cukup parah untuk menetapkan diagnosa demensia [26].

2.1.5 Faktor Resiko Penurunan Fungsi Kognitif Lansia

Jenis kelamin, wanita lebih beresiko mengalami penurunan kognitif daripada laki-laki. Hal ini disebabkan adanya peranan level hormon seks endogen dalam perubahan fungsi kognitif. Reseptor *estrogen* telah ditemukan dalam area otak yang berperan dalam fungsi belajar dan memori, seperti hipokampus. Penurunan fungsi kognitif umum dan memori verbal dikaitkan dengan rendahnya level *estradiol* dalam tubuh. *Estradiol* diperkirakan bersifat *neuroprotektif* yaitu dapat membatasi kerusakan akibat stress oksidatif serta sebagai pelindung sel saraf dari toksisitas amiloid pada lansia Alzheimer [30]

Faktor makanan juga mempengaruhi fungsi kognitif. Kekurangan vitamin D sekitar 25%- 54% pada orang berusia 60 keatas dan 74% ditemukan pada wanita pada penderita Alzheimer. Hal tersebut disebabkan oleh metabolisme vitamin D yang kurang efisien pada orang tua. Karena sumber utama vitamin D adalah sinar matahari, untuk mempertahankan tingkat serum normal, diet saja mungkin tidak cukup tanpa suplementasi. Hasil dari penelitian tentang vitamin D dalam fungsi otak adalah adanya reseptor vitamin D

pada hipokampus dan merupakan pelindung dari saraf vitro.[30]

Salah satu faktor penyakit penting yang mempengaruhi penurunan kognitif lansia adalah hipertensi. Peningkatan tekanan darah kronis dapat meningkatkan efek penuaan pada struktur otak, meliputi penurunan substansia putih dan abu-abu di lobus prefrontal, penurunan hipokampus, meningkatkan hiperintensitas substansia putih di lobus frontalis [22].

Angina pektoris, infark miokardium, penyakit jantung koroner dan penyakit vaskular lainnya juga dikaitkan dengan memburuknya fungsi kognitif[1].

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan positif antara usia dan penurunan fungsi kognitif. Hasil dari pengukuran fungsi kognitif pada lansia adalah 16% pada kelompok umur 60- 69 tahun, 21% pada 70- 74 tahun, 30% pada 75- 79 tahun, dan 44% pada 80 tahun keatas [16].

2.1.6 Manifestasi Gangguan Kognitif pada Lansia

1. Gangguan Bahasa

Gangguan bahasa yang terjadi pada penurunan kognitif terutama tampak pada kemiskinan kosa kata. Lansia tidak dapat menyebutkan nama benda atau gambar yang ditunjukkan padanya (*confrontation naming*), tetapi lebih sulit lagi menyebutkan nama benda dalam satu kategori (*category naming*), misalnya disuruh menyebutkan nama buah atau hewan dalam satu kategori. Sering adanya diskrepansi antara penamaan konfrontasi dan penamaan kategori dipakai untuk mencurigai penurunan kognitif dan *demensia* dini.

2. Gangguan Memori

Sering merupakan gejala yang pertama timbul pada penurunan kognitif dan demensia dini. Tahap awal terganggu adalah memori baru, yakni cepat lupa apa yang baru saja dikerjakan, lambat laun memori lama juga dapat terganggu.

Fungsi memori dibagi dalam tiga tingkatan bergantung lamanya rentang waktu antara stimulus dan *recall* yaitu (1) Memori segera (*immediate memory*), rentang waktu antara stimulus dan *recall* hanya beberapa detik. Disini hanya dibutuhkan pemusatan perhatian untuk mengingat (*attention*); (2)

Memori baru (*recent memory*), rentang waktu lebih lama yaitu beberapa *menit*, jam, bulan bahkan tahun; (3) Memori lama (*remote memory*), rentang waktunya tahunan bahkan seusia hidup.

3. Gangguan Emosi

Gangguan ini sering timbul pada lansia. Sekitar 15% lansia mengalami kesulitan kontrol terhadap ekspresi dan emosi. Tanda lain adalah menangis dengan tiba-tiba atau tidak dapat mengendalikan tawa. Efek langsung yang paling umum dari penyakit pada *personality* adalah emosi yang tumpul, disinhibition, kecemasan yang berkurang atau euforia ringan, dan menurunnya sensitivitas sosial. Dapat juga terjadi kecemasan yang berlebihan, depresi dan hipersensitif.

4. Gangguan Visuospasial

Sering timbul dini pada demensia. Lansia banyak lupa waktu, tidak tahu kapan siang dan malam, lupa wajah teman dan sering tidak tahu tempat sehingga sering tersesat (disorientasi waktu, tempat, dan orang). Secara obyektif gangguan *visuospasial* ini dapat ditentukan dengan meminta lansia mengkopi gambar atau menyusun balok sesuai bentuk tertentu. Semua lobus berperan dalam kemampuan konstruksi dan *lobus parietal* terutama *hemisfer* kanan berperan paling dominan.

5. Gangguan Kognisi (*cognition*)

Fungsi ini yang paling sering terganggu pada lansia dan penurunan kognitif, terutama daya abstraksinya. Selalu berfikir konkret, sehingga sukar sekali memberi makna peribahasa. Juga daya persamaan (*similarities*) mengalami penurunan.

6. Fungsi Eksekutif

Fungsi eksekutif dari otak dapat didefinisikan sebagai suatu proses kompleks seseorang dalam memecahkan masalah/persoalan baru. Proses ini meliputi kesadaran akan keberadaan suatu masalah, mengevaluasinya, menganalisa serta memecahkan atau mencari jalan keluar suatu persoalan. Fungsi ini dimediasi oleh *korteks prefrontal dorsolateral* dan struktur *subkortikal* yang berhubungan dengan daerah tersebut. Fungsi eksekutif dapat terganggu bila sirkuit *frontal-subkortikal* terputus. Lezak membagi fungsi eksekutif menjadi 4 komponen yaitu *volition* (kemauan), *planning*

(perencanaan), *purposive action* (bertujuan), *effective performance* (pelaksanaan yang efektif).

7. Atensi

Atensi adalah kemampuan untuk bereaksi atau memperhatikan satu stimulus dengan mampu mengabaikan stimulus lain yang tidak dibutuhkan. Atensi merupakan hasil hubungan antara batang otak, aktivitas *limbik* dan aktivitas korteks sehingga mampu untuk fokus pada stimulus spesifik dan mengabaikan stimulus lain yang tidak relevan. Konsentrasi merupakan kemampuan untuk mempertahankan atensi dalam periode yang lebih lama. Gangguan atensi dan konsentrasi akan mempengaruhi fungsi kognitif lain seperti memori, bahasa dan fungsi eksekutif [3].

2.1.7 Manajemen Keperawatan Terhadap Kemunduran Kognitif Lansia

Manajemen keperawatan yang dapat dilakukan terhadap kemunduran kognitif adalah dengan mengkaji orientasi lansia. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kognisi lansia. Beberapa program yang dapat mendorong kemampuan stabilitas, konsistensi, identifikasi dan partisipasi aktif adalah:

1. Latihan memori (daya ingat) dengan orientasi realitas atau keadaan sekitar dan waktu (tanggal dan tahun). Orientasi realitas adalah upaya mempertahankan realita yang ada, antara lain terhadap waktu, tempat, dan orang. Pada lansia yang mengalami kemunduran kognitif langkah orientasi realitas seperti jam dinding menunjukkan waktu yang benar dan dapat dilihat, papan orientasi menunjukkan tanggal, menu dan kejadian tiap hari, memberi label pada pintu ruangan seperti toilet, ruang makan, dan lainnya. Orientasi terapi kelompok dengan orientasi konstan terhadap lingkungan.
2. Terapi kemampuan sosial adalah memberikan dorongan dan semangat kepada lansia ketika berinteraksi dengan yang lainnya.
3. Terapi komunikasi adalah dengan meningkatkan pola bicara atau kata terpilih untuk memfasilitasi proses

- berfikir dengan meminimalisir kelainan sensori.
4. Terapi manajemen stres adalah dengan mengidentifikasi faktor yang meminimalisir stres dengan menggunakan metode dan manajemen stres.
 5. Terapi nostalgia dengan bercerita pengalaman masa lalu, hal ini berguna untuk menstimulasi individu supaya memikirkan masa lalu sehingga mereka dapat menyatakan lebih banyak tentang kehidupan mereka kepada staf atau ahli terapi.
 6. Terapi perilaku adalah dengan mempertahankan konsistensi dan stabilitas untuk mengidentifikasi harapan dan perilaku dengan mengenali stresor dan kontroling dengan menggunakan jadwal tertulis dengan arahan membantu aktivitas.
 7. *Pharmacotherapy* dengan terapi obat untuk mengatur perubahan perilaku yang mempengaruhi lansia.
 8. Program latihan yang cukup dengan olahraga secara teratur, senam, berjalan disekitar rumah sakit dan taman dapat mendukung proses mempertahankan kemampuan kognitif [13].

2.1.8 Alat Ukur Fungsi Kognitif

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur gangguan kognitif adalah [8]

1. *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Digunakan untuk mendeteksi adanya gangguan kecerdasan intelektual, terdiri dari 10 hal yang menguji orientasi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh, dan kemampuan matematis [8]

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) adalah suatu instrumen yang saling menunjang, mudah digunakan dan tidak memerlukan bahan yang bersifat khusus. Pengujian ini muncul dan memenuhi kriteria minimal untuk mengemukakan keabsahan, menjadi suatu sarana pemeriksaan status mental yang meliputi orientasi, ingatan jangka panjang dan penghitungan. Tidak terdapat tugas yang bersifat menguji ingatan jangka pendek [18].

2. *Skala Mini Mental Status Exam (MMSE)*

Pemeriksaan *Mini Mental State Examination (MMSE)* ini awalnya dikembangkan untuk skrining demensia, namun sekarang digunakan secara luas untuk pengukuran fungsi kognitif secara umum. Pemeriksaan *MMSE* kini adalah instrumen skrining yang paling luas digunakan untuk menilai status kognitif dan status mental pada usia lanjut [10].

Sebagai satu penilaian awal, pemeriksaan *MMSE* adalah tes yang paling banyak dipakai. Pemeriksaan status mental *MMSE* Folstein adalah tes yang paling sering dipakai saat ini. Penilaian dengan nilai maksimal 30, cukup baik dalam mendeteksi gangguan kognitif, menetapkan data dasar dan memantau penurunan kognitif dalam kurun waktu tertentu. Skor *MMSE* normal 24- 30. Bila skor kurang dari 24 mengindikasikan gangguan fungsi kognitif [7].

Instrumen ini disebut “mini” karena hanya fokus pada aspek kognitif dari fungsi mental dan tidak mencakup pertanyaan tentang mood, fenomena mental abnormal dan pola pikiran. *Mini Mental State Examination (MMSE)* menilai sejumlah domain kognitif, orientasi ruang dan waktu, working and immediate memory, atensi dan kalkulasi, penamaan benda, pengulangan kalimat, pelaksanaan perintah, pemahaman dan pelaksanaan perintah menulis, pemahaman dan pelaksanaan perintah verbal, perencanaan dan praksis. Instrumen ini direkomendasikan sebagai screening untuk penilaian kognitif global oleh *American Academy of Neurology (AAN)* [10].

Nilai *MMSE* secara umum menurun seiring dengan bertambahnya usia. Meskipun skor rerata yang rendah pada orang usia lanjut dapat mengakibatkan prevalensi demensia yang semakin meningkat pada kelompok usia lanjut. Skor 30 tidak selalu berarti fungsi kognitifnya normal dan skor 0 tidak berarti secara mutlak bahwa fungsi kognitifnya tidak ada [29].

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental: orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali serta bahasa [12]

2.2 Konsep Kemandirian *Activities of Daily Living (ADL)* Lansia

2.2.1 Pengertian Kemandirian *Activities of Daily Living (ADL)* Lansia

Tahun 1959 dikembangkan suatu teori untuk mengarahkan praktek mahasiswa keperawatannya yang dikemukakan oleh Dorothea Orem. Proses menjadi teori berlangsung dari tahun 1868- 1979. Dalam berbagai teori keperawatan yang ada, teori Orem merupakan teori yang mendasari dan menilai kemampuan klien dalam memenuhi aktivitas harian. Orem mengembangkan teorinya dalam bidang keperawatan dan menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Terdapat tiga bentuk teori kemandirian yang disampaikan Orem dalam *capable of self care* (mampu merawat diri sendiri). Teori *Self Care* mengungkapkan hubungan antara tindakan untuk merawat diri dengan perkembangan fungsi individu. Teori *Self Care Deficit* mengungkapkan ketidakmampuan klien dalam hal ini lansia dalam merawat dirinya. Teori *Nursing System* mengungkapkan tentang perawatan diri yang terapeutik dapat dilakukan secara mandiri oleh lansia dan diperlukan keterlibatan sistem untuk memenuhinya [21].

Fokus dari ketiga teori ini adalah mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. Klien dalam teori ini adalah suatu unit yang digambarkan berfungsi secara biologik, simbiotik dan sosial, yang menghendaki aktivitas merawat diri sendiri dalam mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Lansia sebagai individu sama halnya dengan klien yang digambarkan oleh Orem yaitu suatu unit yang juga menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Kemandirian pada lansia tergantung pada kemampuan status fungsionalnya dalam melakukan aktivitas harian [15].

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian *Activities of Daily Living (ADL)* Lansia

1. Usia

Lansia yang telah memasuki usia 70 tahun, ialah penderita resiko tinggi yang akan mengalami penurunan aktifitas

harian[14]. Dengan meningkatnya usia maka secara alamiah akan terjadi penurunan kemampuan fungsi untuk merawat diri sendiri maupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, dan akan semakin bergantung pada orang lain. Dimana semakin meningkatnya usia maka semakin berkurangnya kemampuan penderita dalam beraktifitas harian.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas harian. Laki-laki memiliki tingkat ketergantungan lebih besar dibandingkan wanita, dan ini akan terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Kehidupan dalam susunan keluarga (*family living arrangement*) dapat dilihat bahwa wanita lebih banyak yang mandiri. Dapat dilihat dalam masyarakat bahwa lebih banyak wanita yang ditinggalkan suaminya, yang dapat membesarkan anak sampai berhasil. Kebanyakan laki-laki yang tidak mandiri terjadi karena laki-laki yang tidak terbiasa dengan pekerjaan rumah. Hal ini dipengaruhi oleh tradisi daerah setempat, dimana laki-laki hanya bertugas mencari uang sedangkan untuk pekerjaan yang menyangkut mengurus rumah dan keluarga adalah tanggung jawab istri sebagai ibu rumah tangga.

3. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu unsur penting untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mencapai kehidupan yang lebih baik. Dengan pendidikan yang semakin tinggi dapat menghasilkan keadaan sosioekonomi makin baik dan kemandirian yang semakin baik.

4. Kondisi Kesehatan

Secara teori lansia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah mereka yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima. Dengan kesehatan yang baik mereka bisa melakukan aktivitas apa saja dalam kehidupannya sehari-hari seperti mengurus dirinya sendiri, bekerja dan rekreasi. Kemandirian bagi lansia dapat dilihat dari kualitas kesehatan sehingga dapat melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS). Lansia yang tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri umumnya memiliki kondisi kesehatan yang tidak baik. Mereka mengalami keluhan $\geq 60\%$ dari keluhan yang umum dialami lansia, lansia tidak bisa melihat karena

menderita kebutaan, mengalami kelumpuhan karena sudah lama menderita stroke. Lansia yang tidak mandiri juga disebabkan karena kondisi tubuh penderita yang sudah melemah karena berubahnya status kesehatan dari sehat menjadi sakit. Sehingga sangat bergantung pada bantuan orang lain terutama anak.

5. Kehidupan Beragama

Agama memainkan peran mendukung bagi banyak lansia, hal ini antara lain dukungan sosial, keinginan akan gaya hidup yang sehat, persepsi tentang kontrol terhadap hidup mereka melalui *do'a*, mendorong kondisi emosi positif, penurunan stres dan keimanan terhadap Tuhan sebagai cara hidup yang baik. Agama memiliki pengaruh positif pada kesehatan mental secara fisik dan usia.

6. Kondisi Ekonomi

Kondisi lansia akan menyebabkan kemunduran di bidang ekonomi. Masa pensiun akan berakibat turunnya pendapatan, hilangnya fasilitas, kekuasaan, wewenang dan penghasilan. Masalah ekonomi yang dialami lansia adalah tentang pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari seperti kebutuhan sandang, pangan, perumahan, kesehatan, rekreasi dan sosial. Dengan kondisi fisik dan psikis yang menurun menyebabkan mereka kurang mampu menghasilkan pekerjaan yang produktif. Jika tidak bekerja berarti bantuan yang diperoleh mereka dari bantuan keluarga, kerabat dan orang lain.

7. Aktivitas Sosial

Berdasarkan hasil riset tim dokter dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Harvard. Aktivitas sosial dan kegiatan produktif dapat meningkatkan kualitas, kemampuan dan usia hidup seseorang. Mereka yang lebih aktif secara sosial ternyata lebih sedikit yang meninggal dan lebih mandiri dibanding mereka yang kurang aktif. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kondisi penting yang menunjang kebahagiaan bagi lansia adalah menikmati kegiatan sosial yang dilakukan dengan kerabat keluarga dan teman.

8. Dukungan Keluarga

Bagi lansia, keluarga merupakan sumber kepuasaan, umumnya mereka ingin tinggal di tengah keluarga. Penderita yang tinggal bersama lebih mungkin untuk bertahan hidup dan mempertahankan kemandirian mereka dibanding mereka yang hidup

sendirian. Angka kematian untuk pria lansia secara substansial jauh lebih tinggi dibanding wanita lansia. Hidup menajanda atau menduda mempunyai pengaruh meningkatkan angka kematian pria yang ditinggalkan. Kematian dari salah seorang pasangan hidup sering kali diikuti dengan meningkatnya angka ketergantungan dan kebutuhan akan dukungan keluarga dari pasangan yang masih hidup.

9. Olahraga

Olah raga dapat meningkatkan kemandirian lansia karena melalui olahraga dapat mengurangi dan bahkan mencegah penurunan fungsional penderita. Terapi fisik dirancang untuk meningkatkan keseimbangan, kekuatan, dan pergerakan. Latihan kekuatan dan keseimbangan. Latihan kekuatan membantu mencegah menurunnya densitas tulang dan massa otot yang menyebabkan kelemahan dan cacat fisik. Ketika latihan kekuatan otot dikombinasikan dengan latihan keseimbangan, secara signifikan dapat mengurangi risiko tinggi jatuh pada Lansia.[1].

Hasil penelitian *The centre for Diseases Control and Prevention* di Amerika Serikat dan *The American College of Sports Medicine* yang memberikan rekomendasi berolah raga selama 15- 30 menit sehari selain aktivitas sehari-hari, dan tidak harus berturut-turut. *The Journal of the American Medical Association* yang mempublikasikan beberapa aktivitas yang dianggap mempunyai intensitas sedang yang dianjurkan untuk lansia yaitu jalan santai, bersepeda, berenang, senam, olah raga menggunakan raket [1].

2.2.3 *Activities of Daily Living (ADL)* pada Lansia

Untuk melihat kemampuan fungsional seseorang, khususnya lansia dapat diamati dari kemampuan melakukan aktivitas kesehariannya. *Activities Daily Living (ADL)* adalah fungsi- fungsi yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri klien yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan. Kemandirian lansia dalam *Activities Daily Living (ADL)* didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal. Untuk menilai ADL digunakan

berbagai skala seperti *Katz Index*, Bartel yang dimodifikasi dan *Functional Activities Questioner (FAQ)* [12]

2.2.4 Pengkajian Indeks Katz dari AKS

Indeks katz meliputi kemampuan mandiri klien untuk mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah tempat, mempertahankan inkontinensia dan makan. Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengawasan atau asisten pribadi. Ini didasarkan pada status aktual dan bukan pada kemampuan. Dalam tiga puluh tahun sejak instrument dikembangkan, instrument telah dimodifikasi dan disederhanakan serta pendekatan yang berbeda untuk penilaian telah digunakan secara konsisten yang ditujukan untuk mengevaluasi status fungsional lansia di populasi. Alat ini digunakan secara luas untuk mengukur kemampuan fungsional lansia di lingkungan klinis dan rumah [25].

Katz Indeks dari AKS adalah alat yang secara luas digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis. Indeks merentang keadekuatan pelaksanaan dalam enam fungsi seperti mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, kontinen, dan makan. Ini adalah alat yang berguna bagi perawat karena menggambarkan tingkat fungsional klien pada pokok waktu spesifik dan secara objektif mengukur efek tindakan yang diharapkan untuk memperbaiki fungsi. Skala ini lebih cenderung menggunakan “mandiri, semi mandiri, dan tergantung” dari menggunakan daftar cek yang berisi empat atau lima gradasi yang mendefinisikan sejauh mana lansia tersebut memerlukan bantuan [12].

Indeks kemandirian pada aktivitas sehari-hari berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau tergantung dari klien dalam mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan. Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif, kecuali seperti spesifik diperlihatkan di bawah ini. Ini didasarkan pada status aktual dan bukan pada kemampuan. Seorang klien yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun dia dianggap mampu [2].

2.3 Hubungan Fungsi Kognitif dengan *Activities of Daily Living (ADL)* pada Lansia

Hubungan antara aktivitas sehari-hari (*ADL*) dan fungsi kognitif adalah sesuatu yang positif dan kontroversial terutama pada golongan usia lanjut, karena perubahan disemua sistem di dalam tubuh manusia. Perubahan disemua sistem di dalam tubuh manusia tersebut salah satu misalnya terdapat pada sistem saraf. Perubahan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya penurunan dari fungsi kerja otak. Berat otak pada lansia umumnya menurun 10- 20%. Penurunan ini terjadi pada usia 30- 70 tahun [30]. Penelitian terkini menyebutkan bahwa walaupun tanpa adanya penyakit neurodegeneratif, jelas terdapat perubahan struktur otak manusia seiring bertambahnya usia. Perubahan patologis pada lansia juga berhubungan dengan kemunduran fungsi kognitif [11].

Hal tersebut tentunya juga akan berpengaruh pada aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living- ADL*) sehingga dapat menurunkan kualitas hidup lansia yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari [1]. Kemandirian lansia berdasarkan *indeks Katz* meliputi makan, minum, mandi, berpakaian, *toileting*, *continen*, dan berpindah [18].

Penurunan fungsi kognitif akan menyebabkan gangguan pada sistem saraf pusat, yaitu pengurangan massa otak dan pengurangan aliran darah otak. Selanjutnya akan menyebabkan *atrofi berproliferasi* sehingga *neurotransmitter* (dopamin dan serotonin) akan berubah. Perubahan pada *neurotransmitter* ini akan meningkatkan aktivitas *enzim monoaminoksidase (MAO)* (Pranarka, 2006). Hal inilah yang akan mengakibatkan *Activities of Daily Living (ADL)* mengalami gangguan.

Lansia menjadi memerlukan beberapa bantuan untuk melakukan beberapa aktivitas yang semula mereka mampu untuk melakukannya sendiri. Diperkirakan bahwa sepertiga orang dewasa akan mengalami penurunan fungsi kognitif secara bertahap yang dikenal sebagai gangguan kognitif ringan seiring dengan bertambahnya usia mereka. Jadi, variabel dalam penelitian ini adalah hubungan antara fungsi kognitif dan

kemandirian dalam melakukan *Activities of Daily Living (ADL)*.

3. METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah observasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang sedang berada di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto berjumlah 23 orang lansia yang memenuhi kriteria penelitian. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Non probability sampling* dengan teknik *Total Sampling*.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Pengukuran Fungsi Kognitif Lansia

Fungsi Kognitif	Nilai
Nilai Mean	21,95
Nilai Std. Deviasi	2,91
Nilai Minimum	18,00
Nilai Maksimum	26,00
N	23

Nilai rerata fungsi kognitif di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto didapatkan 21,95 diinterpretasikan kedalam Gangguan Kognitif Sedang. Otak lansia sebagaimana organ lain memperlihatkan kehilangan yang gradual. Dapat diasumsikan penurunan fungsi otak merupakan faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif, sehingga memunculkan manifestasi gangguan fungsi kognitif [2]. Perubahan kognitif terdapat pada performance terutama pada tugas yang membutuhkan kecepatan, yang memerlukan memori jangka pendek, ini terlihat adanya keterlambatan dalam kecepatan melakukan tugas. Lansia pada dasarnya akan mengalami penurunan fungsi otak yang dapat mempengaruhi fungsi kognitif lansia, sebagaimana kita tahu fungsi kognitif lansia cenderung menurun seiring bertambahnya usia. Fungsi kognitif dapat mengalami gangguan dalam hal berbahasa, membaca, menulis dan berhitung[26].

Ketika memasuki usia lansia akan mengalami gangguan salah satunya pada orientasi yaitu lansia mudah lupa akan waktu dan tempat. Lansia kurang dapat mengingat waktu terutama yang lebih spesifik yaitu dalam mengingat tanggal, sedangkan untuk tempat

lansia mudah lupa dimana mereka berada dan didaerah mana mereka tinggal.

Lansia tidak dapat menyebutkan nama benda atau gambar yang ditunjukkan padanya (*confrontation naming*), tetapi lebih sulit lagi menyebutkan nama benda dalam satu kategori (*category naming*), misalnya disuruh menyebutkan nama buah atau hewan dalam satu kategori. Sering adanya diskrepansi antara penamaan konfrontasi dan penamaan kategori dipakai untuk mencurigai penurunan kognitif dan demensia dini[3]. Lansia akan mudah menyebutkan nama benda yang ditunjukkan secara langsung tetapi tidak dalam satu kategori, hal ini dikarenakan lansia disorientasi registrasi dimana lansia sulit menyebutkan nama benda dalam satu kategori. Mereka cenderung bingung dan kurang dapat membedakannya.

Manifestasi gangguan fungsi kognitif lansia dapat meliputi gangguan pada aspek bahasa, memori, emosi, visuospasial, kognisi, eksekutif dan atensi. Tahap awal terganggu adalah memori baru, yakni cepat lupa apa yang baru saja dikerjakan, lambat laun memori lama juga dapat terganggu. Fungsi memori segera (*immediate memory*), rentang waktu antara stimulus dan *recall* hanya beberapa detik. Disini hanya dibutuhkan pemusatan perhatian untuk mengingat (*attention*)[3]. Semakin bertambahnya usia seseorang akan mengalami penurunan daya ingat tanpa terkecuali lansia dimana mereka akan mengalami kesulitan mengulang apabila ada perintah mengulang kembali kata atau kalimat atau disuruh menyebutkan hal lain.

Secara obyektif gangguan visuospasial ini dapat ditentukan dengan meminta lansia mengkopi gambar atau menyusun balok-balok sesuai bentuk tertentu. Semua lobus berperan dalam kemampuan konstruksi dan lobus parietal terutama hemisfer kanan berperan paling dominan⁸. Lansia mengalami kesulitan menulis kalimat dan menyalin gambar dikarenakan lansia mengalami penurunan penglihatan. Lansia cenderung mudah menyalin gambar yang sederhana dibandingkan gambar yang rumit, sedangkan untuk menulis kalimat kebanyakan tulisan lansia kurang bisa dibaca

3.2. Pengukuran Rerata *Activities of Daily Living (ADL)* Pada Lansia

<i>Activities of Daily Living (ADL)</i>	Nilai
Nilai Mean	3,65
Nilai Std. Deviasi	1,19
Nilai Minimum	2,00
Nilai Maksimum	5,00
N	23

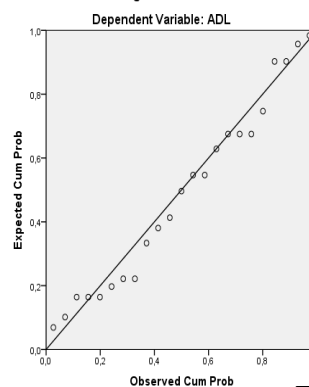
Nilai mean (rerata) *Activities of Daily Living (ADL)* Pada Lansia Di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto didapatkan 3,65 diinterpretasikan kedalam Mandiri Sebagian. Penurunan *Activity of Daily Living (ADL)* lansia disebabkan oleh adanya penurunan darah ke otak yang nantinya dapat menyebabkan terjadinya kerusakan pada pusat gerakan di area lobus frontalis, yang mengakibatkan saraf- saraf pengatur gerakan tubuh menjadi lemah dan tidak dapat berfungsi secara normal dan menjadikan kemampuan saraf sensorik dan motorik terganggu, dimana saraf tersebut berfungsi sebagai pengendali setiap gerakan yang akan dilakukan dan berdampak pada terhambatnya kemampuan fungsional dalam tubuh, yang diantaranya adalah aktivitas bergerak, mengurus diri, dan kegiatan sehari- hari. Akibatnya lansia tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan *Activities of Daily Living (ADL)* yang diantaranya adalah mandi, toileting, dan berpindah. Sebagian besar responden tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan mandinya sendiri diakibatkan karena kehilangan fungsi motoriknya⁹. Hal ini terkait dengan penurunan aliran darah ke otak dengan kemampuan lansia melakukan aktivitas harian, karena faktor degeneratif yang dapat mengakibatkan kerusakan saraf yang ada di otak, hal tersebut dapat mengakibatkan kelemahan dalam fungsional tubuh. Lansia akan mengalami kelemahan dalam melakukan aktivitas harian yang membutuhkan kecepatan dan lansiatergantungan pada bantuan orang lain, baik sebagian maupun total.

Lansia mengalami penurunan jumlah neuron kolinergik yang berdampak pada penurunan jumlah neurotransmitter asetilkolin sehingga mengakibatkan penurunan fungsi kognitif otak itu sendiri dimana lansia tidak dapat mengingat pengalaman masa lalu, terganggunya pusat persyarafan mental dan

intelengensi. Penurunan jumlah tersebut menyebabkan gangguan pada sistem syaraf pusat (pengurangan massa otak dan aliran darah di otak) yang membuat atrosit berploriferasi sehingga neurotransmitter (dopamin dan serotonin) mengalami perubahan dan dapat meningkatkan aktivitas enzim monoaminoksidase, hal inilah yang akan mengakibatkan *Activities of Daily Living (ADL)* mengalami gangguan [12]. Salah satu akibat dari meningkatnya usia diatas 70 tahun yaitu resiko tinggi akan mengalami penurunan aktivitas harian (*Activities of Daily Living-ADL*) [17]. Penurunan tersebut meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan[2]. Lansia sebagai individu sama halnya dengan klien yang digambarkan oleh Orem yaitu suatu unit yang juga menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Kemandirian pada lansia tergantung pada kemampuan status fungsionalnya dalam melakukan aktivitas harian [15]. Sebagian besar lansia mengalami penurunan *Activities Of Daily Living (ADL)* dalam hal toileting, kontinen dan makan. Untuk toileting lansia sebagian besar membutuhkan bantuan ke kamar mandi, untuk kontinen sebagian lansia kurang bisa mengontrol ketika berkemih, sedangkan untuk makan sebagian besar lansia membutuhkan bantuan ketika mengambil makanan. Semua itu dikarenakan lansia mengalami penurunan *Activities Of Daily Living (ADL)* yang berdampak pada kehidupan harian sehingga mengakibatkan lansia menjadi tergantung.

3.3. Hubungan Fungsi Kognitif Dengan *Activities of Daily Living (ADL)* Pada Lansia

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



$$r^2 = 0,55$$

Fungsi Kognitif

Dari gambar diatas menunjukan deretan titik mendekati garis lurus yang berarti kedua variabel Fungsi Kognitif dan *Activities of Daily Living (ADL)* mempunyai hubungan linier sempurna positif dan mempunyai makna nilai x (Fungsi Kognitif) naik maka nilai y (*Activities Of Daily Living- ADL*) juga naik, dapat disimpulkan terdapat Hubungan Fungsi Kognitif Dengan *Activities Of Daily Living(ADL)* dengan nilai $r^2 = 0,55$ diinterpretasikan kedalam hubungan kuat.

Terdapat Hubungan Fungsi Kognitif Dengan *Activities Of Daily Living(ADL)* pada Lansia di Panti Werdha Mojopahit Mojokerto yang diinterpretasikan ke dalam Diagram *Scater Chart* dengan hasil deretan titik mendekati garis lurus yang berarti kedua variabel Fungsi Kognitif dan *Activities of Daily Living (ADL)* mempunyai hubungan linier sempurna positif dan mempunyai makna nilai x (Fungsi Kognitif) naik maka nilai y (*Activities Of Daily Living- ADL*) juga naik, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat Hubungan Fungsi Kognitif Dengan *Activities Of Daily Living(ADL)* dengan nilai $r^2 = 0,55$ diinterpretasikan kedalam hubungan kuat. Hubungan antara fungsi kognitif dan aktivitas harian (*Activities of Daily Living- ADL*) adalah sesuatu yang positif dan kontroversial terutama pada golongan usia lanjut, karena perubahan disemua sistem di dalam tubuh manusia. Perubahan disemua sistem di dalam tubuh manusia tersebut salah satu misalnya terdapat pada sistem saraf. Perubahan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya penurunan dari fungsi kerja otak. Penurunan ini terjadi pada usia 30-70 tahun [30]. Penelitian terkini menyebutkan bahwa walaupun tanpa adanya penyakit neurodegeneratif, jelas terdapat perubahan struktur otak manusia seiring bertambahnya usia. Perubahan patologis pada lansia juga berhubungan dengan kemunduran fungsi kognitif. Hal tersebut akan berpengaruh pada aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living- ADL*) sehingga dapat menurunkan kualitas hidup lansia yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari [1]. Kemandirian lansia berdasarkan indeks Katz meliputi makan, minum, mandi, berpakaian, *toileting*, *continen*, dan berpindah [18]. Penurunan fungsi kognitif akan menyebabkan gangguan

pada sistem saraf pusat, yaitu pengurangan massa otak dan pengurangan aliran darah otak dan menyebabkan atrosit berploriferasi sehingga *neurotransmitter* (dopamin dan serotonin) akan berubah. Perubahan pada *neurotransmitter* ini akan meningkatkan aktivitas enzim monoaminoksidase (MAO) [12]. Hal inilah yang akan mengakibatkan *Activities of Daily Living (ADL)* mengalami gangguan. Lansia menjadi memerlukan beberapa bantuan untuk melakukan beberapa aktivitas yang semula mereka mampu untuk melakukannya sendiri. Lansia akan mengalami penurunan fungsi kognitif secara bertahap yang dikenal sebagai gangguan kognitif ringan seiring dengan bertambahnya usia mereka.

5. SIMPULAN

Fungsi Kognitif pada Lansia di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto didapatkan sebagian besar mengalami gangguan kognitif sedang.

Activities of Daily Living (ADL) pada sebagian besar Lansia di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto tergolong mandiri sebagian.

Terdapat hubungan antara Fungsi Kognitif dengan *Activities of Daily Living (ADL)* Lansia di Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto didapatkan hubungan yang kuat.

REFERENSI

1. Briton. 2008. *Gerontologi Nursing Care*. Sauders Company. Philadelphia
2. Bostrom. 2009. *Cognitive Enhancements: Methods, Ethics, Regulatory Challenges*, *Sci Eng Ethics*.
3. Cengel, Yunus A., 2003, *Heat Transfer A Practical Approach*, Second Edition, Singapura:Mc.Graw-Hill Book.
4. Ediawati, E. 2012. *Gambaran Tingkat Kemandirian dalam Activity of Daily Living (ADL) dan Resiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia o1 dan 03*. Sitasi 3 November 2015. <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20314351S43833Gambaran%20tingkat.pdf>

5. Fadhia, N, Ulfiana, E dan Ismono. 2012. *Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Dalam Melakukan Activities of Daily Living (ADL) Pada Lansia Di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jakarta
6. Fatimah. 2010. *Merawat Manusia Lanjut Usia Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Gerontik*. Penerbit Erlangga. Jakarta.
7. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. 1975. Mini-Mental State : A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*;12:189–198.
8. Gallo, J 1998. *Buku Saku Gerontologi Edisi 2*. EGC. Jakarta
9. Ginsberg, Lionel. 2007. *Lecture Notes: Neurology*. Jakarta: Erlangga
10. Kochhann R, Otilia M., Godinho C., Camazzato A., Chaves M. 2009. *Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample*. *Dementia and Neuropsychologia*;3(2):88–93
11. Kuczynski, B, Jagust, W, Chui, HC., Reed, B 2009. “An Inverse Association of Cardiovascular Risk and Frontal Lobe Glucose Metabolism”, *Neurology*. vol. 72, hal. 738–743
12. Leuckenotte, AG 1997. *Pengkajian Gerontologi*. EGC. Jakarta
13. Lumbantobing, SM 2005. *Kecerdasan pada Usia Lanjut dan Demensia*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta
14. Maryam. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika. Jakarta
15. Miller, A. 1995. *Nursing Care of Older Adult, Theory and Practice*, J.B Lippincott Co. Philadelphia
16. Nasrun. 2009. *Memperbaiki Kualitas Hidup Lansia*, sitasi 1 Desember 2015, http://www.pdpersi.co.id/?show=detail_news&kode=331%tbt=figu
17. Nur Asyikah, 2014, *Hubungan Antara Status Kognitif dan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living Lanjut Usia Dipanti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji*, sitasi 1 Desember 2015,
18. Nurmah, 2011, *Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Activity Daily Living Di Panti Tresna Werdha Budhi Dharma Di Bekasi Timur Tahun 2011*, sitasi 1 Desember 2015,
19. Nugroho, 2008, *Keperawatan gerontik dan Geriatrik*, EGC, Jakarta
20. Pranaka. 2006. *Penerapan Geriatrik Kedokteran Menuju Usia Lanjut Yang Sehat*. Sanitasi 1 Desember 2015. <http://krispranaka.pdf>
21. Potter, P.A, Perry, A.G. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC. 2005
22. Raz, Rodrigue, & Acker dalam Myers. 2008. *Factors Associated with Changing Cognitive Function in Older Adults: Implications for Nursing Rehabilitation*.
23. Rinajumita. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Lansia*. Sitasi 1 Desember 2015. <http://repisatory.unand.ac.id/16884/1/faktorfaktoryangberhubungandengankemandirianlansia.com>
24. Slamet, S., Markam (2003), *Pengantar Psikologi*, Universitas Indonesia Press, Jakarta
25. Shelkey, M dan Wallace. 2012. *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*. Sitasi 3 Desember 2015. http://consultgerrin.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf
26. Sidiarto, LD. 2003. *Memori Anda Setelah Usia 50 Tahun*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta.
27. Watson, R. 2003. *Perawatan Pada Lansia*. EGC. Jakarta

28. Waxman S.G. 2007. The limbic system.
In : Clinical Neuroanatomy. New York
: The MacGraw – Hill Companies.
29. Woodford, H. J., George, J. 2007.
*Cognitive assessment in the elderly: a
review of clinical methods*. Q J
Med;100:169–484.
30. Yaffe K, W N. 2007. *Metabolic
Syndrome and Cognitive Decline In
Elderly Latinos*, The Sacramento Area
Latino Study of Aging Study. J Am
Geriatric Social.

EFEKTIFITAS RUJUKAN BIDAN ERA JKN PADA PRE EKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA DI RS dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Dian Hanifah¹⁾, Annisa Fithri²⁾

¹⁾Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendedes Malang
email : dianhanifah@gmail.com

²⁾ Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendedes Malang
email : tehnisa.1@gmail.com

Abstract

Maternal Mortality Rate (MMR) is an unresolved issue. Three major causes of it are the lateness to decide, to service place, and to get help. The National Healthcare Period implements a tiered referral system that requires midwives to refer to primary health care. Before the validity of the JKN era, midwives can make direct referrals to tertiary health care. The midwife assumes that claims can be made if the referral is tiered as a primary health care network. The purpose of this study was to analyze the effectiveness of midwife referral in the era of JKN on emergency cases (et causa Pre-eclampsia & Eclampsia). The design of this research was qualitative with case study approach. The data were collected by using deep interview method, document study, and observation. Secondary data taken from medical record of dr. Saiful Anwar Malang, primary data was taken from the interview with independent midwives practice. This research gave results regarding midwife referral model in JKN era. Result of this study are 5 pregnant women with PreEclampsia and Eclampsia came with a referral from midwives to Public Hospital dr. Saiful Anwar Malang. Midwives have conducted referrals in accordance with tiered referral guidelines.

Keyword : Referral, Midwife, Tiered, Pre-eclampsia, JKN

1. PENDAHULUAN

Kematian ibu masih merupakan masalah kesehatan yang belum terselesaikan. Berdasarkan Survey Dasar Kesehatan Ibu (SDKI) tahun 2012 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359/ 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2014). Secara obstetri, kematian ibu disebabkan langsung oleh 5 (lima) penyebab utama. 5 penyebab tersebut adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/ macet dan abortus. Berdasarkan hasil analisa Sensus Penduduk tahun 2010, proporsi penyebab angka kematian ibu tertinggi adalah Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) mencapai 30% (Kemenkes RI, 2013).

Di Jawa Timur, capaian AKI cenderung meningkat dilihat dalam rentang waktu tahun 2008 – 2012. Gambaran capaian tersebut adalah sebagai berikut: tahun 2008 sebesar 83/ 100.000 kelahiran hidup (KH) dan tahun 2012 sebesar 97,43/ 100.000 KH. AKI di kota Malang lebih tinggi dari capaian provinsi Jawa Timur yaitu 164.64/ 100.000 KH. Faktor penyebab AKI paling dominan di Jawa Timur adalah pre eklamsia dan eklamsia. Dari tahun

2010 sampai dengan tahun 2012 kematian yang disebabkan oleh pre eklamsia dan eklamsia semakin meningkat. Pada tahun 2010 proporsi Pre eklamsia dan eklamsia sebesar 26,92%, tahun 2011 sebesar 27,27% dan tahun 2012 sebanyak 34,88 %. Proporsi tempat kejadian kematian ibu 78,18 % terjadi di RS Umum. Dari data inilah, perlu adanya kajian lebih lanjut bahwa kematian ibu memang terjadi di rumah sakit atau karena sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik (Dinkes Prop Jawa Timur, 2012).

Keterlambatan dalam rujukan berakibat pada morbiditas dan mortalitas ibu. Tiga terlambat yang sering menjadi penyebab kematian ibu adalah terlambat mengambil keputusan, terlambat mencapai tempat pelayanan kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas pelayanan. Pemerintah berusaha mengatasi masalah keterlambatan tersebut dengan menerapkan beberapa program. Salah satunya adalah program EMAS (*Expanding Maternal Neonatal Survival*). Tujuan utama program EMAS ini adalah tersedianya jejaring sistem rujukan pelayanan kegawat-daruratan ibu dan

BBL/ neonatus yang berfungsi secara efektif, efisien dan berkeadilan (USAID, 2010). Jejaring sistem rujukan pada program EMAS sangat berkaitan dengan Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia yang memberlakukan sistem rujukan berjenjang.

Rujukan berjenjang dimulai dari tingkat pelayanan kesehatan terendah yaitu bidan desa dan bidan praktek mandiri sebagai jejaring dari pelayanan kesehatan primer atau fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama. Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier. Salah satu kondisi yang dapat dikecualikan dari ketentuan pelayanan rujukan berjenjang adalah apabila terjadi keadaan gawat darurat. Pre Eklamsia dan Eklamsia termasuk dalam kondisi gawat darurat (BPJS, 2014). Agar terwujud sistem rujukan berjenjang yang efektif dan efisien perlu memperhatikan prinsip kolaborasi dan pertukaran informasi yang tepat dan sama.

Bidan sebagai pemberi layanan kebidanan merupakan ujung tombak dalam menurunkan AKI. Pelayanan kebidanan yang berkualitas merupakan salah satu kontribusi bidan dalam menurunkan AKI (Mufdillah dkk, 2012). Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bidan harus mempunyai jejaring dalam melaksanakan proses rujukan. Namun demikian berdasarkan studi pendahuluan, ada keraguan bidan untuk melakukan rujukan langsung terkait dengan klaim biaya pada BPJS. Fenomena tersebut berdampak pada efektifitas layanan rujukan. Kaitannya dengan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah keterlambatan dalam proses rujukan.

Dari uraian tersebut diatas, perlu adanya kajian lebih lanjut tentang sistem rujukan berjenjang era JKN terhadap efektifitas rujukan bidan pada kasus kegawatdaruratan (et causa Pre Eklamsia dan Eklamsia) di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

2. KAJIAN LITERATUR

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib

dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan (BPJS, 2014).

a. Tata cara pelaksanaan sistem rujukan berjenjang menurut BPJS, 2014

- 1). Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
 - a). Awal dari pelayanan kesehatan adalah fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama.
 - b). Pasien dapat dirujuk ke faskes tingkat kedua, apabila memerlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis.
 - c). Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di faskes kedua, maka pasien harus mendapatkan rujukan dari faskes tingkat pertama.
 - d). Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.
- 2). Khusus untuk kasus yang telah didiagnosis dan telah mendapatkan rencana terapi dapat dirujuk secara langsung dan mendapatkan pelayanan ke faskes tingkat tiga (tersier).

Secara umum alur sistem rujukan berjenjang digambarkan sebagai berikut:

Gambar 1 Sistem Rujukan Berjenjang



Sumber : BPJS, 2017

- 3). Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
 - a). Ada kondisi gawat darurat

- b). Ada penetapan bencana dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
- c). Kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan.
- d). Pertimbangan geografis; dan
- e). Pertimbangan ketersediaan fasilitas
- 4). Pelayanan oleh bidan dan perawat
 - a). Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b). Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama
- 5). Rujukan Parsial
 - a). Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Faskes tersebut.
 - b). Rujukan parsial dapat berupa:
 - (1). Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan
 - (2). Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang
 - c). Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

b. Pembinaan dan Pengawasan Sistem Rujukan Berjenjang

- 1). Ka Dinkes Kab/Kota dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan

pada pelayanan kesehatan tingkat pertama.

- 2). Ka Dinkes provinsi dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat kedua.
- 3). Menteri bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

c. Sistem Rujukan Pelayanan Ibu dan Anak

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbale balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal atau secara horizontal (Prasetyawati, 2012). Secara operasional definisi sistem rujukan adalah suatu aturan timbal balik yang melibatkan berbagai unsur terkait dalam pelayanan kesehatan reproduksi antara bidan desa, bidan dan dokter puskesmas, dengan para dokter spesialis di RS Kabupaten, untuk memperoleh cara penggunaan sumber daya kesehatan, sebagai upaya menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir, melalui penanganan ibu risiko tinggi dan gawat darurat obstetri secara profesional, efisien, efektif, rasional dan relevan. Sarana dan prasarana yang berteknologi canggih dipusatkan pada satu tempat, yaitu RS Kabupaten atau RS Provinsi (Rochjati, 2011).

d. Tujuan Sistem Rujukan

Secara umum tujuan rujukan adalah untuk menghindari terjadinya keadaan bahaya yang tidak diinginkan terhadap keselamatan ibu dan bayi melalui program rujukan terencana dalam satu area kabupaten, kotamadya atau propinsi (Rochjati, 2011).

e. Sistem Rujukan Paripurna Terpadu

Sistem rujukan paripurna terpadu dirumuskan sebagai semua bentuk layanan kesehatan reproduksi yang diberikan secara utuh, diawali dari keluarga berencana, kehamilan, persalinan dan nifas baik dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial

Dasar (PONED) maupun Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Komprehensif (PONEK). Layanan diberikan lebih aktif melalui Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE). Masyarakat diharapkan tahu akan adanya komplikasi secara dini, tempat dan penolong persalinan yang aman melalui KIE tersebut. Dukungan Strategi Pendekatan Risiko dan Sistem Rujukan Terencana sangat dibutuhkan untuk pelaksanaan keaktifan sikap yang efektif dan efisien.

f. Rujukan Terencana

Rujukan terencana adalah rujukan yang dilakukan untuk mencapai tujuan sistem rujukan secara utuh yaitu untuk menyelamatkan ibu dan bayi secara fisik, mental dan sosial, ditempat yang sesuai, oleh penolong yang terampil, dengan biaya yang terjangkau. Sistem rujukan terencana terdiri dari unsur – unsur berikut :

- a). Waktu : rencana dibuat sejak ibu hamil melalui KIE yang selaras.
- b). Risiko : mengenali tingkat risiko ibu hamil secara dini sehingga mudah merencanakan waktu, tempat dan cara merujuk.
- c). Jalur : rute rujukan mulai dari rumah klien sampai dengan tempat rujukan harus bebas hambatan, terutama dari segi biaya, transportasi dan kesiapan di petugas tempat rujukan.

Rochjati (2011) membagi ibu hamil dalam dua kelompok untuk mewujudkan Strategi Pendekatan Risiko. Kedua kelompok tersebut berdasarkan gambaran klinis dan berdasarkan skoring ibu hamil. Berdasarkan gambaran klinis, terbagi menjadi 2 risiko yaitu Risiko Rendah dan Risiko Tinggi. Ibu hamil dengan risiko rendah adalah ibu hamil tanpa masalah dan risiko tinggi adalah ibu hamil dengan masalah. Masalah yang ada pada ibu hamil risiko tinggi dibagi menjadi tiga kelompok:

- a). Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO)
- b). Ada Gawat Obstetri (AGO)
- c). Ada Gawat Darurat Obstetri (AGDO)

Berdasarkan skoring, ibu hamil terbagi menjadi tiga kelompok:

- a). Kehamilan Risiko Rendah (KRR)
- b). Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)
- c). Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Rujukan terencana terbagi menjadi dua bagian, yaitu : Rujukan Dini Berencana (RDB) atau Rujukan Dalam Rahim (RDR) dan Rujukan Tepat Waktu (RTW). Pembagian rujukan terencana tersebut sangat berkaitan dengan strategi mewujudkan pendekatan risiko.

g. Kegawatdaruratan Maternal Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia dan eklamsia merupakan dua hal yang termasuk dalam hipertensi dalam kehamilan. Menurut Cunningham (2013), preeklamsia adalah hipertensi yang timbul pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang disertai proteinuria. Penegakan diagnosis preeklamsia apabila pada ibu hamil ditemukan hipertensi dengan tekanan sistolik dan diastolik lebih dan sama dengan 140/90 mmHg serta terdapat proteinuria. Sedangkan eklamsia adalah preeklamsia yang dipersulit oleh kejang tonik-klonik generalisata.

Pre eklamsia dan eklamsia merupakan komplikasi kehamilan yang berkelanjutan dengan penyebab yang sama. Oleh karena itu, pencegahan atau diagnosis dini dapat mengurangi kejadian dan menurunkan angka kesakitan dan kematian. Untuk mencegah kejadian pre eklamsia ringan dapat dilakukan nasehat tentang dan berkaitan dengan diet makan, cukup istirahat dan pengawasan antenatal (Manuaba, 2010).

Penanganan pre eklamsia bertujuan untuk menghindari kelanjutan menjadi eklamsia, melahirkan janin dalam keadaan optimal dan meminimalkan trauma pertolongan persalinan. Penanganan simptomatis diberikan pada ibu hamil dengan preeklamsia ringan yaitu dengan memberikan nasehat segera melakukan antenatal apabila ada keluhan nyeri kepala bagian depan, pandangan kabur, bengkak pada muka, tangan dan kaki atau berat badan naik, nyeri pada ulu hati, gerak janin berkurang dan pengeluaran urine berkurang. Bidan dapat

merawat ibu hamil dengan pre eklamsia berat untuk sementara, sampai menunggu kesempatan melakukan rujukan sehingga klien mendapat pertolongan yang sebaik – baiknya (Manuaba, 2010).

3. METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *case study*. Peneliti berusaha menyelidiki pandangan bidan praktik mandiri tentang sistem rujukan berjenjang era JKN terhadap efektifitas rujukan bidan pada kasus kegawatdaruratan obstetri (*et causa* preeklamsia dan eklamsia).

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Saiful Anwar Malang dan di Bidan Praktek Mandiri di wilayah Kabupaten dan Kota Malang. RSSA dipilih karena merupakan RS rujukan tersier. Subjek penelitian ini adalah bidan praktik mandiri yang melakukan rujukan ibu hamil dengan pre eklamsia dan eklamsia di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Pengumpulan data dilakukan dengan metode *triangulasi* yaitu *deep interview*, studi dokumen dan observasi. Pengumpulan data dengan *deep interview* dengan menggunakan sampel jenuh, artinya peneliti akan berhenti melakukan pengambilan sampel apabila semua pertanyaan di jawab sama. Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan transkripsi data,

melakukan *coding*, membuat kategori, menyusun tema dan menginterpretasi data.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

RSU dr. Saiful Anwar Malang berdiri sejak sebelum perang dunia kedua. Saat itu bernama RS Celaket. Pada tanggal 22 Pebruari 1979 melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 51/Menkes/SK/III/1979 ditetapkan RS Celaket sebagai RS rujukan. Rumah Sakit Celaket diresmikan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur pada tanggal 12 Nopember 1979. Pada bulan April 2007 dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.673/MENKES/SK/VI/2007 RSUD Dr. Saiful Anwar ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas A. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/359/KPTS/013/2015 tanggal 18 Mei 2015 RSU dr. Saiful Anwar Malang merupakan RS rujukan provinsi Jawa Timur yang mengampu rujukan dari Kabupaten Probolinggo, Kota Probolinggo, Kabupaten Malang, Kota Malang, Kota Batu, Kabupaten Kediri dan Kabupaten Blitar.

Data sekunder yang didapat dari studi melalui rekam medik dengan criteria berdasarkan kunjungan terakhir ibu hami didapatkan sebagai berikut :

Tabel 1. Tabulasi Silang Ibu Hamil dengan Pre Eklamsi dan Eklamsia berdasarkan Cara Masuk dan Status Pembayaran di RSUD dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2016

Status Pembayaran	UMUM	%	JKN	%	JAMKESDA	%	ASKES LAIN	TOTAL
Cara Masuk								
Datang Sendiri	48	36,09	73	54,89	12	9,02	0	133
Rujukan Dokter Spesialis	0	0	0	0	0	0	1	1
Rujukan Bidan	4	80	1	20	0	0	0	5
Rujukan Puskesmas	3	30	5	50	2	20	0	10
Rujukan RS Swasta	5	50	5	50	0	0	0	10
Rujukan RS Umum	3	60	1	20	1	20	0	5
Rujukan Faskes Lain	0	0	1	100	0	0	0	1
TOTAL	63		86		15		1	165

Tabel 1 menggambarkan bahwa ada 5 (lima) ibu hamil dengan kegawatdaruratan preeklamsia dan eklamsia yang dirujuk oleh bidan. Hal ini menunjukkan bahwa rujukan bidan pada kasus kegawatdaruratan *et causa* pre eklamsia dan eklamsia dilaksanakan secara langsung ke Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang. Dari hasil observasi rekam medis terhadap 5 (lima) ibu hamil tersebut didapatkan

1 (satu) ibu hamil mengalami eklamsia saat perjalanan menuju RSSA dan tidak ada ibu hamil yang meninggal. Hasil tersebut menggambarkan mayoritas ibu hamil preeklamsia dan eklamsia dirujuk dengan jenis rujukan terencana. Rujukan terencana dilakukan secara tepat waktu dan bidan telah mengenali risiko kehamilan secara dini.

Dari kegiatan wawancara yang telah dilakukan, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.1. Pengaruh sistem rujukan berjenjang era JKN terhadap efektifitas rujukan bidan pada kasus kegawatdaruratan obstetri (*et causa* Pre Eklamsi dan Eklamsi)

Adanya sistem rujukan berjenjang pada era JKN sangat mempengaruhi pola rujukan bidan pada kasus preeklamsia dan eklamsia secara umum. Rujukan bidan menjadi efektif ditinjau dari segi waktu. Semua bidan yang menjadi jejaring JKN telah mendapatkan informasi tentang pedoman rujukan kasus preeklamsia dan eklamsia melalui dinas kesehatan. Untuk semua kasus preeklamsia berat, pusat rujukan berada di RSSA. Ketua Tim Penanganan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) RSSA mengatakan bahwa tidak ada penolakan terhadap semua pasien emergensi obstetri.

Semua responden telah mengetahui adanya alur rujukan berjenjang, hal ini terbukti dengan adanya responden yang merujuk kasus pre eklamsia ringan ke puskesmas atau ke fasilitas kesehatan tingkat pertama lain. Rujukan PER ini, sesuai dengan pedoman pelaksanaan rujukan berjenjang. Dalam pedoman pelaksanaan rujukan berjenjang disebutkan tentang tata cara rujukan berjenjang oleh bidan dan perawat. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama (BPJS, 2014).

Pre eklamsia dan eklamsia merupakan keadaan kegawatdaruratan obstetri, jika tidak dilakukan penanganan lebih lanjut dapat menimbulkan komplikasi, baik kepada ibu maupun janin. Fakta rujukan kasus PER ke Puskesmas merupakan salah satu upaya bidan dalam menurunkan AKI pada penderita preeklamsia dan eklamsia yaitu

menyeleksi kasus yang menjadi kewenangan bidan (Roeshadi, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan semua responden merasa puas dengan adanya sistem rujukan berjenjang ini, karena bidan lebih mudah memotivasi keluarga dan ibu hamil, saat akan dilakukan rujukan. Karena keluarga tidak lagi memikirkan tentang biaya persalinan ataupun biaya rumah sakit.

4.2. Keputusan untuk merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri (*et causa* Pre Eklamsi dan Eklamsi)

Ketepatan diagnosa dan ketepatan waktu merujuk sangat penting untuk diperhatikan. Terkadang keadaan pasien yang sesungguhnya tidak sesuai dengan diagnosa. Ketidaksesuaian ini dipengaruhi oleh faktor karakteristik tenaga kesehatan, diantaranya: kompetensi, umur, pengalaman bekerja, tingkat pendidikan, pelatihan yang pernah diikuti dan pengetahuan (Rumita, 2013). Bidan wajib memiliki kompetensi dalam mengenali dan menangani kasus preeklamsia sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Semua responden menyatakan bahwa semua kasus preeklamsia ringan dirujuk ke faskes tingkat I.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Primasari (2015) ketepatan dalam merujuk pasien di era JKN sudah lebih sesuai kewenangan klinis daripada sebelum JKN, dikarenakan saat ini (era JKN) terdapat aturan yang lebih jelas tentang kewenangan klinis PPK I, yang mana di luar kewenangan tersebut digolongkan dalam indikasi rujuk. Ada 2 responden yang memberikan Sulfas Magnesium sebelum melakukan rujukan pada kasus preeklamsia berat. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya kejang. 1 responden dengan ibu hamil eklamsia, memberikan SM untuk menstabilkan kondisi ibu sebelum dilakukan rujukan.

Stabilisasi kondisi ibu perlu dilakukan sebelum melakukan rujukan. Stabilisasi dilakukan segera, sesaat setelah timbulnya gejala. Gejala dalam hal ini adalah kejang. Tujuan stabilisasi

kondisi ibu adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih kompleks, sehingga secara tidak langsung dapat menurunkan risiko kematian ibu. Merujuk pasien dengan Preeklamsia dan Eklamsia harus dilaksanakan pada saat yang tepat dan bidan harus dapat memutuskan waktu yang tepat untuk merujuk.

4.3. Pengalaman bidan ketika merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri (*et causa* Pre Eklamsi dan Eklamsi)

Hasil penelitian ini mendeskripsikan bahwa seluruh responden memiliki pengalaman dalam melakukan rujukan kasus preeklamsia dan eklamsia. Dalam melaksanakan rujukan tersebut terdapat faktor yang menghambat dan mempermudah proses rujukan. Faktor yang menghambat adalah ibu hamil, keluarga dan transportasi. Salah satu responden menceritakan pengalamannya dalam merujuk ibu hamil dengan preeklamsia berat. Rujukan telah dilakukan ke fasilitas kesehatan lanjutan, sesampainya di RS, ibu hamil pulang karena antrian panjang. Hal ini terjadi karena pengetahuan ibu tentang risiko kehamilan kurang.

Salah satu faktor yang menguntungkan bidan dalam melakukan rujukan pada era JKN ini adalah adanya jaminan dari BPJS. Semua responden mengatakan dengan adanya jaminan dari BPJS, keluarga lebih mudah dimotivasi untuk segera dirujuk. Keluarga tidak lagi memikirkan tentang biaya perawatan. Namun, dengan adanya BPJS ini, bidan juga mengeluhkan tentang sistem klaim dan pencairan dana. Bidan tidak mendapatkan penjelasan yang rinci tentang klaim yang sudah dan belum dicairkan. Bidan berharap ada sistem atau aplikasi yang dapat diakses oleh bidan, untuk mengetahui administrasi kelengkapan dokumen yang telah diserahkan.

Hal lain yang menjadi keluhan bidan dalam melakukan rujukan kegawatdaruratan adalah apabila bidan melakukan tindakan stabilisasi kondisi klien tidak mendapat penggantian biaya

dari BPJS. Misalkan dengan pemasangan infus dan pemberian SM, tidak mendapatkan penggantian obat maupun biaya dari BPJS, sehingga bidan membebankan biaya tersebut kepada pasien. Demikian juga dengan transportasi, apabila bidan mengantar klien menggunakan mobil pribadi, maka bidan membebankan biaya transportasi kepada pasien.

5. KESIMPULAN

Kesimpulan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Semua responden telah menjalankan sistem rujukan berjenjang dan telah bermitra dengan BPJS.

Beberapa responden merujuk kasus pre eklamsi yang belum mengalami kegawatdaruratan ke fasilitas kesehatan I misalnya Puskesmas. Dan jika sudah ada tanda kegawatdaruratan langsung merujuk ke RSSA.

Beberapa responden mendeskripsikan pengalaman merujuk yang berbeda – beda karena ada faktor yang mempermudah dan menghambat proses rujukan.

6. REFERENSI

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2014. *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Jakarta : BPJS
2. Creswell, John. 2012. *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
3. Cunningham et all. 2013. *Obsterti Williams*, ed 23- Vol. 2. Jakarta : EGC
4. Dinas Kesehatan, 2013. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur
5. Kemenkes RI, 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
6. Kemenkes RI, 2013. *Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA
7. Kemenkes RI, 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial*

- Nasional. Jakarta : Jaminan Kesehatan Nasional.
8. Kemenkes RI, 2014. *Situasi Kesehatan Ibu*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi.
 9. Kemenkes RI, 2015. *Profil Kesehatan RI Tahun 2014*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
 10. Manuaba, Ida Ayu Chandranita. 2010. *Ilmu Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
 11. Mufdillah, Hidayat. A, Kharimaturrahmah. I, 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika
 12. Rochjati, P. 2011. *Sistem Rujukan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi. Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Edisi 2. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
 13. Rochjati, P. 2011. *Skrining Antenatal Pada Ibu hamil Pengenalan Faktor Risiko Deteksi Dini Ibu Hamil Risiko Tinggi*. Edisi 2. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair.
 14. Prasetyawati. AE, 2012. *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam Millenium Development Goals (MDG's)*. YogYakarta : Nuha Medika
 15. Rumita. 2013. *Analisis Kelayakan Rujukan Oleh bidan Puskesmas PONED di RSUD Pirngadi Kota Medan tahun 2012*. Depok: FKM UI.
 16. Sujianti, Susanti. 2009. *Buku Ajar Konsep Kebidanan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Nuha Medika
 17. USAID. 2010. *Panduan Operasional Pelayanan Jejaring Sistim Rujukan Kegawat-daruratan Ibu dan Bayi Baru Lahir (Neonatus) Puskesmas - Rumah Sakit*
 18. Yonara. S, Wulandari. RD, Penilaian Puskesmas dan Rumah Sakit tentang Efektifitas Sistem Rujukan Maternal di Kota Surabaya. 2015. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 3 (2): 151-160.

LINGKAR LENGAN ATAS DENGAN ANEMIA PADA IBU HAMIL TRIMESTER III DI UPT PUSKESMAS KUTOREJO KABUPATEN MOJOKERTO

Zulfa Rufaida

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit

email: zulfarufaida@gmail.com

Abstract

One of the most common nutritional problems in pregnant women is anemia.. In this study, aims to determine the relationship of upper arm circumference with the incidence of anemia in pregnant women trimester III. This research is correlational analytic research with cross sectional research design. The variables studied were upper arm circumference as independent variable and the incidence of anemia as dependent variable. The population is third trimester pregnant women at UPT Puskesmas Kutorejo Mojokerto Regency as many as 42 people. Sampling conducted non Probability Sampling by using sampling saturation / total sampling as much as 42 people. Taking data by taking secondary data. The data have been analyzed using Chi-square test with α : 0.05. The results of this study showed that there is no relationship of upper arm circumference with the incidence of anemia in pregnant women trimester III. Pregnant women should pay attention to the adequacy of nutritional needs that must be met to prevent the occurrence of anemia, including: food intake, nutritional knowledge in food, habits, women's views on food, age, weight, parity, ambient temperature, activity, health status, economy.

Keywords: *Upper Arm Circumference, Anemia*

1. PENDAHULUAN

Ibu hamil merupakan kelompok sasaran yang perlu mendapatkan perhatian khusus, karena ibu hamil merupakan kelompok yang rentan untuk menderita masalah gizi, salah satu masalah gizi yang banyak terjadi pada ibu hamil adalah anemia, yang merupakan masalah gizi mikro terbesar dan tersulit diatasi di seluruh dunia (Soekirman 2003) dikutip dari Anon (2011). Faktor predisposisi terbesar terjadinya anemia adalah status gizi yang buruk dengan defisiensi multivitamin, dimana hal ini masih banyak terjadi di negara-negara berkembang termasuk di Indonesia. (Atikah dan Asfuah, 2010. hlm. 77). Akibat yang akan terjadi pada anemia kehamilan adalah abortus, missed abortus, kelainan kongenital, persalinan prematur, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrauterin sampai kematian, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), gestosis dan mudah terkena infeksi, IQ rendah, dekomposisi kordis kematian ibu, gangguan his primer dan sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan tinggi, ibu cepat lelah, gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif. Perdarahan postpartum, retensio plasenta, perlukaan sukar

sembuh, mudah terjadi febris puerperalis, dan gangguan involusi uteri. (Atikah dan Asfuah, 2010. hlm. 78). Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya anemia, antara lain kurangnya asupan zat besi dan protein dari makanan, adanya gangguan absorpsi usus, perdarahan akut dan kronis, dan meningkatnya kebutuhan zat besi seperti pada ibu hamil secara umum penyebab anemia pada ibu hamil dipengaruhi banyak faktor, terdiri dari umur ibu, umur kehamilan, paritas, lingkaran bagian atas (LILA), sosial ekonomi (tingkat ekonomi, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan suami), pola konsumsi, dan riwayat selama kehamilan. (Anon, 2011).

Angka kematian ibu di negara berkembang yang disebabkan oleh anemia dalam kehamilan mencapai angka 40%. Penyebab tidak langsung antara lain anemia dan kurang energi kronis (KEK), Hasil survey kesehatan rumah tangga (SKRT) Indonesia tahun 2004 kejadian anemia ibu hamil sebanyak 50%, sedangkan target tahun 2004 angka kejadian anemia 50%. Sedangkan catatan dinas kesehatan Jawa timur tahun 2006 angka kejadian anemia pada ibu hamil 55% dari target 50%. (MGS, 2011).

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11g% (g/dl) sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Hoo Swie Tjong menemukan angka anemia kehamilan 3,8% pada trimester I, 13,6% trimester II, dan 24,8% pada trimester III. (Manuaba, 2010. hlm. 237-238). Berdasarkan hasil studi pendahuluan di UPT Puskesmas Kutorejo Kabupaten Mojokerto didapatkan 7 ibu hamil trimester III dari catatan bidan diperoleh data dari 7 hamil ibu trimester III didapatkan 2 ibu resiko KEK dengan LILA 21 cm dan 22,5 cm (28,6%), 1 ibu anemia ringan dengan hemoglobin 9,5 g% (14,3%), 4 ibu hamil yg LILA nya >23,5 cm, dengan hemoglobin >11 g% (57,1%).

Faktor –faktor yang menyebabkan terjadinya anemia pada ibu hamil antara lain status gizi ibu hamil. Status gizi ibu hamil merupakan hal yang sangat berpengaruh selama masa kehamilan. (Takiya, 2012). Penyebab anemia ibu hamil pada umumnya akibat kurang gizi, kurang zat besi dalam makanan yang dikonsumsi. (Erna dkk, 2005. hlm.83) untuk menilai status gizi ibu hamil diantaranya pengukuran antropometri dan biokimia, yang sering dilakukan pada ibu hamil adalah pengukuran lingkaran lengan atas (LILA). (Lailiyana dkk, 2010. hlm.26). Tujuan pengukuran LILA adalah mencakup masalah WUS baik ibu hamil maupun calon ibu untuk mengetahui resiko KEK. (Nyoman S, 2002. hlm. 48-49). Sedangkan untuk pengukuran biokimia yang sering dilakukan adalah pengukuran kadar hemoglobin darah untuk menentukan derajat anemia gizi besi yang sering terjadi pada ibu hamil. (Lailiyana dkk, 2010. hlm. 26).

Ibu hamil banyak kekurangan zat besi memasuki trimester II dan trimester III karena pada trimester tersebut ibu mengalami hemodilusi (pengenceran). (Misaroh dan Atikah, 2010. hlm. 88). Selama kehamilan, volume plasma maternal meningkat secara bertahap sebanyak 50%, atau meningkat sekitar 1200 ml pada saat cukup bulan. Peningkatan sel darah merah total adalah sekitar 25% atau kira-kira 300 ml. Hemodilusi relatif ini menyebabkan penurunan konsentrasi Hb yang mencapai titik terendah pada trimester III. Kadar Hb yang rendah akan memengaruhi

kemampuan sistem maternal untuk memindahkan oksigen dan nutrisi yang cukup ke janin. (Diane dkk, 2009. hlm. 329). Anemia defisiensi zat besi terjadi ketika simpanan zat besi total menipis, yang mengakibatkan penurunan hemoglobin. Individu yang mengalami anemia ringan tidak menyadari bahwa dirinya mengalami kekurangan zat besi. Individu dengan gejala anemia dapat mengeluh letih, lemah, pucat, sensitif terhadap dingin, anoreksia, pusing, dan sakit kepala, stomatitis, dan glositis. Wanita hamil dikatakan mengalami anemia bila kadar hemoglobin atau darah merahnya kurang dari 10 g%. Pengawasan terhadap kadar hemoglobin darah dilakukan pada trimester I dan trimester III, karena pada saat ini pengenceran darah ibu hamil sudah mencapai puncaknya. (Erna dkk, 2005. hlm. 83) Selain itu, kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan sel-sel tubuh termasuk sel-sel otak. (Tarwoto, 2007. hlm.67) Bahaya anemia selama kehamilan yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekomposisi kordis (Hb <6 gr%), molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD). (Manuaba, 2010. hlm.240). Anemia juga menyebabkan rendahnya kemampuan jasmani karena sel-sel tubuh tidak cukup mendapat pasokan oksigen. Pada wanita hamil, anemia meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Resiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan lahir rendah, dan angka kematian perinatal meningkat. (Atikah dkk, 2011. hlm.119).

Anemia besi dapat dicegah dengan mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. (Atikah, 2011. hlm.120) Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu pada Trimester I dan Trimester III. (Manuaba, 2010. hlm.239). pengawasan terhadap ibu hamil sudah mulai dilaksanakan pada trimester I dan trimester III, karena pengenceran mencapai puncaknya. (Atikah dan Asfua, 2010. hlm. 79). Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90

tablet pada ibu-ibu hamil. (Manuaba, 2010. hlm.239) Pemberian tablet zat besi selama kehamilan pemberian suplemen besi merupakan salah satu cara bagi ibu hamil untuk meningkatkan kadar Hb Pemberian zat besi untuk dosis pencegahan 1x1 tablet untuk dosis pengobatan (bila Hb kurang dari 11gr/dl) adalah 3x1 tablet (Depkes, dikutip dari Tarwoto, 2007. hlm.70). Disamping itu diperlukan peran serta petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan akan pentingnya pemenuhan nutrisi ibu hamil untuk mencegah terjadinya penurunan kadar Hb.

Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan antara lingkaran lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III di UPT Puskesmas Kutorejo Kabupaten Mojokerto.

2. KAJIAN LITERATUR

Faktor-faktor yang mempengaruhi anemia pada ibu hamil adalah umur ibu, jarak kehamilan/ usia anak terkecil, paritas, lingkaran lengan atas (LILA), pekerjaan ibu dan suami, pola konsumsi, dan riwayat selama kehamilan. (Sandrayayuk, dkk, 2013). Ibu dengan status gizi kurang tersebut dapat terjadi 2 komplikasi yang cukup berat selama kehamilan yaitu anemia (kekurangan sel darah merah) dan pre eklamsia/eklamsia. Evie & Masdianti, 2013. Untuk mengetahui hubungan Lingkaran Lengan Atas (LILA) ibu dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III, dilakukan pengukuran lingkaran lengan atas kiri yang diklasifikasikan ukuran lingkaran lengan atas $\geq 23,5$ cm tidak resiko KEK dan $< 23,5$ cm resiko KEK serta dilakukan pengukuran kadar hemoglobin dalam darah dengan metode *sahli* untuk mengetahui kadar anemia yang diklasifikasikan kadar hemoglobin ≥ 11 gr% tidak anemia, kadar hemoglobin, < 11 gr% anemia.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional analitik dalam bentuk *crossectional*. Seluruh ibu hamil tahun 2016 (Januari – Desember) di UPT Puskesmas Kutorejo, yaitu sebanyak 42 kasus. Perhitungan besar sampel dengan rumus pada $\alpha = 0.05$ diperoleh sampel sebesar 42 orang. Penelitian ini menggunakan teknik *sampling*

total sampling untuk pengambilan sampel, dimana mengambil populasi sebagai sampel. Menggunakan data sekunder yaitu buku register pemeriksaan ibu hamil. Lokasi penelitian di UPT Puskesmas Kutorejo. Waktu penelitian dilaksanakan pada 08 Februari – 05 Mei 2017. Analisis Univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan angka/nilai jumlah masing-masing variabel dengan ukuran proporsi. Analisa Bivariat dengan *Chi Square* (X^2) untuk membuktikan apakah variabel bebas benar-benar mempengaruhi variabel tergantung atau tidak.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

a. Usia Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Responden

No.	Umur	f	%
1.	Berisiko (<20 Tahun dan >35 Tahun)	6	14,3
2.	Tidak Berisiko (0-35 tahun)	36	85,7
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 1 bahwa sebagian besar ibu hamil trimester III berusia 20-35 tahun (85,7%).

b. Paritas

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Paritas Responden

No.	Paritas	f	%
1.	Berisiko (Grandemultipara)	1	2,4
2.	Tidak Berisiko (Multipara dan Primi)	41	97,6
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 2 bahwa sebagian besar responden paritas tidak berisiko ibu hamil trimester III (97,6%).

c. Usia Anak Terkecil

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Usia Anak Terkecil Responden

No.	Usia Anak Terkecil	f	%
1.	Berisiko (<2 Tahun dan >10 Tahun)	4	9,5
2.	Tidak Berisiko (2 – 10 Tahun)	38	90,5
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 3 bahwa sebagian besar dari responden tidak berisiko yaitu 38 ibu hamil trimester III (90,5%).

2. Data Khusus

a. Lingkar Lengan Atas

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Lingkar Lengan Atas Responden

No.	Lingkar Lengan Atas (cm)	f	%
1.	< 23,5	15	35,7
2.	≥ 23,5	27	64,3
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 4 bahwa sebagian besar dari responden dengan ukuran lingkar lengan atas yang ≥23,5 cm yaitu 27 ibu hamil trimester III (64,3%).

d. Kejadian Anemia

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Kejadian Anemia Responden

No.	Kejadian Anemia	f	%
1.	Anemia (Hb <11 gr%)	10	23,8
2.	Tidak Anemia (Hb ≥11 gr%)	32	76,2
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 5 bahwa sebagian besar dari responden dengan kadar hemoglobin (Hb) ≥ 11 gr% cm yaitu 32 ibu hamil trimester III (76,2%).

e. Hubungan Lingkar Lengan Atas dengan Kejadian Anemia

Tabel 6. Tabulasi Silang Hubungan Lingkar Lengan Atas Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Trimester III

LILA	Kejadian Anemia				Jumlah	
	Anemia (Hb <11 gr%)		Tidak Anemia (Hb ≥11 gr%)			
	f	%	f	%	f	%
<23 cm	6	14,3	9	21,4	15	35,7
≥23,5 cm	4	9,5	23	54,8	27	64,3
Jumlah	10	23,8	32	76,2	42	100

Berdasarkan tabel 6 tabulasi silang di atas dapat diketahui bahwa responden yang memiliki resiko KEK sebanyak 6 responden (14,3%) yaitu anemia. Setelah dilakukan uji Fisher's Exact Test dengan program SPSS diperoleh nilai P_{value} sebesar 0,128 maka nilai $P_{\text{value}} > 0.05$

sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara lingkar lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III. Jadi dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima H_1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan lingkar lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III di UPT Puskesmas Kutorejo Kabupaten Mojokerto.

Berdasarkan hasil penelitian diatas Pembahasannya adalah sebagai berikut :

1. Lingkar Lengan Atas Ibu Hamil Trimester III

Berdasarkan dari hasil penelitian yang ada didapatkan responden yang mengalami resiko KEK dengan ukuran lingkar lengan atas yang <23,5 cm yaitu 15 responden (35,7%).

Pengukuran Lingkar Lengan Atas merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, karena mudah, murah dan cepat, tidak memerlukan umur yang terkadang susah diperoleh, memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LILA mencerminkan cadangan energi, sehingga dapat mencerminkan kekurangan energi dan kalori (KEK) pada ibu WUS dan ibu hamil. (Atikah dan Asfiah, 2010. hlm.177).

Tujuan pengukuran lingkar lengan atas (LLA) adalah mencakup masalah WUS baik ibu hamil maupun calon ibu, masyarakat umum dan peran petugas lintas sektoral. Adapun tujuan tersebut adalah : mengetahui resiko KEK WUS, baik ibu hamil maupun calon ibu, untuk menapis wanita yang mempunyai resiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), meningkatkan perhatian dan kesadaran masyarakat agar lebih berperan dalam pencegahan dan penanggulangan KEK, mengembangkan gagasan baru dikalangan masyarakat dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, meningkatkan peran petugas sektoral dalam upaya perbaikan gizi WUS yang menderita KEK, mengarahkan pelayanan kesehatan pada kelompok sasaran WUS yang menderita KEK.

Ambang batas LILA WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang 23,5 cm atau dibagian merah pita LLA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). BBLR mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak. (Nyoman S, 2002. hlm. 49)

Pengukuran lingkaran lengan atas merupakan salah satu penilaian status gizi dan deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat untuk mengetahui kekurangan energi kronis terutama pada ibu hamil. Biasanya lingkaran lengan atas <23,5 cm dikarenakan rendahnya konsumsi protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak mencukupi angka kecukupan gizi, umumnya terjadi pada keluarga yang tingkat ekonomi rendah.

2. Kejadian Anemia Ibu Hamil Trimester III

Anemia adalah kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruh jaringan. (Tarwoto dan Wasnidar, 2007. hlm 30)

Peningkatan volume plasma menyebabkan terjadinya hidremia kehamilan atau hemodilusi, yang menyebabkan menurunnya hematokrit (20-30%), sehingga hemoglobin dari hematokrit lebih rendah secara nyata dari pada keadaan tidak hamil. (Misaroh, 2010. hlm. 132) Pengawasan terhadap kadar hemoglobin darah dilakukan pada trimester I dan trimester III, karena pada saat ini pengenceran darah ibu hamil sudah mencapai puncaknya. (Erna dkk, 2005. hlm. 83)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti menunjukan dari 42 ibu hamil trimester III terdapat sebanyak 6 responden (14,3%) dengan anemia (Hb <11gr%).

Faktor yang dapat menyebabkan terjadinya anemia, antara lain kurangnya

asupan zat besi dan protein dari makanan, adanya gangguan absorpsi usus, perdarahan akut dan kronis, dan meningkatnya kebutuhan zat besi seperti pada ibu hamil. Menurut laporan WHO (2005) secara umum penyebab anemia pada ibu hamil dipengaruhi banyak faktor, terdiri dari umur ibu, umur kehamilan, paritas, lingkaran lengan bagian atas (LILA), sosial ekonomi (tingkat ekonomi, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan suami), pola konsumsi, dan riwayat selama kehamilan. (Anon, 2011)

Serta pada tabel 5 di atas dapat diketahui sebagian besar dari responden dengan ukuran lingkaran lengan atas yang < 23,5 cm yaitu 15 ibu hamil trimester III (35,7%).

Menurut WHO, kejadian anemia kehamilan berkisar antara 20 dan 89% dengan menetapkan Hb 11g% (g/dl) sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Hoo Swie Tjong menemukan angka anemia kehamilan 3,8% pada trimester I, 13,6% trimester II, dan 24,8% pada trimester III. (Manuaba, 2010. hlm. 237-238).

Kejadian anemia pada ibu hamil sering terjadi di tiap trimester terutama pada trimester III karena terjadinya hemodilusi dan disebabkan zat gizi yang kurang terutama anemia zat besi, ini karena pola makan yang salah, dimana ibu hamil masih dominan mengkonsumsi protein nabati (sulit diserap), protein hewani jarang dikonsumsi, akibatnya terjadi anemia.

3. Hubungan Lingkaran Lengan Atas dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil Trimester III

Berdasarkan data hasil tabulasi silang pada tabel 6 antara lingkaran lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III dapat diketahui responden yang beresiko KEK mengalami anemia sebanyak 6 responden (14,3%).

Setelah dilakukan uji Fisher's Exact Test dengan program SPSS diperoleh nilai P_{value} sebesar 0,128 maka nilai $P_{\text{value}} > 0,05$ sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara lingkaran

lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III. Jadi dapat disimpulkan bahwa Ho diterima H1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan lingkaran lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III di UPT Puskesmas Kutorejo Kabupaten Mojokerto.

Yang mempengaruhi gizi ibu hamil adalah hal-hal yang harus dipertimbangkan pada saat menentukan seberapa besar kebutuhan gizi yang harus dipenuhi oleh seorang ibu hamil, diantaranya: Umur, berat badan, paritas, asupan makanan, suhu lingkungan, aktivitas, status kesehatan, pengetahuan tentang gizi dalam makanan, kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan, status ekonomi. Salah satu cara yang dilakukan untuk menilai status gizi ibu hamil yaitu Pengukuran Antropometri dan Biokimia, yang sering dilakukan pada ibu hamil yaitu: pengukuran berat badan (BB), tinggi badan (TB) dan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA). Sedangkan untuk pengukuran biokimia yang sering dilakukan adalah pengukuran kadar hemoglobin darah untuk menentukan derajat anemia gizi besi yang sering terjadi pada ibu hamil. (Lailiyana dkk, 2010. hlm.26-27).

Untuk mengetahui anemia pada ibu hamil dapat diukur dengan menggunakan pengukuran biokimia yaitu kadar hemoglobin (Hb), apabila Hb <11 g% maka mengalami anemia. Sedangkan untuk pengukuran lingkaran lengan atas hanya dapat digunakan untuk mengukur status gizi ibu hamil yaitu apakah ibu mengalami resiko KEK atau tidak resiko KEK, sehingga dapat disimpulkan bahwa pengukuran lingkaran lengan atas pada ibu hamil trimester III tidak dapat digunakan untuk mengetahui kejadian anemia. Mungkin hubungan lingkaran lengan atas dengan kejadian anemia secara langsung tidak ada, tetapi kemungkinan juga ada hubungannya, misalnya, tingkat kecukupan kalori protein pasien yang paling berpengaruh adalah kadar protein.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian pada ibu hamil trimester III didapatkan bahwa tidak ada hubungan lingkaran lengan atas dengan kejadian anemia pada ibu hamil trimester III.

REFERENSI

1. Anon. (2011). *Bab I Pendahuluan*. (<http://www.digilb.unimus.ac.id>, diakses pada tanggal 6 April 2012)
2. Azharnurul. (2012). *Pengertian Nutrisi*. (<http://www.tdwclub.com>, diakses pada tanggal 6 April 2012)
3. Azkah, Takiya. (2012). *Anemia dalam Kehamilan*. (<http://www.takiya10.blogspot.com>, diakses pada tanggal 6 April 2012)
4. Diah, Eka. (2011). *Modul Pengantar Biostatistik. Mojokerto : Eka Diah*
5. Evie Trihartiningsih; Masdianti. 2013. *Penilaian Status Gizi Ibu Hamil Dengan Pengukuran Lila Di Puskesmas Kalampangan, Kota Palangka Raya*. Jurnal Akademi Kebidanan Betang Asi Raya. Palangka Raya.
6. Fraser, D. M. & Cooper, M. A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Jakarta : EGC
7. Hidayat, A.A. A. (2010). *Metode Penelitian Kebidanan & Teknis Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
8. Ibrahim, Siti Misaroh & Proverawati, Atikah. (2010). *Nutrisi Janin & Ibu Hamil (cara membuat otak janin cerdas)*. Yogyakarta : Nuha Medika
9. Lailiyana, Noor, Hj. N. & Suryatni, Hj. (2010). *Buku Ajar Gizi Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : EGC
10. Manuaba, dr. Ida Ayu, Manuaba, dr. I. B.F. & Manuaba, Prof. dr. I.B.G. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta : EGC
11. MGS. (2011). *Skripsi Kesehatan, hubungan antara pola nutrisi dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil trimester III*. (<http://www.skripsikesehatan.blogspot.com>, diakses pada tanggal 6 April 2012)
12. Notoadmodjo. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta

13. Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
14. Paath, E. F., Rumdasih, Y. & Heryati. (2005). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : EGC
15. Proverawati, A. & Asfuah, S. (2010). *Buku Ajar Gizi untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika
16. Proverawati, Atikah. (2011). *Anemia dan Anemia Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
17. Proverawati, A. & Wati, E. K. (2011). *Ilmu Gizi untuk Keperawatan & Gizi Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
18. Riyanto, Agus. (2009). *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : Nuha Medika.
19. Sandrayayuk Marlapan; Benny Wantouw; Jolie Sambeka. Hubungan Status Gizi Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kec. Tuminting Kota Manado. *ejournal keperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013*.
20. Setiadi. (2007). *Konsep dan Penelitian Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
21. Supriasa, I. D. N., Bakri, B. & Fajar, I. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC
22. Tarwoto, Ns. & Wasnidar, Dra. (2007). *Buku Saku Anemia pada Ibu Hamil, konsep dan penatalaksanaan*. Jakarta : Trans Info Media.
23. Zainuddin, Muhamad. 2000. *Metodologi Penelitian*. Surabaya: Bagian FKI KM – UNAIR.

FAKTOR RISIKO WAKTU KEMATIAN PADA KEJADIAN KECELAKAAN LALU LINTAS DI WILAYAH HUKUM KEPOLISIAN RESORT MOJOKERTO

Dwi Helynarti Syurandhari¹⁾, Mukhammad Himawan Saputra²⁾, Asih Media Yuniarti³⁾,
Ainur Pujiarti⁴⁾

^{1,2,3,4}Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, STIKes Majapahit Mojokerto

email: dwihelynarti@gmail.com¹, mhimawansaputra@gmail.com², art.media1979@gmail.com³,
ainur.pujiarti@gmail.com⁴

Abstract

Traffic accidents was one of the non-communicable diseases (because of the high number of deaths in traffic accidents affected all sectors of life so that it becomes a health problem. The purpose of this study was to determine the determinant of death in the incidence of traffic accidents in the area of Mojokerto Police Law. The design of this research was case control. The sample size in research was 76 victims of traffic accidents divided into case groups and control groups. The sampling technique used is total sampling for case groups. The study was conducted from March to April 2017. The results showed of deaths in the incidents of traffic accidents were predominantly 16-30 years old (34.2%), male (73.7%), private sector (78.9%), road users who used vehicle (89.2%), located in Ngoro, Trawas, Pungging, Trowulan sub-districts (13.2%), with provincial road status (52.6%), on workdays (92.1%) and At 06.00-12.00 AM (52.6%). Analysis of Risk Estimate calculation used chi square statistic test showed that event day (p value = 0,005 and OR = 6,067; 95% CI = 1,563 - 23,548) was risk factor of death in the incidence of traffic accidents. While hour of the event was not a risk factor of death in the incident of traffic accidents. Risk Factor of deaths in traffic accidents include road users used vehicles and workday events. Therefore, it is hope that the public prioritize road safety by making risk prevention efforts by increasing alertness and healthy behavior in driving such as obeying the wise driving regulation, the use of personal protective equipment, and conducting health checks for the drivers.

Keywords: Risk Factor, deaths, traffic accidents

1. PENDAHULUAN

Indonesia saat ini tengah menghadapi transisi epidemiologi dalam masalah kesehatan, dimana Penyakit Menular belum seluruhnya dapat teratasi, sementara tren Penyakit Tidak Menular (PTM) cenderung terus meningkat. Berdasarkan *Sample Registrasi Sistem* (SRS) bahwa dari 10 penyebab kematian utama untuk segala umur, enam diantaranya adalah PTM dimana kecelakaan lalu lintas menempati urutan kedelapan (Ditjen PP & PL, 2016).

Kecelakaan lalu lintas adalah suatu peristiwa di jalan yang tidak diduga dan tidak disengaja melibatkan kendaraan dengan atau tanpa pengguna jalan lain yang mengakibatkan korban manusia dan atau kerugian harta benda (UU.No.22/2009). *World Health Organization* (WHO) telah mempublikasikan bahwa kematian akibat kecelakaan di jalan diperlakukan sebagai salah satu penyakit tidak menular dengan jumlah kematian tertinggi. Kejadian kecelakaan lalu lintas cenderung

meningkat dalam jumlah maupun jenisnya dengan angka kesakitan, kecacatan dan kematian yang terus meningkat (Departemen Perhubungan, 2011).

Kecelakaan lalu lintas (KLL) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang mempengaruhi semua sektor kehidupan. Gangguan akibat kecelakaan cedera saat ini menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena tingginya angka kejadian kematian akibat kecelakaan. Hasil Risesdas menunjukkan ada peningkatan proporsi kecelakaan akibat transportasi darat sebanyak hampir dua kali lipat pada tahun 2014 (47,7%) dari tahun 2008 (25,9%) (Ditjen, PP & PL, 2015).

Studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada tanggal 06 Januari 2016 di Unit Laka Lintas Polres Mojokerto, telah diketahui bahwa pada tahun 2013 terdapat 605 kejadian kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan 938 orang menjadi korban, 141 jiwa diantaranya meninggal dunia dan 797

korban selamat, 13 diantaranya yaitu mengalami luka berat dan 784 diantaranya mengalami luka ringan. Pada tahun 2014 diketahui bahwa terdapat 550 kejadian yang menyebabkan 797 orang menjadi korban, 134 jiwa diantaranya meninggal dunia dan 660 korban selamat, 4 orang diantaranya mengalami luka berat dan 656 diantaranya mengalami luka ringan. Sedangkan pada tahun 2015 diketahui bahwa jumlah kejadian kecelakaan sebesar 739 kejadian kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan 1069 orang menjadi korban, 137 jiwa diantaranya meninggal dunia dan 932 korban selamat, 26 diantaranya mengalami luka berat dan 906 diantaranya mengalami luka ringan, (Polres Mojokerto, 2016).

Dengan meningkatnya angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas di Kabupaten Mojokerto. Maka perlu dilakukan penanganan dan pencegahan segera dengan mendata korban lebih cepat. Dalam upaya pengendalian dan pencegahan kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas yang terjadi di Kabupaten Mojokerto khususnya wilayah hukum Kepolisian Resort Mojokerto, maka harus dilakukan riset epidemiologi untuk mendapatkann informasi terkait dengan distribusi dan determinan kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas. Dengan didapatnya informasi ini maka dapat digunakan sebagai dasar ilmiah pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan terkait dengan cara pencegahan kejadian kecelakaan lalu lintas, agar angka kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas tidak semakin meningkat, sehingga dapat memperbaiki dan meningkatkan status kesehatan masyarakat di Kabupaten Mojokerto khususnya di wilayah hukum Kepolisian Resort Mojokerto. Mengingat pentingnya masalah ini, maka peneliti ini melakukan penelitian terkait dengan determinan kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah hukum Kepolisian Resort Mojokerto.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang dilakukan adalah survei analitik dengan rancang bangun *case control*. Penelitian dilaksanakan di Polres Mojokerto pada bulan Maret sampai April 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah korban kecelakaan lalu lintas yang telah

tercatat oleh Unit Laka Lantas Polres Mojokerto bulan Oktober-Desember 2016 sebanyak 40 jiwa (populasi kasus) dan 246 korban (populasi kontrol). Besar sampel dalam penelitian ini adalah 76 korban kecelakaan lalu lintas, 38 korban meninggal dunia (kelompok kasus) dan 38 korban hidup (kelompok kontrol), sampel sesuai dengan kriteria inklusi yaitu data kecelakaan lalu lintas yang tercatat oleh Unit Laka Lantas Polres Mojokerto, dan data kecelakaan lalu lintas periode bulan Oktober-Desember 2016.

3. PEMBAHASAN

3.1. Distribusi Frekuensi kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah hukum Polres Mojokerto Oktober-Desember 2016 berdasarkan faktor orang, tempat dan waktu.

3.1.1. Faktor Orang

Distribusi frekuensi kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah hukum Polres Mojokerto pada Bulan Oktober-Desember 2016 pada tabel 1, 2, 3, dan 4 menunjukkan bahwa jumlah kematian tertinggi terjadi pada kelompok usia 16-30 tahun dengan jumlah sebanyak 13 jiwa, jenis kelamin laki-laki 28 jiwa, jenis pekerjaan dibidang swasta 30 jiwa, dan sebagai pengguna jalan yang menggunakan kendaraan sebanyak 34 jiwa. Menurut konsep segitiga epidemiologi yang dikutip dari Noor (2008), karakteristik usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, dan pengguna jalan merupakan bagian dari unsur pejamu (*host*), pejamu merupakan keadaan manusia yang sedemikian rupa sehingga menjadi faktor risiko untuk terjadinya penyakit yang biasanya disebut sebagai faktor intrinsik. Keempat karakteristik tersebut dapat mempengaruhi keseimbangan keadaan pejamu, jika keadaan pejamu mengalami gangguan maka keseimbangan interaksi antara *host*, *agent* dan *environment* juga akan mengalami gangguan. Hal tersebut dapat menyebabkan timbulnya kecelakaan lalu lintas yang dapat menyebabkan korban meninggal dunia.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan data WHO (2015) yang diketahui bahwa kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas terbesar terjadi pada kelompok usia 15-29 tahun. Sebagaimana dengan adanya konsep Haddon matrix yang dikutip dari WHO (2006) yang menyatakan bahwa remaja secara

signifikan lebih mungkin terlibat dalam kecelakaan fatal dibandingkan pengemudi yang lebih tua. Serta risiko kecelakaan kematian menurun dengan bertambahnya usia dan pengalaman pengemudi kendaraan. Sehingga kelompok usia yang mempunyai risiko tinggi mengalami kejadian kecelakaan lalu lintas adalah orang muda yang berusia 16-29 tahun. Haddon juga menyebutkan jenis kelamin termasuk dalam tahap pra-kecelakaan di mana terdapat perbedaan kerentanan untuk mengalami kecelakaan lalu lintas antara laki-laki dengan perempuan. Disebabkan adanya perbedaan frekuensi penggunaan kendaraan. Selain itu Haddon juga menyatakan bahwa kelompok yang mempunyai risiko tinggi untuk mengalami kejadian kecelakaan adalah orang muda, terutama yang berjenis kelamin laki-laki.

Hasil penelitian ini juga didukung dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Rompis (2016) didapatkan bahwa korban meninggal akibat kecelakaan lalu lintas di kota Tomohon tahun 2012 – 2014 terbanyak berada di rentang usia 15 – 24 tahun, jenis kelamin laki-laki. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Riandini (2015) yang menyatakan bahwa korban meninggal terbanyak pada kejadian kecelakaan lalu lintas yakni terdapat pada kelompok umur dewasa awal yaitu usia 19 – 35 tahun, jenis kelamin laki-laki. Djaja, dkk (2016) menyebutkan bahwa angka kejadian kecelakaan lalu lintas sepanjang tahun 2010-2014 memiliki proporsi kematian tertinggi terjadi pada korban yang memiliki jenis pekerjaan sebagai karyawan swasta.

Kelompok usia 16-30 jika ditinjau dari pengkategorian usia menurut WHO dalam Notoadmodjo (2011) merupakan orang muda dan dewasa, namun jika ditinjau dari pengkategorian usia menurut Depkes RI (2009) kelompok usia tersebut termasuk pada kategori masa remaja awal dan dewasa awal. Sehingga usia 16-30 tahun termasuk dalam kategori orang muda (remaja awal) sampai dewasa awal sehingga kelompok usia tersebut termasuk pada kelompok usia produktif. Haris (2012) menyebutkan bahwa kelompok usia produktif memiliki tingkat emosional yang masih tinggi serta memiliki mobilitas yang tinggi, sehingga mereka sering tergesa – gesa dan cenderung kurang berhati-hati dalam

berkendara tanpa memperhatikan keselamatan berlalu lintas. Seperti yang dijelaskan oleh Bustan (2015) bahwa kecelakaan lalu lintas lebih sering terjadi pada keadaan manusia yang bergerak dan berlalu lintas. Oleh karena itu pada rentang usia ini, mereka cenderung memiliki tingkat emosi yang kurang stabil dibandingkan kelompok usia lebih dari 30 tahun yang lebih hati – hati, sadar bahaya dan lebih disiplin dalam berkendara.

Hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa korban meninggal seberapa besar adalah laki-laki, hal tersebut dikarenakan aktifitas laki-laki sebagai tulang punggung keluarga sehingga banyak menghabiskan waktu di jalan untuk berangkat, dan pulang bekerja (Haris, 2012). Hal ini mengakibatkan kaum laki – laki menjadi populasi dominan di jalan raya. Sehingga laki-laki paling banyak melakukan mobilitas, seperti yang diungkapkan Bustan (2015) yang menyebutkan bahwa kecelakaan lalu lintas lebih sering terjadi pada keadaan manusia yang bergerak atau berlalu lintas. Sekitar (90%) kecelakaan lalu lintas disebabkan oleh faktor manusia (*human faktor*).

Tingginya frekuensi kematian pada korban yang bekerja di bidang swasta, hal ini dikarenakan lalu lintas jalan raya banyak dipenuhi oleh masyarakat yang keluar rumah untuk bekerja mencari nafkah. Penduduk di wilayah hukum Polres Mojokerto banyak yang bekerja di bidang swasta, dikarenakan wilayah hukum Polres Mojokerto yang masuk dalam Kabupaten Mojokerto. Dimana Kabupaten Mojokerto merupakan kawasan industri, terutama di Kecamatan Ngoro. Hal tersebut dikarenakan karakteristik Wilayah tersebut adalah sebagai kawasan industri Haris (2012).

Tingginya frekuensi kematian pada korban yang bekerja di bidang swasta, hal tersebut dikarenakan jumlah pengguna jalan terbanyak di wilayah hukum Polres Mojokerto yakni pengguna kendaraan baik itu kendaraan bermotor maupun kendaraan tidak bermotor. Hal tersebut sesuai dengan data jumlah kendaraan bermotor yang dikutip dari BPS Mojokerto (2016) yang diketahui bahwa jumlah kendaraan terbanyak di Mojokerto pada tahun 2015 yaitu sebanyak 82.395 unit kendaraan bermotor, sedangkan untuk kendaraan tidak bermotor seperti sepeda pancal, becak, delman, dll untuk saat ini belum

diketahui jumlahnya. Selain itu berdasarkan data yang diperoleh dari Polres Mojokerto bahwa jumlah kendaraan yang terlibat dalam kecelakaan selama bulan Oktober-Desember 2016 yaitu sebanyak 386 untuk kendaraan bermotor, sedangkan untuk kendaraan tidak bermotor saat ini belum diketahui. Sehingga hal tersebut yang menjadi salah satu faktor penyebab tingginya angka kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas yang menimpa pengguna jalan yang menggunakan kendaraan.

3.1.2. Faktor Tempat

Distribusi frekuensi kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah hukum Polres Mojokerto pada Bulan Oktober-Desember 2016 pada tabel 5 dan 6 jika ditinjau dari karakteristik faktor tempat berdasarkan wilayah administratif (kecamatan) pada tabel 8 menunjukkan bahwa jumlah kematian tertinggi terjadi di 4 kecamatan yaitu kecamatan Ngoro, Trawas, Pungging, dan Trowulan dengan jumlah korban sebesar 5 jiwa pada masing-masing kecamatan tersebut, dan terjadi pada ruas jalan yang berstatus jalan provinsi dengan jumlah korban sebesar 20 jiwa.

Menurut konsep segitiga epidemiologi yang dikutip dari Noor (2008), yang menjelaskan bahwa karakteristik wilayah administratif dan status jalan merupakan bagian dari unsur lingkungan (*environment*). Berdasarkan konsep Haddon Matrix yang dikutip dari WHO (2006) maka kecelakaan lalu lintas berdasarkan karakteristik wilayah administratif dan status jalan berada pada tahap fase pra kecelakaan dan saat kecelakaan. Dan termasuk dalam faktor lingkungan hal tersebut dapat dilihat dari desain jalan dan permukaan jalan pada wilayah tersebut. WHO (2015) menjelaskan bahwa faktor-faktor terkait kecelakaan lalu lintas yang berhubungan dengan lingkungan jalan yaitu meliputi kepadatan dan komposisi lalu lintas, kecepatan berkendara.

Penyebab tingginya angka kematian pada keempat Kecamatan tersebut yaitu dikarenakan banyak faktor, salah satunya yaitu faktor lingkungan seperti keadaan topografi, kondisi jalan, cuaca, kepadatan lalu lintas, kecepatan berkendara dan lain-lain. WHO (2015). Kecamatan Ngoro yang merupakan salah satu Kecamatan di Mojokerto yang terdapat banyak tempat industri sehingga

menyebabkan volume lalu lintas di Kecamatan ini cukup padat dan ramai serta banyak orang yang berlomba mengadu kecepatan agar segera sampai di tempat tujuan. Menurut Zainuddin (2016) didapatkan bahwa risiko untuk terjadinya kematian dan cedera meningkat seiring dengan kenaikan kecepatan mengemudi. Kecamatan Trawas, yang merupakan daerah pegunungan sehingga keadaan jalan di Kecamatan tersebut banyak terdapat tanjakan dan turunan serta sudut belokan. Bustan (2015) menjelaskan bahwa struktur jalan datar, mendaki, menurun, lurus dan berkelok-kelok dapat menjadi pemicu kejadian kecelakaan lalu lintas yang berakibat fatal. Rompis (2016) menyebabkan bahwa terdapat pengaruh cuaca terhadap peningkatan angka kecelakaan lalu lintas dengan korban mati. Kecamatan Pungging terdapat jalan sebagai jalur alternatif yang dapat menghubungkan antara Mojokerto-Pasuruan, Mojokerto-Sidoarjo dan Mojokerto-Malang sehingga lalu lintasnya cukup ramai dan selalu dilewati dengan kendaraan besar. Bustan (2015) yang menyatakan bahwa keadaan fisik jalanan seperti pengerjaan jalanan atau jalan yang fisiknya kurang memadai, misalnya berlobang-lobang dapat menjadi pemicu terjadinya kecelakaan. Kecamatan Trowulan yang merupakan merupakan salah satu kecamatan yang menghubungkan antara Kabupaten Mojokerto dengan Kabupaten Jombang, selain itu juga terdapat jalan utama yang menghubungkan beberapa Kabupaten jalan ini disebut sebagai *by pass*, selain itu Trowulan banyak terdapat wisata bersejarah. Sehingga lalu lintasnya cukup ramai karena tingginya volume lalu lintas.

Penyebab tingginya angka kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas yang terjadi di ruas jalan yang berstatus sebagai jalan provinsi dikarenakan berbagai faktor. Seperti faktor kelayakan dan sarana jalan dimana kondisi ruas jalan provinsi masih banyak yang rusak dan berlubang, jika pengguna jalan tidak berhati-hati maka dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan lalu lintas. Menurut Bustan (2015) yang menjelaskan bahwa pemicu kejadian kecelakaan lalu lintas dapat dilihat dari kondisi fisik jalan kondisi jalan yang fisiknya kurang memadai misalnya jalan yang berlobang-lobang, jalan licin.

3.1.3. Faktor Waktu

Distribusi frekuensi kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah hukum Polres Mojokerto pada Bulan Oktober-Desember 2016 tabel 7 dan 8 menunjukkan bahwa jumlah kematian tertinggi berdasarkan hari terjadinya kecelakaan lalu lintas yaitu pada terjadi pada hari kerja sebesar 35 jiwa. Dan terjadi pada pukul 06.00-12.00 dengan jumlah kematian yaitu 20 jiwa. Menurut konsep segitiga epidemiologi yang dikutip dari Noor (2008), karakteristik hari dan jam kejadian merupakan bagian dari unsur lingkungan (*environment*). Hal tersebut dikarenakan hari kejadian berhubungan erat dengan lingkungan jalan seperti volume lalu lintas. Menurut Dharma (2013) yang didapatkan bahwa kepadatan arus lalu lintas juga bisa mempengaruhi kecelakaan seperti volume kendaraan dihari kerja, libur dan hari-hari besar keagamaan. Haris (2012) juga menjelaskan bahwa volume lalu lintas berpengaruh terhadap kejadian kecelakaan lalu lintas. Menurut Bolla (2009) kecelakaan umumnya terjadi pada pagi (06.00-11.59 WIB) hingga sore hari (12.00-17.59 WIB).

Penyebab tingginya angka kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas yang terjadi pada hari kerja dan pada pukul 06.00-12.00 dikarenakan beberapa faktor. Dari hasil penelitian terdahulu yang juga banyak menyatakan bahwa hari kerja lebih sering terjadi kecelakaan lalu lintas dan mengakibatkan dampak yang fatal yaitu meninggal dunia. Hal tersebut disebabkan berbagai aktifitas kegiatan berlangsung diluar rumah seperti aktifitas pekerjaan, perekonomian, pendidikan, dll sehingga menyebabkan volume lalu lintas akan meningkat. Seperti yang dikutip dari Haris (2012) yang menyebutkan bahwa kecelakaan lebih sering terjadi pada hari senin disebabkan karena aktifitas perekonomian, pekerjaan dan pendidikan dimulai pada hari Senin yang sebelumnya terhenti karena hari libur Sabtu dan Minggu, sehingga banyak orang yang berlomba mengadu kecepatan agar segera sampai di tempat tujuan. Padapukul 06.00-12.00 merupakan jam sibuk dimana banyak terdapat aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat di luar rumah, maka mereka akan menggunakan ruan jalan raya. Dengan semakin meningkatnya aktivitas masyarakat di jalan

raya maka volume lalu lintas juga akan meningkat pula. Seperti yang dikutip dari Haris (2012) bahwa banyak aktivitas yang dilakukan pada jam-jam sibuk seperti berangkat, istirahat, pulang kerja dan sekolah, dan belanja ke pasar. Pada jam sibuk semua orang berlomba agar segera sampai pada tempat tujuan, hal tersebut dapat mengakibatkan kecelakaan lalu lintas.

3.2. Faktor risiko kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas.

3.2.1. Hari Kejadian

Korban yang mengalami kejadian kecelakaan lalu lintas pada hari kerja lebih berisiko 6-7 kali mengalami kematian dibanding dengan korban yang mengalami kecelakaan lalu lintas pada hari libur. Hari kerja yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu hari senin-jum'at, sedangkan hari libur yaitu hari minggu. Berdasarkan konsep segitiga epidemiologi yang dikutip dari bukunya Noor (2008) bahwa karakteristik hari kejadian merupakan bagian dari unsur lingkungan (*environment*). Dikarenakan hari kejadian kecelakaan lalu lintas berhubungan dengan kepadatan arus lalu lintas. McKenzie (2007) dalam bukunya menjelaskan bahwa jumlah kematian terkait kecelakaan kendaraan bermotor meningkat tajam pada akhir minggu (jum'at, sabtu, minggu). Menurut Santoso dalam Adelaide (2012) juga menjelaskan bahwa semakin padat lalu lintas jalan, makin sepi lalu lintas makin sedikit kemungkinan kecelakaan akan tetapi fatalitas akan sangat tinggi

Hal ini dikarenakan pada hari kerja berbagai aktifitas banyak yang berlangsung seperti aktifitas pekerjaan, perekonomian, pendidikan, dll sehingga banyak masyarakat yang bepergian melewati lalu lintas jalan. Hal tersebut dapat berpengaruh terdhadap volume lalu lintas yang akan semakin meningkat. Selain itu pada hari kerja banyak masyarakat yang berlomba mengadu kecepatan agar segera sampai di tempat tujuan, jadi tidak mengherankan jika kejadian kecelakaan lalu lintas pada hari kerja sering terjadi dan dapat mengakibatkan dampak yang fatal. Simarta (2008) menjelaskan bahwa pada saat perjalanan kerja, arus lalu lintas tinggi dan cenderung akan terjadi kemacetan. Kemacetan membuat pengendara tidak mengemudi pada kecepatan yang berlebihan. Resiko untuk

mendapatkan cedera berhubungan dengan kecepatan. Umumnya semakin besar kecepatan yang terlibat di dalam suatu kecelakaan, akan makin besar cedera yang terjadi. Selain itu, memang sudah ada bukti bahwa kecepatan pada saat mengendarai merupakan faktor risiko untuk terjadinya tabrakan dan meningkatnya tingkat keparahan suatu cedera akibat kecelakaan.

3.2.2. Jam Kejadian

Waktu terjadinya kecelakaan lalu lintas berdasarkan karakteristik jam kejadian bukan merupakan faktor risiko kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas. Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Pomuri (2014) didapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara waktu berkendara (siang-malam) dengan kejadian kecelakaan lalu lintas. Sedangkan hasil perhitungan *odd ratio* (OR) menunjukan bahwa waktu berkendara bukan merupakan faktor risiko terjadinya kecelakaan lalu lintas. Penelitian ini juga diperkuat dengan adanya penelitian yang dilakukan oleh Haris (2012) yang menyatakan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara waktu terjadinya kecelakaan terhadap kejadian kecelakaan lalu lintas. Waktu merupakan saat dimana orang memutuskan berpergian untuk beraktivitas diluar rumah.

Hal ini disebabkan karena persentase dari masing-masing kategori jam berbeda tipis, sehingga membuktikan bahwa potensi terjadinya kecelakaan tidak memandang waktu. Volume lalu lintas renggang pada pagi malam hari, padat pada siang hari dan sore hari. Menurut Haris (2012) pada waktu terang, volume lalu lintas padat, pada umumnya orang beraktivitas pada pagi dan pulang sore hari, kecuali hari besar dan hari libur. Tidak jauh berbeda pada waktu gelap, khususnya pada malam hari, jalan raya yang relative lebih lenggang membuat pengendara untuk melajukan kendaraannya dengan cepat.

4. SIMPULAN

Distribusi Frekuensi kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah hukum Polres Mojokerto Oktober-Desember 2016 sebagian besar adalah kelompok usia 16-30 tahun, jenis kelamin laki-laki, dengan pekerjaan sebagai swasta, berstatus sebagai pengguna jalan yang menggunakan kendaraan,

berlokasi di kecamatan Ngoro, Trawas, Pungging, dengan status jalan provinsi, pada hari kerja dan pukul 06.00-12.00.

Faktor risiko waktu kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas adalah hari kejadian, sedangkan yang bukan merupakan faktor risiko waktu kematian pada kejadian kecelakaan lalu lintas adalah jam kejadian.

REFERENSI

1. Adelaide, Kezia. (2012). *Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Kecelakaan Lalu lintas di Jalan Tol Purbaleunyi Tahun 2010-2011*. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia.
2. Badan Pusat Statistik Kabupaten Mojokerto. (2016). *Kabupaten Mojokerto dalam Angka (Mojokerto Regency in Figures 2016)*. Mojokerto: Badan Pusat Statistik Kabupaten Mojokerto.
3. Bolla, M. E. (2009). Karakteristik Kecelakaan Sepeda Motor di Kota Surabaya. Jurnal. Kupang: Universitas Cendana.
4. Bustan, N. M. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta
5. Dharma, A., Identifikasi Kecelakaan Lalu Lintas (Study Kasus Jalan Dalu-Dalu sampai Pasir Pengaraian). Jurnal. Universitas Pasir Pengaraian.
6. Departemen Perhubungan. (2011). *Rencana Umum Nasional Keselamatan (RUNK) Jalan 2011-2035*. Jakarta: Departemen Perhubungan.
7. Direktorat Jendral PP & PL. (2015). *Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
8. Direktorat Jendral PP & PL. (2008). *Pedoman Pengendalian Faktor Risiko Gangguan Akibat Kecelakaan dan Cedera (Seri Kecelakaan Lalu Lintas)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
9. Direktorat Jendral PP & PL. (2016). *Asosiasi Pemerintah Kabupaten Se-Indonesia Bersepakat untuk cegah dan kendalikan penyakit tidak Menular*. (Online). (<http://www.depkes.go.id/article/view/16080900002/asosiasi-pemerintah-kabupaten-seluruh-indonesia-bersepakat-untuk-cegah-dan-kendalikan-penyakit>)

- [tidak.html](#), diakses pada tanggal 28 Oktober 2016).
10. Direktorat Jendral PP & PL. (2015). Petunjuk Teknis Pemeriksaan Deteksi Dini Faktor Risiko Kecelakaan Lalu Lintas bagi Pengemudi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
 11. Djaja, S., Widyastuti, R., Tobing, K., Lasut, D., Irianto, J. (2016). *Gambaran Kecelakaan Lalu Lintas di Indonesia, Tahun 2010-2014*. *Junal Ekologi Kesehatan* Vol. 15 No 1, Juni 2016 : 30 - 42.
 12. Haris, I. V. (2012). *Kajian Daerah Rawan Kecelakaan Lalu Lintas Di Jalan Kolektor Primer Wilayah Gresik Bagian Selatan Tahun 2012*. *Jurnal*. Surabaya: Universitas Negeri Surabaya.
 13. Instruksi Presiden RI. (2013). *Program Dekade Aksi Keselematan Jalan*. Jakarta: Presiden RI.
 14. McKenzie, F. J., Pinger. R. R., Kotecki, E. J. (2007). *Kesehatan Masyarakat Suatu Pengantar*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
 15. Noor, Nur Nasry. (2008). *Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta
 16. Notoatmodjo, Soekidjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
 17. Pomuri, M. E, Joseph, W. B, Kepel. B. J. (2014). *Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Kecelakaan Lalu Lintas Sepeda Motor pada Pasien di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Kota Manado Tahun 2014*. *Jurnal*. Manado: Universitas Sam Ratulangi
 18. Riandini, I. L. (2015). *Gambaran Luka Korban Kecelakaan Lalu Lintas yang Dilakukan Pemeriksaan di RSUP Dr. M. Djamil Padang*. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2015; 4(2).
 19. Simarmata, Y. W. (2007). *Kecelakaan lalu lintas pada pengendara sepeda motor Tahun 2007 di Wilayah Jakarta Timur*. Skripsi. Jakarta: Universitas Indonesia.
 20. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 tahun 2009 Tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan.
 21. WHO. (2006). *Road Traffic Injury Prevention Training Manual*. India: World Health Organization. (Online). (<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Fact%20sheets%20from%20the%20World%20report%20on%20road%20traffic%20injury%20prevention.pdf>), diakses pada tanggal 28 Oktober 2016).
 22. WHO. (2013). *Status Keselamatan Jalan di WHO Regional Asia Tenggara tahun 2013*. India: World Health Organization.
 23. WHO. (2011). *World Report on Road Traffic Injury Prevention – Main Messages*.
 24. WHO. (2015). *Global Status Report on Road Safety 2015*. Geneva: World Health Organization.
 25. WHO. (2015). *Keselamatan Pejalan Kaki Manual Keselamatan Jalan untuk Pengambil Keputusan dan Praktisi*. Geneva: World Health Organization.

PENGARUH PEMBERIAN *INFUSED WATER STROBERI* TERHADAP INTENSITAS *DISMENORE* PRIMER PADA REMAJA PUTRI DI ASRAMA ABIM KOTA KEDIRI

Weni Tri Purnani

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri

email : tripurnani0330@gmail.com

Abstract

Introduction: Women who get a period will cause the pains that called dysmenorrhea. According to the preliminary study in the ABIM dormitory, from 10 teenagers who have menstrual, there are 8 people who have dysmenorrhea. It shows the high incidence of dysmenorrhea in adolescent girls. The purpose of this research is to know the influence of the provision of infused water strawberries to intensity of primary dysmenorrhea in adolescent girls in the ABIM dormitory Kediri in 2015.

Methode: This research was included in the pre experiment with the approach of one group pre post test design. The population of this research is adolescent girls that experienced dysmenorrhea on the first day menstruation with purposive sampling technique. The intensity of dysmenorrhea respondents was measured by the questionnaire Scale Descriptive Pain. The data analysis used Wilcoxon Sign Rank Test. *Result:* The data analysis used Wilcoxon Sign Rank Test and got the result of $p \text{ value } (0,000) \leq \alpha (0,05) \text{ value}$. So, it can be concluded that H_0 was refused dan H_1 was accepted. It means that there was influence of the provision of infused water strawberries to intensity of primary dysmenorrheal in adolescent girls in the ABIM dormitory Kediri in 2015. *Discussion:* that there is a difference before and after giving infused water strawberries that is before it was given infused water strawberries the majority of respondents experienced ordinary pain, while after given infused water strawberries the majority of respondents experienced mild pain.

Keywords: *Infused Water Strawberries, Dysmenorrhea Intensity, Adolescent Girls*

1. PENDAHULUAN

Menstruasi adalah perdarahan vagina secara berkala akibat terlepasnya lapisan endometrium uterus. Usia normal bagi seorang wanita mendapat menstruasi untuk pertama kalinya pada usia 12 atau 13 tahun. Tetapi ada juga yang mengalaminya lebih awal, yaitu pada usia 8 tahun atau lebih lambat yaitu usia 18 tahun. (Sukarni & Margareth, 2013)

Pada sebagian wanita yang mengalami menstruasi akan timbul nyeri saat menstruasi yang biasanya disebut *dismenore*. *Dysmenorrhea* atau *dismenore* dalam bahasa Indonesia berarti nyeri pada saat menstruasi. Hampir semua wanita mengalami rasa tidak enak pada perut bagian bawah saat menstruasi (Sukarni & Margareth, 2013). Meskipun hal yang biasa, tetapi hal ini sangat mengganggu bagi sebagian remaja putri yang mempunyai aktivitas banyak. (Andira, 2010)

Angka kejadian nyeri menstruasi di dunia sangat besar. Rata-rata lebih dari 50% perempuan di setiap negara mengalami nyeri menstruasi. Di Amerika Serikat, Klein dan Litt melaporkan prevalensi *dismenore* mencapai

59,7%, dan di Swedia sekitar 72%, sedangkan di Indonesia angka kejadian prevalensi nyeri menstruasi berkisar 55% dikalangan usia produktif (Azizah, 2013).

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan pada 10 (100%) mahasiswa yang bertempat tinggal di Asrama ABIM Kediri tahun 2015 pada bulan September 2015 yang sedang mengalami menstruasi terdapat 8 mahasiswa (80%) mengalami *dismenore* dan 2 mahasiswa (20%) tidak mengalami *dismenore*. Dari 8 responden yang mengalami *dismenore*, 3 mahasiswa mengatakan merasa kram pada perut bagian bawah tetapi masih dapat melakukan aktivitas, 4 responden mengatakan nyeri yang dirasakan menyebar ke pinggang dan aktivitas terganggu, sedangkan 1 responden lainnya mengatakan nyeri yang dirasakan mengakibatkan sulit untuk beraktifitas dan terkadang merasakan mual. Hasil survey diatas menunjukkan masih tingginya kejadian *dismenore*.

Beberapa faktor penyebab *dismenore*, yaitu faktor kejiwaan, konstitusi, obstruksi canalis servikalis, alergi, serta faktor endokrin.

Hormon prostaglandin merupakan salah satu pemicu utama penyebabnya dismenorea. Dengan meningkatnya hormon prostaglandin menyebabkan otot rahim berkontraksi dan menimbulkan nyeri saat menstruasi.

Dampak *dismenore* dapat mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga banyak remaja putri yang mengatasi penyelesaian ini kepada obat-obatan baik tradisional maupun modern. Namun lebih baik jika penggunaan obat-obatan dikurangi karena dapat menimbulkan dampak jangka panjang. Obat analgesik dapat menyebabkan perdarahan internal, selain itu, semakin sering nyeri yang dialami remaja putri saat haid maka semakin sering pula meminum obat analgesik, secara otomatis tubuh akan membentuk toleransi terhadap obat yang digunakan untuk menghilangkan nyeri, sehingga tubuh akan membutuhkan semakin banyak obat untuk menghilangkan nyeri.

Tingginya angka kejadian *dismenore* membuat banyak remaja putri terpaksa harus berbaring karena terlalu menderita sehingga tidak dapat mengerjakan sesuatu apapun. Ada yang pingsan, ada yang merasa mual, ada juga yang benar-benar muntah, kadangkala remaja putri sampai membungkukkan tubuh atau merangkak lantaran tidak mampu menahan rasa nyeri bahkan ada yang sampai berguling-guling di tempat tidur. Hal ini sangat mengganggu aktivitas belajar mereka dan dapat berdampak pada turunnya prestasi sekolah. Sehingga para remaja putri harus tahu apa yang sebenarnya terjadi pada diri mereka mampu menghadapi keadaan tersebut.

Dismenore ini bisa diatasi dengan cara farmakologi maupun non farmakologi. Contoh pengobatan nonfarmakologi, yaitu bisa berupa istirahat ataupun mengompresnya dengan air hangat. Selain itu, dapat juga dilakukan dengan pemberian *infused water* stroberi. Stroberi kaya akan kandungan vitamin C, juga merupakan sumber vitamin B, asam folat, kalium dan magnesium. (Ramayulis, 2013). Selain itu, stroberi juga mengandung omega 3 yang tinggi. Hasil studi menunjukkan bahwa para wanita yang mengonsumsi suplemen omega 3 mengalami berkurangnya rasa nyeri pada saat haid tanpa komplikasi.

Berdasarkan tingginya kejadian *dismenore* pada wanita yang dapat mengakibatkan ketidakseimbangan hormonal yang dapat mengganggu aktifitas seseorang, hal

ini merupakan masalah yang urgen, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang adakah pengaruh pemberian *infused water* stroberi terhadap intensitas *dismenore* primer pada remaja putri di Asrama ABIM Kota Kediri.

2. METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dijelaskan berdasarkan berbagai *perspektif* sebagai berikut: berdasarkan ruang lingkupnya penelitian ini termasuk penelitian *inferensial kuantitatif*. Berdasarkan tempatnya penelitian ini termasuk penelitian lapangan. Berdasarkan ada tidaknya perlakuan termasuk *pre eksperimen* dengan rancangan *one group pre test – post test design*. Berdasarkan cara pengumpulan data termasuk dalam penelitian *observasional*. Berdasarkan tujuan penelitian termasuk analitik *komparatif*. Berdasarkan sumber datanya penelitian ini termasuk jenis data primer. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh mahasiswa yang tinggal di Asrama ABIM Universitas Kediri Kota Kediri tahun 2015 yang sedang mengalami *dismenore* pada hari pertama dan memiliki siklus haid yang teratur yaitu sebanyak 22 orang. Sampel dalam penelitian ini yaitu sebagian mahasiswa yang tinggal di Asrama ABIM Universitas Kediri Kota Kediri tahun 2015 yang sedang mengalami *dismenore* pada hari pertama dan memiliki siklus haid yang teratur yaitu sebanyak 16 orang. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah “*Purposive Sampling*” yaitu teknik penentuan sampel dengan cara pertimbangan tertentu dan kriteria tertentu (Sugiyono, 2010). Variabel dalam penelitian ini dibedakan menjadi variabel bebas (*independen*) dan variabel tergantung (*dependen*). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah (X) pemberian *infused water* stroberi. Sedangkan variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah *dismenore*.

Data yang dikumpulkan berupa data primer yaitu aktivitas, lama menstruasi, serta tingkat nyeri haid baik sebelum diberi perlakuan dan sesudah diberi perlakuan. Data tersebut diperoleh dengan menggunakan kuisioner. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan alat dan bahan penelitian berupa botol khusus *infused water*, sendok kayu, pisau, air mineral 400 ml, buah stroberi 400

gram, es batu, lembar responden, serta lembar kuisioner. Prosedur pembuatan *infused water* stroberi yaitu siapkan buah stroberi dan cuci hingga bersih, potong buah stroberi menjadi beberapa bagian, masukkan air mineral dan es batu ke dalam botol kaca tertutup, masukkan potongan buah stroberi, kemudian simpan ke dalam kulkas selama $\pm$ 2-4 jam sehingga buah mengeluarkan sarinya dan merasuk ke dalam air, siap dikonsumsi. Sebelum diberikan kepada responden sebaiknya diberikan penjelasan terlebih dahulu bahwa *infused water* stroberi diberikan selama hari pertama haid, diberikan sebanyak 400 ml yang dikonsumsi sebanyak 4x (100 ml tiap kali minum) selama 1 hari.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Intensitas *Dismenore* Primer Sebelum Diberikan *Infused Water* Stroberi Di Asrama ABIM Kota Kediri Tahun 2015.

Intensitas <i>Dismenore</i>	f	%
Tidak nyeri	0	0
Nyeri ringan	4	25
Nyeri sedang	9	56,3
Nyeri berat terkontrol	3	18,8
Nyeri berat tidak terkontrol	0	0
Jumlah	16	100

(Sumber : Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 1 dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar (56,3%) responden mengalami nyeri sedang.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Intensitas *Dismenore* Primer Setelah Diberikan *Infused Water* Stroberi Di Asrama ABIM Kota Kediri Tahun 2015.

Intensitas <i>Dismenore</i>	f	%
Tidak nyeri	2	12,5
Nyeri ringan	11	68,8
Nyeri sedang	3	18,8
Nyeri berat terkontrol	0	0
Nyeri berat tidak terkontrol	0	0
Jumlah	16	100

(Sumber : Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 2 dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar (68,8%) responden mengalami nyeri ringan.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Silang Berdasarkan Pengaruh Pemberian *Infused Water* Stroberi Sebelum dan Sesudah Terhadap Intensitas *Dismenore* Primer pada Remaja Putri Di Asrama ABIM Kota Kediri Tahun 2015.

		Setelah diberi <i>infused water</i> stroberi			Jumlah
		Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	
Sebelum diberi <i>infused water</i> stroberi	Nyeri Ringan	1 (6,25%)	3 (18,8%)	0 (0%)	4 (25%)
	Nyeri Sedang	1 (6,25%)	8 (50%)	0 (0%)	9 (56,25%)
	Nyeri Berat Terkontrol	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)
	Jumlah	2 (12,5%)	11 (68,8%)	3 (18,8%)	16 (100%)

Z score = -3,500^b p = value = 0,000 $\alpha = 0.05$

(Sumber : Data Primer, 2015)

Berdasarkan tabel 3 diatas menunjukkan bahwa ada perbedaan intensitas *dismenore* sebelum dan sesudah diberikan *infused water* stroberi pada remaja putri di Asrama Abim Kota Kediri Tahun 2015. Hasil analisis data tentang intensitas *dismenore* primer sebelum dan sesudah diberikan *infused water* stroberi menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* menunjukkan nilai $p < \alpha$ atau $(0,000) < (0,05)$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh pemberian *infused water* stroberi terhadap intensitas *dismenore* primer pada remaja putri di Asrama ABIM Kota Kediri tahun 2015.

Menurut Bobak (2005) pada saat menstruasi pelepasan $PGF2\alpha$ yang berlebihan meningkatkan amplitudo uterus, sehingga menyebabkan iskemia dan kram abdomen bawah yang bersifat siklik. Respon sistemik terhadap $PGF2\alpha$ meliputi nyeri punggung, kelelahan, pengeluaran keringat, gejala saluran cerna (anoreksia, mual, muntah dan diare) dan sistem saraf pusat. Seseorang yang mengalami *dismenore* pada saat menstruasi dengan kelelahan/kelelahan yang dirasakan akan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif.

Infused water stroberi mengandung omega 3 yang cukup tinggi. Dalam sehari, omega yang dibutuhkan adalah 0,3-0,5 gr menurut rekomendasi dari WHO. Omega 3 merupakan asam lemak yang tidak dapat diproduksi oleh tubuh sehingga hanya bisa diperoleh dari asupan makanan. Menurut Dewantari (2013), menstruasi wanita tidak akan teratur kalau tidak memiliki simpanan lemak 20% dari total berat badan. Wanita dengan asupan asam lemak omega 3 yang rendah akan cenderung mengalami *dismenore*. Studi menunjukkan bahwa mengonsumsi asam lemak omega 3 dalam makanan sehari-hari akan mengurangi nyeri haid.

Menurut peneliti, ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan timbulnya *dismenore* antara lain aktivitas fisik seperti olahraga dan lamanya responden mengalami menstruasi. Semakin sering responden melakukan olahraga maka intensitas

dismenore juga semakin berkurang. Begitu juga dengan lama menstruasi, jika responden mengalami menstruasi tidak lebih dari 7 hari maka intensitas *dismenore* juga semakin berkurang. Hal ini berkaitan dengan hasil penelitian yaitu terdapat tiga responden yang tidak mengalami perubahan intensitas *dismenore* setelah diberikan perlakuan. Selain itu, mengonsumsi *infused water* stroberi harus sesuai takaran agar kebutuhan akan omega 3 di dalam tubuh dapat terpenuhi dengan baik. Sehingga *infused water* stroberi mampu berpengaruh terhadap proses penurunan intensitas *dismenore* primer yang dialami oleh responden secara signifikan.

4. KESIMPULAN

Terdapat pengaruh pemberian *infused water* stroberi terhadap intensitas *dismenore* primer pada remaja putri di Asrama ABIM Kota Kediri Tahun 2015.

REFERENSI

1. Arikunto, Suharsimi. (2010) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta. Rineka Cipta.
2. Andira, D. 2010. *Seluk beluk kesehatan reproduksi wanita*. Yogyakarta :Aplus Book
3. Anugroho, D & Wulandari,A. 2011. *Cara Jitu Mengatasi Nyeri Haid*. Yogyakarta: C.V ANDI OFFSET
4. Azizah, N., dan Wigati, A. 2013. Pengaruh Kompres Hangat dan Terapi Music Terhadap Penurunan Skala Nyeri Haid (*Dismenorrhea*). Jurnal Stikes Muhammadiyah Kudus
5. Bobak, I.M. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta. ECG.
6. Ernawati. 2010. *Terapi Relaksasi Terhadap Nyeri Dismenore Pada Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Semarang*. Tersedia di <http://jurnal.unimus.ac.id>.vol 1 no 1. Diakses tanggal 27 Juli 2015
7. Enikmawati, Anik. 2010. *Nutrisi Yang Baik Untuk Dikonsumsi Sebelum Dan*

- Selama Menstruasi*. Diunduh 20 Agustus 2015
8. Emsley, B. 2007. *Strawberry-Champagne good for health, says science*. Royal Society of Chemistry. <http://www.rsc.org/AboutUs/News/PressReleases/2007/Strawberries.asp>.
 9. Prihatman, K. 2000. Stroberi (*Fragaria chiloensis* L. / *F. vesca* L.), BAPPENAS pp : 1.
 10. Mansjoer, A. dkk. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia : Media Aesculapius.
 11. Johnston, C. Strawberry Processing Techniques: Freezing and Freeze-Drying, *Nutritional Science* 519S. 2005. p:2
 12. Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
 13. Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik edisi 4*. Jakarta : ECG
 14. Vita Health. 2006. *Food Supplement*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
 15. Kumalaningsih, S. 2007. 3. *Antioksidan, Sumber & Manfaatnya*. <http://antioxidantcentre.com/>
 16. Much. 2007. *Strawberry, Buah Cinta yang Kaya Manfaat*. <http://bangfirman.multiply.com/>
 17. Siswoyo. 2007. *Ilmu Pendidikan*. Yogyakarta : UNY Pres
 18. Wirakusumah, Emma S. 2007. *202 Jus Buah & Sayuran*. Jakarta : Penebar Swadaya
 19. Takwin, B. 2008. *Menjadi Mahasiswa*. Artikel diakses pada tanggal 18 Juni 2015, dari <http://bagustakwin.multiply.com/journal/item/18>
 20. Winkjosastro. 2008. *Gangguan Haid dan Siklusnya*. Jakarta : Bina Pustaka
 21. Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan Edisi Ketiga*. Jakarta : PT Bina Pustaka
 22. Proverawati, Misaroh. 2009. *Menarche, Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Yogyakarta : Nuha Medika
 23. Widyastuti, Y., Rahmawati, A. dan Purnamaningrum, Y.E. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitramaya
 24. Lestari, Dwi. 2011. *Seluk Beluk Menopause*. Jakarta : Garai Ilmu
 25. Ningsih, Ratna. 2011. *Efektifitas Paket Pereda Terhadap Intensitas Nyeri Pada Remaja Dengan Dismenore Di SMAN Kecamatan Curup*. Bersumber dari ; <http://lib.ui.ac.id>. Di akses tanggal 30 Juli 2015
 26. Judha, M. Sudarti & Fauziah, A. 2012. *Teori Pengukuran Nyeri dan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika
 27. Lakesma. 2012. *Kok Bisa Sih Nyeri Haid (Dysmenorrhea)*. Bersumber dari : <http://lakesma.ub.ac.id> [Di akses tanggal 5 Mei 2015].
 28. Made, Ni Dewantari. 2013. *Peranan Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi* [Di akses tanggal 20 September 2015]
 29. Oqif. 2013. *Mineral Yang Terkandung Di Dalam Air Minum*. bersumber dari : <http://ilmumum.blogspot.com> [Di akses tanggal 23 Agustus 2015]
 30. Ramayulia, Rita. 2013. *Jus Super Ajaib*. Jakarta : Penebar Plus (Penebar Swadaya Grup)
 31. Sophia, Frenita. Dkk. 2013. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Dismenore Pada Siswi SMK Negeri 10 Medan*. [Di akses tanggal 20 September 2015]
 32. Sukarni, I., & Margareth Z.H. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
 33. Ide Sehat. 2014. *Fruit Infused Water*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
 34. Kusmiran, E. (2014) *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta. Salemba Medika
 35. Murtie, Afin dan Marzuqi Yahya. 2014. *Cara Asik Minum Sehat Infused*

- Water*. Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Populer
36. Rosalina, Deasy. 2014. *Detox Water : 50 variasi minuman buah dan herbal berkhasiat*. Jakarta : Kawan Pustaka
37. Soraya, Noni. 2014. *Infused Water : MINUMAN ALAMI BERVITAMIN & SUPER SEHAT*. Jakarta : Penebar Plus
- +
38. GRIN Taxonomy Database. Germplasm Resources Information Network (GRIN). <http://www.ars-grin.gov/cgi-bin/npgs/html/taxon.pl?246>.

HUBUNGAN PERSEPSI MASYARAKAT NELAYAN TENTANG MUTU PELAYANAN PUSKESMAS TERHADAP SIKAP UNTUK DETEKSI DINI KATARAK DI KELURAHAN PEJAGAN KECAMATAN BANGKALAN PULAU MADURA

Hanifatur R., Dwi Ernawati, Merina Widyastuti, , Nur Chabibah, Erwinda Trisatya.

ernadwi_80@yahoo.co.id/ 081332049814

STIKES Hang Tuah Surabaya

ABSTRAK

Mutu pelayanan kesehatan dapat memicu sikap untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat nelayan, salah satunya dengan deteksi dini katarak. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan antara persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas terhadap sikap deteksi dini katarak. Desain penelitian menggunakan *analitik observasional*, pendekatan *cross sectional*. Sampel diambil menggunakan *probability simple random sampling* dengan perhitungan *proportionate stratified sampling*. Jumlah sampel 64 masyarakat nelayan. Variabel independen yaitu persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas, dan variabel dependen yaitu sikap untuk deteksi dini katarak. Instrumen penelitian menggunakan kuisioner. Analisis data menggunakan uji statistik *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Hasil penelitian didapatkan sikap positif untuk deteksi dini katarak berjumlah 39 responden, dan sikap negatif untuk deteksi dini katarak sebanyak 25 responden. Uji statistik persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas dengan sikap untuk deteksi dini katarak didapatkan $p = 0,002$, artinya terdapat hubungan persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas dengan sikap untuk deteksi dini katarak. Implikasi penelitian ini adalah persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas berhubungan dengan sikap untuk deteksi dini katarak, Puskesmas harus lebih meningkatkan pendekatan dengan masyarakat untuk meningkatkan persepsi positif masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas dan menumbuhkan sikap positif.

Kata kunci : persepsi, mutu pelayanan Puskesmas, sikap, katarak

1. PENDAHULUAN

Kesehatan masyarakat bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan penduduk (Alhamda, 2015: 3). Kesehatan masyarakat dapat tercapai jika mutu dan pelayanan kesehatan dapat tercapai. Masyarakat saat ini menuntut pelayanan yang lebih baik, bermutu dan dengan biaya yang terjangkau. Menurut Mactos dan Killer (1989, dalam Mubarak dan Nurul, 2009: 304), Upaya menjaga mutu (*Quaility Assurance*) merupakan sistem manajemen yang mengangkat “kualitas” sebagai strategi pelayanan dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi. Masyarakat menuntut pelayanan yang lebih baik, bermutu dan dengan biaya yang terjangkau (Mubarak & Nurul, 2009: 295). Menurut Blom (dalam Mubarak, 2009) mengatakan terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan seseorang, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan.

Menurut Alamsyah (2012: 69), visi, misi, dan tujuan Puskesmas masih belum dipahami sepenuhnya oleh pimpinan dan staf Puskesmas. Hasil pengamatan yang dilakukan peneliti, banyak ditemukan masyarakat yang tidak menggunakan fasilitas Puskesmas dengan maksimal. Kesadaran masyarakat nelayan dalam menjaga kesehatan mata juga kurang, hal ini dapat dilihat banyaknya nelayan yang tidak menggunakan pelindung mata ketika melaut. Kondisi seperti ini dapat melemahkan komitmen, dukungan, dan keikutsertaan mereka dalam mengembangkan fungsi kuratif yang dilakukan di dalam gedung Puskesmas. Akibatnya, kegiatan Puskesmas yang bersifat promotif dan preventif kurang mendapat perhatian. Dengan kata lain belum berdasarkan pada paradigma sehat.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti tanggal 26 Januari 2016 pada 15 warga nelayan di Kelurahan Pejagan, 7 orang mengatakan tidak pernah berobat ke Puskesmas dengan alasan lebih yakin akan

sembuh jika berobat ke praktek kesehatan mandiri, dokter atau perawat dan menganggap pelayanan Puskesmas kurang bermutu karena melihat beberapa tetangga yang berobat ke Puskesmas tidak sembuh serta mendengar bahwa pelayanan Puskesmas kurang memuaskan, 4 orang mengatakan pernah berobat ke Puskesmas namun mengatakan tidak begitu puas karena terkadang obat yang dibutuhkan tidak ada dan pelayanan kurang ramah, 4 orang mengatakan selalu ke Puskesmas karena mempunyai asuransi kesehatan sehingga sayang jika tidak digunakan, namun dari 15 orang yang diwawancarai oleh peneliti tidak ada satupun yang pernah melakukan pemeriksaan kesehatan mata walaupun 10 diantaranya mengalami penglihatan kabur, dan 2 orang terlihat adanya katarak di bagian lensa karena menganggap gangguan penglihatan tersebut merupakan hal biasa dan hanya sedikit mengganggu pekerjaan mereka.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, menyatakan katarak atau kekeruhan lensa merupakan salah satu penyebab kebutaan terbanyak Indonesia maupun dunia. Hasil Riskesdas 2013 terdapat tiga terbanyak alasan penderita katarak belum operasi, yaitu 51,6% karena tidak mengetahui menderita katarak, 11,6% karena tidak mampu membiayai dan 8,1% karena takut operasi.

Data KEMENKES pada tahun 2009, menyatakan masyarakat yang menderita katarak baru mendapat pelayanan operatif adalah 10% (penderita yang datang langsung ke rumah sakit), sedangkan 90% penderita masih bersifat menunggu datangnya pelayanan kesehatan akibatnya timbul penumpukan penderita katarak yang masih tinggi. Sejumlah faktor yang diduga turut berperan dalam terbentuknya katarak antara lain kerusakan oksidatif (dari radikal bebas), sinar ultraviolet, dan mal nutrisi (Eva & John, 2009: 169). Menurut Tamsuri (2010: 56) akhir –akhir ini ini, peran radiasi sinar ultraviolet sebagai salah satu faktor dalam pembentukan katarak, tampak lebih nyata. Pada penelitian lebih lanjut, ternyata sinar ultraviolet mempunyai efek terhadap lensa. Secara kimiawi katarak ditandai oleh berkurangnya ambilan oksigen dan bertambahnya kandungan air yang kemudian diikuti dengan dehidrasi. Kandungan Natrium dan Kalsium bertambah,

sedangkan kandungan Kalium, Asam Askorbat, dan Protein berkurang. Dampak katarak pada kesehatan mata yaitu dapat mengubah fokusnya dari objek jarak jauh ke jarak dekat, elastisitas lensa akan mengalami penurunan, terjadinya pengkabutan pandangan karena adanya hambatan jalan cahaya ke retina, protein lensa akan mencair sehingga cairan ini akan keluar kapsul lensa yang utuh sehingga pada katarak hiper matur nucleus lensa akan mnegambang dengan bebas, sehingga akan terjadi penurunan ketajaman penglihatan dan mengalami kebutaan (Tamsuri, 2010).

Keterlibatan masyarakat yang merupakan andalan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat pertama belum berkembang secara optimal. Respon keaktifan masyarakat dalam menggunakan fasilitas kesehatan dapat dilakukan dengan meningkatkan kualitas Puskesmas utamanya dalam upaya promotif dan preventif. Pada akhirnya akan berdampak pada sikap masyarakat untuk menggunakan fasilitas kesehatan Puskesmas untuk menjaga kesehatannya terutama kesehatan mata yang dominan masyarakat dengan profesi nelayan sering terpapar sinar matahari dan beresiko tinggi untuk terkena katarak.

Peran perawat utamanya dalam menjaga kesehatan mata dapat dilakukan dengan memberikan promosi kesehatan, pemeriksaan mata secara berkala untuk memberikan pengetahuan tentang katarak, sebagai bentuk usaha untuk mengurangi resiko terjadinya katarak khususnya pada nelayan. Peran perawat pada masyarakat yang telah mengalami gangguan mata dapat melakukan asuhan keperawatan serta kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk terapi lanjutan bagi nelayan yang sudah mengalami gangguan mata.

Dari latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan pengabdian masyarakat dengan judul hubungan persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas dengan sikap untuk deteksi dini katarak di Kelurahan Pejagan, Kecamatan Bangkalan, Pulau Madura.

2. METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

2.1. Waktu, Lokasi dan Partisipan

Kegiatan pengabdian masyarakat STIKES Hang Tuah Surabaya ini dilakukan pada tanggal 9 April 2016 di Kelurahan Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura.

2.2. Alat dan Bahan

Peralatan dan bahan yang digunakan dalam kegiatan penyuluhan *Snellen Chart*, buku tulis, pena, materi penyuluhan yang disiapkan dalam bentuk *power point* dan *leaflet* serta *kacamata anti UV*.

2.3. Metode Pelaksanaan Kegiatan

Metode pelaksanaan yang digunakan pada kegiatan pengabdian masyarakat ini terdiri dari penyuluhan, pengukuran visus, pemberian kaca mata anti UV.

Peneliti mengumpulkan nama calon responden yang didapat dari data warga disetiap RW, kemudian peneliti mendata nama-nama responden untuk selanjutnya dilakukan pengambilan data dan pengabdian masyarakat. Berdasarkan data yang ada Jumlah responden sebanyak 64 orang.

Peneliti selanjutnya membagikan kuesioner terhadap responden untuk dimintai persetujuan menjadi responden penelitian dengan memberikan *informed consent*. Setelah responden setuju, peneliti menjelaskan prosedur pengisian kuesioner. Peneliti meminta responden untuk mengisi lembar biodata, *informed consent*, dan kuesioner. Setelah itu diadakan pengukuran visus, pemberian kuesioner untuk mengukur sikap dan persepsi masyarakat nelayan terhadap mutu pelayanan Puskesmas dan pembagian kacamata anti UV.

2.4. Metode Pengolahan dan Analisa Data

Desain penelitian menggunakan metode analitik observasional dengan cara pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah masyarakat nelayan di Kelurahan Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura berjumlah 75 orang. Teknik sampling yang digunakan yaitu *Proportionate stratified sampling* dengan pendekatan *Probability: simple random sampling* dengan jumlah sampel 64 orang. Waktu yang disediakan peneliti untuk responden mengisi kuesioner adalah 10 menit, setelah semua kuisisioner terkumpul peneliti memilih kuisisioner secara acak dan yang sesuai dengan kriteria inklusi

serta tidak ada pertanyaan yang terlewatkan dalam kuisisioner, sehingga peneliti dapat menggunakan kuisisioner dengan baik dan mudah. hasil lembar kuesioner tersebut peneliti dapat mengetahui hubungan persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas dengan sikap untuk deteksi dini katarak di Kelurahan Pejagan, Kecamatan Bangkalan, Pulau Madura dengan menggunakan aplikasi komputer dengan analisis data *Chi Square*.

2.5. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada kegiatan pengabdian masyarakat ini menggunakan data primer dan sekunder. Pengumpulan data primer melalui dua cara, yaitu wawancara dan observasi dengan data demografi maupun kuesioner. Data primer diperoleh dari data kuesioner yang di isi responden tentang persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan puskesmas terhadap deteksi dini katarak di Kelurahan Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura. Data sekunder yang digunakan adalah data yang berasal dari publikasi, literatur, maupun buku-buku teks yang mendukung kegiatan ini.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil kegiatan pengabdian masyarakat ini dapat diukur dengan melakukan analisa hasil kuesioner tentang persepsi masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas terhadap sikap deteksi dini katarak pada masyarakat nelayan di desa Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas di Kelurahan Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura sebagian besar adalah positif.

Sikap untuk deteksi dini katarak pada masyarakat nelayan di Kelurahan Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura sebagian besar adalah positif.

Ada hubungan antara persepsi masyarakat nelayan tentang mutu pelayanan Puskesmas dengan sikap untuk deteksi katarak di Kelurahan Pejagan Kecamatan Bangkalan Pulau Madura.

REFERENSI

1. Alamsyah, Dedi. (2011). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
2. Ariyadi, Hilal. (2005). *Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Dokter Ditinjau dari Karakteristik dan Mutu Pelayanan Dokter di Instalasi Rawat Jalan RSI Sunan Kudus*. <http://core.ac.uk>. Diunduh pada tanggal 30 Mei, pukul 21.15 WIB.
3. Azwar, Saifuddin. (2015). *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya Edisi 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
4. Azwar, Saifuddin. (2015). *Penyusunan Skala Psikologi Edisi 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
5. Bustami. (2011). *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Askeptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
6. Satria Negara, M.F. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.
7. Eva, Paul Riordan, John P. Whitcher. (2009). *Vaughan & Asbury Oftamologi Umum*. Jakarta: EGC.
8. Hidayat, A. Aziz Alimul. (2011). *Pengantar Konsep Dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
9. Ilyas, S., dan Sri, R. Y. . (2013). *Ilmu Penyakit Mata Edisi Empat*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
10. Infodatin-penglihatan, <http://www.depkes.go.id> , diunduh tanggal 15 Januari 2016 jam 18.00 WIB
11. James, B., et al. (2005). *Lecture Notes Oftalmologi*. Jakarta: Erlangga.
12. Kebutaan di Indonesia Merupakan Bencana Nasional. <http://www.depkes.go.id>, diunduh tanggal 2 Februari 2016 jam 20.00 WIB.
13. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Hasil RISKESDAS 2013*. www.depkes.go.id. Diunduh tanggal 6 Januari 2016 jam 19.00 WIB
14. Maulana, Heri D. J. . (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
15. Mariana, M. S., Et al. (2013). *Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kepuasan Pasien terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan*. <http://ejournal-stik-sintcarolur.ac.id>. Diunduh pada tanggal 30 Mei 2016, pukul 21.00 WIB.
16. Mubarak, W. I. dan Nurul, C. . (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
17. Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
18. Notoadmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
19. Notoadmodjo, Soekidjo. (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
20. Noorkasiani. (2009). *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta: EGC
21. Olver, J., dan Lorraine, C.. (2011). *At a Glance Oftalmologi*. Jakarta: Erlangga.
22. Perdana, Satria. (2016). *Bahaya Pakai Kacamata Murahan*. <http://hallosehat.com>. Diunduh pada tanggal 13 Juni 2016, pukul 18.40 WIB
23. Praja, Juhaya. S.. (2013). *Psikologi Kepribadian (Lanjutan) Studi Atas Teori Tokoh Psikologi Kepribadian*. Bandung: Pustaka Setia.
24. Sunaryo. (2013). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
25. Sarwono, S. W., dan Eko, A. M. (2015). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba Medika.
26. Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan Edisi 2*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
27. Satrianegara. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
28. Sutanto. (2015). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Keluhan Photokeratokonjungtivitis Pada Operator Lasdi Bengkel Las Kecamatan Biringkanaya Kotamakassar*. <http://respiratory.unhas.ac.id>. Diunduh pada tanggal 11 Juni 2016, pukul 21.15 WIB
29. Tamsuri, Anas. (2010). *Klien Gangguan Mata & Penglihatan: Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
30. Taggart, Douglas, Mc.. (2006). *Sun Healing Terapi Sinar Matahari Untuk*

Penyakit Ringan Sampai Kronis. Jakarta:
Prestasi Pustakarya.

30. Tarwono, et al. (2009). *Anatomi Fisiologi Untuk mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
31. Wijaya, A. S. dan Yessie, M. P.. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

HUBUNGAN USIA DENGAN PEMILIHAN KONTRASEPSI SUNTIK TAHUN 2016 DI BPS “ FARIDA YULIANI ,S.ST.M.Kes.” DESA GAYAMAN MOYOANYAR – MOJOKERTO

Ferilia Adiesti

Prodi Kebidanan , STIKES Majapahit Mojokerto

Email : f.adiesti_april86@yahoo.co.id

Abstract

Percentage KB Indonesia which shot 40.1%, 14.6% IUD, PIL 23.7%. Participants KB eastern Java in 2010 which shot 35.6%, 17.7% IUD, PIL 30.9%. Data obtained at most of contraceptive use in the form of injections. The research was done to determine the relationship between age with a selection of injectable contraceptives. This type of research is analytical, with a cross-sectional design, the population is all family planning acceptors syringes in Connecticut amounted to 569 acceptors. Total sampling type of sampling, collecting data with secondary data by using a checklist. Data processing technique that is editing, coding, tabulating, data entry and analysis performed by chi square test. The results obtained by the age of < 20 years 200 (35.1%), aged 20-35 years as many as 213 (37.4%), age > 35 years 156 (27.4%). Kb injecting as many as 264 a month (46.4%), family planning as many as 305 syringes of 3 months (53.5%). Chi square test $df = 2$ and obtained standard errors are fixed at 5%, then $X^2 = 5.991$ and X^2 table count = count 11.272 so the price $X^2 > X^2$ table ($11.272 > 5.991$) mean H_0 rejected H_1 accepted means there relationship between the age of the injectable contraceptive election in Connecticut. Age can affect the selection of injectable contraceptives. As per the results of research it is expected that the midwife as a health worker must provide the appropriate IEC against the selection of contraceptives according to age stage. Moreover, it can also provide leaflets and put up posters in the waiting room so that family planning clients get more information.

Keywords: Age, Selection, Injectable Contraception

1. PENDAHULUAN

Keluarga Berencana merupakan satu dari sekian banyak pelayanan kesehatan *preventif* bagi wanita. Akan tetapi semua metode kontrasepsi mempunyai efek samping. Akan lebih baik jika seandainya pemilihan kontrasepsi di sesuaikan dengan usia. Usia kurang dari 20 tahun sebaiknya menunda atau mencegah agar tidak hamil terlebih dahulu karena usia kurang 20 tahun memiliki organ reproduksi yang belum sempurna (Sukmawati, 2010).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 dan 2012 menunjukkan stagnasi program KB dilihat dari beberapa indikator capaian, antara lain: 1) angka kelahiran rata-rata tetap berada pada level 2.6 2) angka pengguna kontrasepsi masih berkisar 57% dengan dominasi penggunaan KB jangka pendek, 3) angka unmet need masih tinggi (8.5) dan 4) fertilitas remaja (ASFR 15-19) masih tinggi yaitu 48 kelahiran per 1000 wanita.

Pada 2017, target aseptor baru 123.571 sementara pada 2016 sebanyak 153.091 akseptor namun hingga November 2016 yang tercapai 84,85 persen atau 129.899 akseptor. Target ini berasal dari BKKBN Pusat. Di wilayah Jawa Timur pesikerta Keluarga Berencana terbagi menjadi peserta KB baru dan KB aktif. Jumlah peserta KB baru 955.336 (12,18 %) dan jumlah peserta KB aktif 4.582.691 (57,77 %) dari jumlah PUS yang ada 7.846.174. Hasil pelayanan peserta KB Jatim menurut alat kontrasepsi tahun 2010 yaitu IUD 17,7% (0.04% usia < 20 tahun, 4,7% usia 20 – 35 tahun, 11,4% usia >35 tahun), MOP 0,3%(0% usia <20 tahun, 0,1% usia 20 – 35 tahun, 0,13% usia >35 tahun), MOW 7,7%(0% usia < 20 tahun, 0,7% usia 20 – 35 tahun, 5,6% usia >35 tahun), suntik 35,6% (17,15% usia < 20 tahun, 11,4% usia 20 -35 tahun, 5,9% usia > 35 tahun), pil 30,9%(0,32% usia < 20 tahun, 15,03% usia 20 – 35 tahun, 14,5% usia > 35 tahun), kondom 0,8% (Data Statistik Indonesia, 2010).

Dapat kita lihat bahwa penggunaan kontrasepsi terbanyak adalah pemakaian kontrasepsi Suntik dan merupakan kontrasepsi yang diminati. Yang mana pada alat kontrasepsi yang mudah.

2. KAJIAN LITERATUR

Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam pemilihan metode kontrasepsi, menurut (Brahm U., 2006:43-56):

1. faktor Pribadi

a. Usia

Usia seorang wanita dapat mempengaruhi kecocokan dan akseptabilitas metode-metode kontrasepsi tertentu. Dua kelompok pemakai remaja dan wanita perimenopause perlu mendapat perhatian khusus. Secara umum, remaja kecil kemungkinannya memiliki kontra indikasi medis terhadap pemakaian metode

Berbeda dengan remaja, wanita perimenopause lebih besar kemungkinannya memiliki kontra indikasi medis daripada kontraindikasi perilaku untuk menggunakan metode tertentu (Brahm U., 2006:44-45). Namun, perilaku dapat menjadi penting dalam menentukan metode yang akan memberikan perlindungan kontrasepsi terbaik. Hal ini disebabkan semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekeatan seseorang akan lebih matang berpikir dan bekerja (Nursalam, 2001:134). Tiga fase untuk mencapai tujuan pelayanan kontrasepsi yaitu:

- 1). fase menunda/mencegah kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun
- 2). fase menjarangkan kehamilan yaitu periode usia istri 20-35 tahun
- 3). fase menghentikan/mengakhiri kehamilan yaitu usia istri diatas 35 tahun (Hartanto, 2010:30-32).

b. Paritas

Paritas seorang wanita dapat mempengaruhi cocok tidaknya suatu metode secara medis. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman, ditinjau dari sudut kematian. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai maternal lebih tinggi. Resiko pada paritas tinggi

dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana (Brahm U., 2006: 45).

c. Usia anak terkecil

Usia anak terkecil suatu pasangan dapat mempengaruhi pemilihan metode dalam dua cara. Di daerah-daerah tempat angka kematian bayi tinggi, sebagian pasangan dengan anak yang masih kecil dan tidak lagi menginginkan anak, menunda pemakaian metode kontrasepsi permanen sampai mereka cukup yakin bahwa anak mereka akan bertahap hidup (Brahm U., 2006:46). Dan jarak antara kelahiran adalah 2 – 4 tahun (Hartanto, 2010:31).

d. Tujuan Reproduksi

Tujuan reproduksi dari suatu pasangan apakah mereka akan menjarangkan anak mereka atau membatasi jumlah keluarga jelas memiliki pengaruh pada pemilihan metode. Pasangan yang tidak lagi menginginkan anak mungkin memilih metode yang sangat efektif, bekerja lebih lama, atau permanen karena lebih cocok dengan kebutuhan mereka. Pasangan yang ingin memiliki anak di masa depan mungkin puas dengan metode yang kurang efektif karena mengetahui bahwa kegagalan metode mempengaruhi penentuan waktu rencana reproduktif mereka dan tidak mempengaruhi jumlah anak yang diinginkan secara keseluruhan. Secara umum, seorang wanita akan memilih suatu metode yang sesuai dengan perkiraan waktu persalinan berikutnya (Brahm U., 2006:46).

e. Frekuensi hubungan kelamin

Frekuensi seorang wanita berhubungan kelamin dapat mempengaruhi bukan saja resiko kehamilan yang tidak direncanakan, melainkan juga kerelaan dirinya atau pasangannya untuk menggunakan metode kontrasepsi tertentu. Pasangan dengan frekuensi hubungan kelamin yang tinggi mungkin berpendapat bahwa metode yang sangat efektif akan paling sesuai. Sebaliknya, pasangan yang jarang berhubungan kelamin mungkin mendasarkan keputusan pemilihan kontrasepsi mereka pada faktor-faktor

selain kemudahan penggunaan (Brahm U., 2006: 46).

2. Faktor Kesehatan Umum

Klien dan penyedia layanan harus secara bersama-sama menilai kesehatan umum, riwayat reproduksi (termasuk riwayat pema kaian kontrasepsi), riwayat infeksi PMS serta penyakit radang panggul, dan kontraindikasi klien terhadap berbagai metode. Keadaan tertentu termasuk anemia, adanya infeksi atau PMS, kelainan serviks atau uterus, dan gangguan sirkulasi dapat memengaruhi kecocokan sebagian metode kontrasepsi (Brahm U., 2006: 48).

3. Faktor Ekonomi dan Aksesibilitas

a. Biaya Langsung

Faktor biaya lainnya adalah apakah suatu metode yang diinginkan membutuhkan biaya besar hanya satu kali atau serangkaian biaya ringan selama beberapa waktu (Brahm U., 2006: 51).

b. Biaya Lain

Hal yang mungkin lebih penting daripada biaya ekonomi langsung untuk pemasokan dan pelayanan kontrasepsi adalah biaya-biaya lain yang berkaitan dengan memperoleh dan menggunakan kontrasepsi, termasuk waktu yang tersita untuk mengambil kontrasepsi, biaya transportasi, dan biaya psikologis (Brahm U., 2006: 51).

4. Faktor Budaya

a. Kesalahan Persepsi

Banyak klien membuat keputusan mengenai kontrasepsi berdasarkan informasi yang salah yang diperoleh dari teman dan keluarga atau kampanye pendidikan yang membingungkan. Informasi yang diperoleh dari penyedia layanan dan sumber lain dapat menyesatkan atau sensasional, dengan sifat-sifat positif metode kurang diajukan atau diabaikan, sedangkan sifat-sifat negatif diperbesar (Brahm U., 2006: 54).

b. Kepercayaan Religius dan Budaya.

Di beberapa daerah, kepercayaan religius atau budaya dapat mempengaruhi klien dalam memilih metode. Walaupun agama Islam tidak melarang pemakaian metode kontrasepsi secara umum, para akseptor berpendapat bahwa pola perdarahan yang tidak teratur yang

disebabkan oleh sebagian metode hormonal akan sangat menyulitkan karena selama haid mereka dilarang bersembahyang (Brahm U., 2006: 55).

c. Tingkat Pendidikan.

pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal – hal yang menunjang kesehatan sehingga meningkatkan kualitas hidup. Oleh sebab itu makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin tinggi menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai – nilai yang baru diperkenalkan.

Sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2014-2019 mengamanahkan agar BKKBN bertanggung jawab terhadap tercapainya indikator Program Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga (KKBPK). Salah satu indikator Program KKBPK adalah angka kelahiran total (*Total Fertility Rate/TFR*), dimana target secara nasional pada tahun 2019 harus mencapai 2,28 anak per wanita usia subur. Tinggi rendahnya angka TFR ini dipengaruhi oleh lima faktor utama penentu fertilitas, yaitu usia kawin pertama (UKP), pemakaian kontrasepsi, lama menyusui eksklusif, aborsi, dan sterilitas. Disamping itu, faktor sosial budaya juga berpengaruh pada peningkatan atau penurunan TFR. Dalam operasionalnya, pencapaian TFR sangat ditentukan oleh kinerja pengelola Program KKBPK, baik di tingkat pusat, provinsi, maupun SKPD KB di kabupaten/kota; khususnya dalam hal pembinaan kesertaan ber-KB kepada Pasangan Usia Subur (PUS). Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) menyediakan data yang berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat, termasuk fertilitas dan Keluarga Berencana. Susenas tidak didesain untuk pengerjaan penghitungan angka fertilitas total (TFR), terutama yang berkaitan dengan besarnya sampel wanita usia subur untuk mengestimasi angka TFR tingkat kabupaten/kota per tahun. Perhitungan TFR dengan Susenas dapat dilakukan dengan menggunakan metode *Own Children* (OC). Susenas dapat dijadikan sumber data

perhitungan TFR hingga ke tingkat kabupaten/kota untuk memperoleh gambaran pencapaian Program Keluarga Berencana karena cakupan data Susenas sampai dengan kabupaten/kota dan dilaksanakan setiap setahun sekali. Tabel berikut memperlihatkan persentase PUS yang menjadi peserta KB dan bukan peserta KB pada tahun 2015. Dari jumlah PUS sebesar 48,609 juta pasangan, 29,155 juta atau 59,98% merupakan PUS yang ikut KB semua cara (*all method*); sedangkan PUS yang mengikuti cara KB modern mencapai 58,99% dari total PUS. Ini berarti terdapat 0,99% PUS yang menggunakan cara KB tradisional

3. METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini jenis dan rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik. Sedangkan desain yang digunakan adalah penelitian *Cross Sectional*. Variabel Independen dalam penelitian ini adalah usia. dan Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah pemilihan alat kontrasepsi suntik.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua akseptor KB suntik di BPS Eny Wardoyo, AMd.Keb Desa Wonoprintahan Kec. Prambon Kab. Sidoarjo pada tahun 2010 berjumlah 569 orang. Sampel pada penelitian ini adalah akseptor KB suntik di BPS Eny Wardoyo, Amd.Keb desa wonoprintahan kec. Prambon kab. Sidoarjo pada tahun 2010 berjumlah 569 orang. Adapun teknik pengambilan sampel dengan teknik *non probability sampling tipe total sampling*.

Penelitian ini dilaksanakan di BPS Farida Yuliani S.ST. M.Kes Desa Gayaman – Mojoanyar . Kab Mojokerto.

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data sekunder dan menggunakan buku register KB. Alat atau instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan checklist.

Data yang didapat dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi – square* (χ^2) untuk melihat hubungan usia dan pemilihan kontrasepsi suntik.

Rumus uji *chi – square* :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

O = Frekwensi Observasi

E = Frekwensi harapan (teoritis)

Uji ini dipakai untuk mengetahui hubungan antara variabel Independen dan variabel dependen dengan taraf signifikansi 0,05. Hasil dari perhitungan dibandingkan dengan tabel χ^2 , jika χ^2 hitung $\geq \chi^2$ table maka H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara variabel Independen dengan variabel dependen. Jika χ^2 hitung $\leq \chi^2$ table maka H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Usia Akseptor KB Suntik

Hampir setengahnya berusia 20 – 35 tahun sebanyak 213 orang (37,4%).

Bahwa Disebutkanusia seorang wanita dapat mempengaruhi kecocokan dan akseptabilitas metode-metode kontrasepsi tertentu. Karena pada Usia 20 – 35 tahun dikategorikan dalam fase mengatur atau menjarangkan kehamilan maka perilaku pada kelompok usia 20 – 35 tahun menjadi penting dalam menentukan metode yang akan memberi perlindungan kontrasepsi terbaik. (Abraham)

Pada hasil penelitian yang ditemukan akseptor yang berkisar pada usia 20-35 tahun, banyak yang menggunakan KB suntik. jadi akseptor masih menginginkan untuk mempunyai keturunan lagi, selain itu sudah berpengalaman dalam menggunakan KB suntik.

4.2. Pemilihan Alat Kontrasepsi Suntik

Sebagian besar memilih kontrasepsi suntik 3 bulan yakni sebanyak 305 (53,5%).

keuntungan kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu risiko terhadap kesehatan kecil, sangat efektif, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, dan efek samping kecil, tidak berpengaruh terhadap produksi ASI. Sedangkan kerugiannya sering ditemukan gangguan haid, mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan, kegemukan dan terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian (Saifuddin,2006)

Dapat dilihat akseptor kb banyak memilih KB suntik 3 bulan. Hal ini disebabkan kemudahan dalam menggunakan alat kontrasepsi, selain itu dalam penggunaannya

juga tidak mempengaruhi produksi ASI, lebih hemat,

4.3. Hubungan Antara Usia Dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Suntik.

Akseptor KB suntik 1 bulan sebagian kecil berusia 20 – 35 tahun sebanyak 118 (20,7%) sedangkan akseptor KB suntik 3 bulan sebagian kecil berusia < 20 tahun sebanyak 116 (20,3%).

Dengan menganalisa menggunakan SPSS for Windows versi 17.0 dengan menggunakan Uji *Chi-Square* didapatkan $df=2$ dan taraf kesalahan yang ditetapkan 5% maka χ^2 tabel = 5,991 dan χ^2 hitung = 11,272 sehingga harga χ^2 hitung > χ^2 tabel (11,272 > 5,991) berarti H_0 ditolak H_1 diterima berarti ada hubungan antara usia dengan pemilihan kontrasepsi suntik.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa banyak akseptor KB usia 20-35 tahun memilih menggunakan jenis KB suntik 1 bulan. Hal tersebut dikarenakan pada tingkat usia ini dinamakan fase mengatur/ menjarangkan kehamilan, jadi responden masih menginginkan untuk mempunyai keturunan lagi. Dengan menggunakan suntik KB 1 bulan, para akseptor dapat menstruasi. Dan mereka beranggapan bahwa dengan adanya menstruasi, mereka akan cepat kembali subur.

Sedangkan akseptor KB usia < 20 tahun paling banyak memilih menggunakan KB suntik 3 bulan yaitu sebanyak 116 (20,3%).

Terdapat tiga fase untuk mencapai tujuan pelayanan kontrasepsi yaitu 1) fase menunda/mencegah kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun, kontrasepsi yang sesuai yaitu pil, IUD mini, sederhana. 2) fase menjarangkan kehamilan yaitu periode usia istri 20-35 tahun, kontrasepsi yang sesuai yaitu IUD, suntik, pil, implant, sederhana. 3) fase menghentikan/mengakhiri kehamilan yaitu usia istri diatas 30 tahun, kontrasepsi yang sesuai yaitu kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, pil (Hartanto, 2010: 30-32).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa banyak akseptor berusia < 20 tahun yang memilih KB suntik 3 bulan karena menurut akseptor suntik KB 3 bulan dapat mencegah kehamilan jangka panjang, tidak mengganggu produksi ASI, lebih hemat, tidak terlalu sering datang ke pelayanan kesehatan untuk ber KB, sehingga akseptor beranggapan

bahwa suntik KB 3 bulan merupakan metode yang paling efektif.

5. KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari hasil uji analisis dengan menggunakan program SPSS for Windows versi 17.0 dengan menggunakan Uji *Chi-Square* didapatkan $df=2$ dan taraf kesalahan yang ditetapkan 5% maka χ^2 tabel = 5,991 dan χ^2 hitung = 11,272 sehingga harga χ^2 hitung > χ^2 tabel (11,272 > 5,991) berarti H_0 ditolak H_1 diterima berarti ada hubungan antara usia dengan pemilihan kontrasepsi suntik.

REFERENSI

1. Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rinika Cipta
2. Anonim, (2010). *Miom ancaman bagi perempuan yang perlu penanganan segera*. ([http:// www.cerlangcemerlang.com](http://www.cerlangcemerlang.com), diakses 07 April 2010 jam 09.45)
3. Anonim, (2010). *Umur* ([http:// id.wikipedia.org](http://id.wikipedia.org), diakses 22 Juni 2010).
4. Anonim, (2009). Pusat Statistik Pendidikan (<http://www.psp.kemdiknas.go.id>)
5. Badan Pusat Statistik Dan BAPPEKAB Sidoarjo. (2009). Data statistik KB kab.sidoarjo. Brahm, U. (2006). *Ragam Metode Kontrasepsi*. Jakarta: EGC.
6. Data Statistik Indonesia. (2010). Data pelayanan KB. Glasier, A & Gebbie, A. (2005), *keluarga berencana dan kesehatan reproduksi*. Jakarta: EGC.
7. Hartanto, H. (2010). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka sinar harapan.
8. Hidayat, A.Aziz Alimul. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan & Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba medika.
9. Notoatmodjo, S. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
10. Nursalam & Pariani. (2001). *Kumpulan KTI dan askeb Bejo net*, ([http:// www.google.com](http://www.google.com), diakses tanggal 11 mei 2010).
11. Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

12. Saifuddin. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
13. Sukmawati, (2010). *Kehamilan Remaja Berisiko Besar Akibatkan Kematian* (<http://idham020273.blogdetik.com> , diakses tanggal 02 Januari 2010 pukul 22.33)
14. Tim Prima Pena. *Kamus Bahasa Indonesia*: Gitamedia Press.
15. Data BKKBN 2017

KARAKTERISTIK PEKERJAAN TERHADAP KEBERHASILAN ASI EKSKLUSIF

Erfiani Mail Prodi ¹⁾, Dhonna Anggraeni ²⁾

^{1,2}Prodi D3 Kebidanan Stikes Majapahit Mojokerto

email : erfianimail@yahoo.co.id, dhonnaanggreni@gmail.com

Abstract

Exclusive breastfeeding according to WHO, 2005 is breastfeeding alone without any other fluids of formula, water, orange juice or other supplementary foods given at birth until 6 months. Exclusive breastfeeding coverage data in Puskesmas kedundung in 2013 as much as 12.5%, in 2014 as much as 37.3%, in 2015 as much as 54.6%. The purpose of this study is to analyze the effect of job characteristics on the exclusive ASI success in Puskesmas kedundung Mojokerto. Analytic observational research with case control design with case and control sample of 70 baby mothers. Data were analyzed by using univariate, bivariate and multivariate analysis with logistic regression. The results of this study indicate that the characteristics of work hours ≤ 8 hours is significant with the success of exclusive breastfeeding (OR = 4,374; 95% CI: 1,409-13,576). Conclusion: work hour characteristic ≤ 8 hours has an effect on exclusive breastfeeding success. Suggestions can be drawn based on the results of this study is health education should be given to working mothers about the importance of exclusive breastfeeding.

Keywords: *exclusive breastfeeding, job characteristics*

1. PENDAHULUAN

ASI eksklusif menurut WHO, 2005 adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain baik susu formula, air putih, air jeruk ataupun makanan tambahan lain yang diberikan saat bayi baru lahir sampai berumur 6 bulan.

Pemerintah mengeluarkan kebijakan baru melalui Menteri Kesehatan RI No. 450/Menkes/SK/IV/2004 mengenai pemberian ASI Eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan dan dianjurkan untuk dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun dengan pemberian makanan tambahan yang sesuai. Kebijakan terbaru mengenai Asi ini dituangkan dalam Peraturan Pemerintah No 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Dalam setiap bagian dan pasal PP tersebut menggambarkan bahwa Pemerintah bertanggung Jawab terhadap pemberian ASI Eksklusif bayi usia 0-6 bulan.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa hanya sekitar setengah anak berumur di bawah dua bulan menerima ASI eksklusif. Persentase ASI eksklusif menurun terus setelah dua bulan pertama. Lebih dari tujuh diantara sepuluh anak umur empat sampai enam bulan menerima makanan tambahan (44 %), air putih

(8%), susu formula atau cairan tambahan lainnya (8%) sebagai tambahan dari ASI atau sepenuhnya sudah disapih (13%). Hasil telaah dari 42 negara menunjukkan bahwa ASI eksklusif memiliki dampak terbesar terhadap penurunan angka kematian balita, yaitu 13% dibanding intervensi kesehatan masyarakat lainnya (Roesli,2011).

Data cakupan ASI eksklusif di Puskesmas kedundung tahun 2013 sebanyak 12,5%, tahun 2014 sebanyak 37,3%, tahun 2015 sebanyak 54,6%.

Rendahnya cakupan ASI eksklusif otomatis meningkatkan angka kematian bayi. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa kematian anak selama lima tahun sebelum survei (merujuk ke tahun 2008-2012) adalah 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup, artinya setiap satu dari 31 anak yang lahir di Indonesia meninggal sebelum mencapai umur satu tahun. Bayi mati terjadi pada umur satu bulan sebanyak 60%, menghasilkan angka kematian *neonatum* sebesar 19 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Anak meninggal terjadi saat berumur satu sampai sebelas bulan sebanyak 80%, yang menghasilkan angka kematian *post neonatum* sebesar 13 kematian per 1.000 kelahiran. Perbandingan angka kematian untuk dua survei terakhir menunjukkan kematian

bayi dan anak turun sedikit, kecuali kematian neonatum yang tetap konstan.

Penyebab menurunnya angka pemberian ASI dan peningkatan pemberian susu formula antara lain minimnya pengetahuan para ibu tentang manfaat ASI dan cara menyusui yang benar, sedikitnya pelayanan konseling laktasi dan dukungan dari petugas kesehatan, persepsi sosial budaya yang menentang pemberian ASI, keadaan yang tidak mendukung bagi para ibu yang bekerja, serta para produsen susu melancarkan pemasaran secara agresif untuk mempengaruhi sikap ibu dalam memberikan susu formula (Nuryati S, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif antara lain faktor psikologis yang meliputi dukungan keluarga khususnya suami, faktor demografi yang meliputi usia, faktor fisik yang disebabkan karena ibu sakit atau kelainan puting susu, dan faktor sosial meliputi sosial ekonomi, tingkat pendidikan, pekerjaan (Khasanah, 2011).

Berdasarkan fenomena kurangnya pengetahuan ibu mengenai ASI eksklusif, pekerjaan, pendidikan yang berpengaruh terhadap sikap ibu yang akan mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian ASI. Hal ini menyebabkan hambatan dalam pencapaian target keberhasilan pemberian ASI eksklusif secara maksimal.

2. KAJIAN LITERATUR

Orang tua adalah komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu, dan merupakan hasil dari sebuah ikatan perkawinan yang sah yang dapat membentuk sebuah keluarga. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh dan membimbing para anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang menghantarkan anak untuk siap dalam kehidupan bermasyarakat, sedangkan pengertian orang tua di atas, tidak terlepas dari pengertian keluarga, karena orang tua merupakan bagian keluarga besar yang sebagian besar telah tergantikan oleh keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Secara tradisional, keluarga diartikan sebagai dua atau lebih orang yang dihubungkan dengan pertalian darah, perkawinan atau adopsi (hukum) yang memiliki tempat tinggal bersama (Suparyanto, 2011).

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus

rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya. (Effendy, 2004).

Menurut Arifin (2004) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian susu formula pada bayi usia 0-6 bulan, yaitu :

1. Pendidikan adalah suatu proses pertumbuhan dan perkembangan manusia, usaha mengatur pengetahuan semula yang ada pada seorang individu itu. Pendidikan menjadi tolak ukur yang penting dan manfaat menentukan status ekonomi, status sosial dan perubahan-perubahan positif (Notoatmodjo, 2003). Menurut Arifin 2004 seseorang berpendidikan tinggi dan berpengetahuan luas akan lebih bisa menerima alasan untuk memberikan ASI Eksklusif karena pola pikirnya yang lebih realistis dibandingkan yang tingkat pendidikan rendah. Kriteria pendidikan yaitu sebagai berikut (Soekanto, 2002) :SD/ sederajat, SMP/ sederajat, SMA/ sederajat, Perguruan Tinggi.
2. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2003). Ibu yang memiliki pengetahuan kurang tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif cenderung memiliki perilaku yang kurang baik dalam pemberian ASI eksklusif dan beranggapan makanan pengganti ASI (susu formula) dapat membantu ibu dan bayinya, sehingga ibu tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya (Purwanti, 2004).
3. Ketidaktahuan ibu tentang pentingnya ASI, cara menyusui dengan benar, dan pemasaran yang dilancarkan secara agresif oleh para produsen susu formula merupakan faktor penghambat terbentuknya kesadaran orang tua dalam memberikan ASI Eksklusif (Nuryati, 2007).
4. Pekerjaan adalah sesuatu kegiatan yang dilakukan untuk menafkahi diri dan keluarga. Ibu yang bekerja mempunyai

lingkungan yang lebih luas dan informasi yang didapatpun lebih banyak sehingga dapat merubah perilaku-perilaku positif (Notoatmodjo, 2003). Menurut Arifin, 2004 kesibukan sosial lain serta kenaikan tingkat partisipasi wanita dalam angkatan kerja dan adanya emansipasi dalam segala bidang kerja dan di kebutuhan masyarakat menyebabkan turunnya kesediaan menyusui dan lamanya menyusui. Kriteria pekerjaan yaitu sebagai berikut (Devi, 2003):

5. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik (Erfandi, 2009). Klasifikasi usia ibu menurut Erfandi (2009) :
6. Sosial ekonomi adalah tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat pendapatan seseorang semakin tinggi juga pendidikan, dan semakin tinggi juga pengetahuan (Soekanto, 2002). Bertambahnya pendapatan keluarga atau status ekonomi yang tinggi serta lapangan pekerjaan bagi perempuan berhubungan dengan cepatnya pemberian susu botol. Artinya mengurangi kemungkinan untuk menyusui bayi dalam waktu yang lama (Amirudin, 2006).
7. Budaya setempat, meniru teman, tetangga atau orang terkemuka yang memberikan susu botol, hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang selalu mau meniru orang lain (Arifin, 2004).
8. Takut kehilangan daya tarik sebagai seorang wanita. Adanya anggapan para ibu bahwa menyusui akan merusak penampilan kurang menarik. Padahal setiap ibu yang mempunyai bayi selalu mengalami perubahan payudara, walaupun menyusui atau tidak menyusui (Arifin, 2004).
9. Peningkatan sarana komunikasi dan transportasi yang memudahkan periklanan distribusi susu buatan menimbulkan tumbuhnya kesediaan menyusui dan lamanya baik di Desa dan perkotaan. (Arifin, 2004).

10. Masalah kesehatan seperti adanya penyakit yang diderita sehingga dilarang oleh dokter untuk menyusui, yang dianggap baik untuk kepentingan ibu dan bayi (seperti: gagal jantung, Hb rendah dan HIV-AIDS) (Arifin, 2004).
11. Kondisi umum payudara yang kadang menyebabkan ibu kesulitan menyusui (Khasanah, 2011).

Undang-undang ketenagakerjaan No. 13 Tahun 2003 Pasal 83 UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan mewajibkan para pengusaha untuk memberikan peluang yang layak pada karyawan wanita yang memiliki bayi yang masih menyusui. Peluang-peluang yang sedemikian termasuk di antaranya membangun fasilitas yang sesuai di tempat kerja yang memungkinkan para karyawan wanita untuk menyusui di tempat kerja, selain juga memberikan karyawan wanita waktu untuk menyusui selama jam kerja, sesuai dengan peraturan perusahaan atau kesepakatan kerja bersama.

Government Regulation No. 33 on Granting Exclusive Breastfeeding (2012) Peraturan Pemerintah No. 33 tahun 2012 berkenaan dengan Jaminan Pelaksanaan Pemberian ASI Eksklusif mewajibkan setiap manajer di tempat kerja dan administrator fasilitas publik untuk memberlakukan peraturan internal yang mendukung dan membantu keberhasilan program pemberian ASI. Peraturan internal yang sedemikian menunjukkan dukungan perusahaan terhadap pemberian ASI dan memungkinkan perusahaan untuk mengimplementasikan kebijakan Tempat Kerja Ramah Laktasi.

3. METODE

Jenis dan rancang bangun penelitian ini adalah penelitian epidemiologi observasional yang bersifat analitik karena data diperoleh melalui pengamatan dan pengukuran terhadap gejala dan fenomena dari subyek penelitian. Penelitian ini menggunakan pendekatan case control atau kasus kontrol yaitu suatu penelitian analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan retrospektif.

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas kedundung kota Mojokerto. Populasi penelitian terdiri dari populasi kasus dan

populasi kontrol. Populasi kasus adalah ibu bekerja yang memiliki bayi usia 6-12 bulan di puskesmas Kedundung kota Mojokerto bulan Januari sampai dengan Maret tahun 2016 sejumlah 84 orang. Jumlah sampel sebanyak 70 ibu. Sampel kasus adalah ibu bekerja yang memiliki bayi usia 6-12 bulan selama periode bulan Januari sampai dengan Maret tahun 2016 di Puskesmas Kedundung kota Mojokerto. Sampel diambil dengan menggunakan teknik Sampling probability dengan teknik sampling simple random sampling. Yang bertindak sebagai variabel dependen adalah ASI eksklusif, sedangkan variabel independen adalah karakteristik pekerjaan. Data yang didapat dari lapangan adalah masih berupa data mentah yang kemudian diolah dan dihitung dengan tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang. Sedangkan untuk analisa data dilakukan Analisis Regresi Logistik dengan tingkat kepercayaan 5% ($\alpha=0,05$). Analisis dilakukan untuk mengetahui pengaruh karakteristik pekerjaan terhadap keberhasilan ASI eksklusif.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Jam Kerja

Berdasarkan hasil penelitian kelompok ASI eksklusif sebagian besar memiliki jam kerja ≤ 8 jam. Hal ini menunjukkan sebagian besar responden berada pada jam kerja yang tidak berisiko.

Penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh jam kerja ≤ 8 jam terhadap ASI eksklusif. Jam kerja adalah waktu untuk melakukan pekerjaan, dapat dilaksanakan siang hari dan/atau malam hari. Jam Kerja bagi para pekerja di sektor swasta di atur dalam Undang-Undang No.13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, khususnya pasal 77 sampai dengan pasal 85 (AIMI, 2012).

Pekerjaan adalah sesuatu kegiatan yang dilakukan untuk menafkahi diri dan keluarga. Ibu yang bekerja mempunyai lingkungan yang lebih luas dan informasi yang didapatpun lebih banyak sehingga dapat merubah perilaku-perilaku positif (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Arifin, 2004 kesibukan sosial lain serta kenaikan tingkat partisipasi wanita dalam angkatan kerja dan adanya emansipasi

dalam segala bidang kerja dan di kebutuhan masyarakat menyebabkan turunnya kesediaan menyusui dan lamanya menyusui.

Menurut penelitian Rany juliastuti di dapatkan bahwa meskipun ibu bekerja, masih tetap dapat memberikan ASI eksklusif, hal ini dapat di sebabkan karena tingginya kesadaran ibu terhadap pentingnya ASI eksklusif khususnya pada ibu bekerja. Hal ini menyebabkan, meskipun ibu bekerja mempunyai kesibukan masih tetap menyempatkan dirinya untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan cara memberikan ASI perasan yang dilakukan pada waktu sebelum bekerja, dan sebagian ibu juga sudah mempunyai anggapan bahwa memberikan ASI tidak harus menyusui secara langsung. Fenomena yang terjadi di perkotaan saat ini antara lain banyak sekali para ibu yang bekerja, apalagi pada saat krisis moneter lebih banyak lagi para ibu yang membantu suaminya mencari nafkah, sehingga ASI eksklusif akan menurun.

Menurut penelitian Sri rejeki hanya satu dari 6 ibu yang dapat menyusui secara eksklusif karena faktor bekerja praktis proses tersebut tidak dapat berjalan dengan baik, yang disebabkan oleh karena ibu meninggalkan rumah dalam jangka waktu yang cukup lama sehingga tidak dapat menyusui bayinya.

4.2. Tempat Laktasi

Berdasarkan hasil penelitian baik kelompok ASI tidak eksklusif maupun kelompok ASI eksklusif sebagian besar memiliki tempat laktasi di tempat kerja. Penelitian ini menunjukkan bahwa tempat laktasi tidak berpengaruh terhadap ASI eksklusif.

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan bahwa hampir seluruhnya pekerjaan responden karyawan swasta yaitu 57 responden (81,43%). Pekerjaan adalah sesuatu kegiatan yang dilakukan untuk menafkahi diri dan keluarga. Ibu yang bekerja mempunyai lingkungan yang lebih luas dan informasi yang di dapatpun lebih banyak sehingga dapat merubah perilaku-perilaku positif (Notoatmodjo, 2003).

Tempat Kerja Ramah laktasi adalah kelayakan, keselamatan, kemudahan dalam mengakses, dan proses implementasi yang mudah. Tujuannya adalah untuk memastikan

bahwa semua orang diperusahaan tersebut sadar akan dan memahami tentang kebijakan Tempat Kerja Ramah Laktasi. (AIMI, 2012).

Ibu dapat memerah ASI di tempat bekerja setiap 3 -4 jam, atau sesuai dengan waktu menyusui bayi atau bila payudara terasa sangat kencang (Suririnah, 2009).

4. KESIMPULAN

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa faktor karakteristik pekerjaan ibu yang berpengaruh secara bermakna terhadap keberhasilan ASI eksklusif adalah jam kerja ≤ 8 jam.

Melihat tingginya angka kejadian ASI tidak eksklusif maka perlu dipertimbangkan pentingnya penanganan yang bersifat menyeluruh. Pelatihan kader pendamping ASI sebaiknya menjadi bagian rutin dari pengkajian pada ibu menyusui. Perlunya peranan penyedia layanan kesehatan yang terkait langsung seperti bidan, perawat, dokter umum, dokter ahli gizi dan tumbuh kembang anak, maupun psikiater baik di poliklinik atau di bangsal untuk lebih menanggapi adanya gejala-gejala depresi pada ibu-ibu pasca persalinan dengan melakukan deteksi dini menggunakan instrumen yang tepat yaitu EPDS yang telah divalidasi ke dalam bahasa Indonesia dan untuk peningkatan kualitas hidup ibu-ibu pasca persalinan tersebut, selanjutnya perlu dipertimbangkan adanya kerjasama yang lebih antara Departemen Obstetri Ginekologi dengan Departemen Psikiatri.

Pelayanan antenatal merupakan waktu tepat untuk antisipasi terjadinya ASI tidak eksklusif, yaitu ibu hamil diberikan pendidikan kesehatan tentang perubahan - perubahan fisiologis maupun psikologis selama kehamilan, persalinan dan nifas, perawatan payudara selama kehamilan.

REFERENSI

1. Arjatmo, T. 2004. *Metodologi penelitian Bidang Kedokteran*. Kelima ed. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
2. Alimul, Aziz A. 2010. *Metode penelitian kebidanan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
3. Arikunto, Suharsini. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
4. Ircham, M. 2005. *Alat ukur penelitian*. pertama ed. Yogyakarta: Fitramaya.
5. Hidayat. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
6. Hidayat A. 2012. Menghitung Besar Sampel Penelitian. <http://www.statistikian.com>
7. Muslich, S. 2009. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Pertama ed. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair.
8. Mardya A. 2011. Hubungan Status Pekerjaan Ibu Dengan Pemberian ASI Eksklusif. <http://googleweblight.com>
9. Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Revisi Kedua ed. Jakarta: PT Rineka Cipta.
10. Roesli. 2005. *Mengenai ASI Eksklusif*. Jakarta : Trubus Agriwidya
11. Riduwan, 2014. *Dasar-Dasar Statistika*. 12 ed. Bandung: CV Alfa Beta.
12. Suryabrata, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
13. Sugiyono, 2002. *Metode Penelitian Bisnis*. keempat ed. Bandung: CV. Alfa Beta.
14. Sutrisno Hadi, M. 2004. *Metodologi Research*. 1 ed. Yogyakarta: Andi.
15. Setia R, 2011. Makalah ASI Eksklusif. <http://googleweblight.com>
16. Sugiyono, P. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D*. 20 ed. Bandung: Alfabeta, Bandung.

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MELATARBELAKANGI DROP OUT PADA AKSEPTOR KB SUNTIK

Dyah Permata Sari¹⁾, Sulis Diana²⁾

^{1,2}Prodi D3 Kebidanan, STIKES Majapahit Mojokerto

email : dyahpermatasari86@yahoo.co.id, diana.sulis6@gmail.com

Abstract

In general, approximately 27% of contraception users stopped taking the contraception after one year of use. Type of research was analytical, the design used "cross-sectional". Population of the study was all contraceptive injections acceptor as many as 1178 respondents. Sampling technique used was probability sampling with cluster sampling. Number of sample was 134 acceptors. Data collection technique used secondary data. Data was analyzed using chi-square. The results of the statistical test showed P values of 0.033 meant that there was a correlation of post-service guidance pattern, the P value of 0.016 meant that there was a relationship between fertility reasons, the P value of 0.002 which meant that there was a relationship between other factors that associated with contraception with Drop Out case on contraceptive injections acceptor. Respondents who did drop out for fertility reason was as many as half of the respondents (50.0%), the majority of respondents did drop out (67.9%). Factors behind the drop out on contraceptive injections acceptor nearly half of the respondents (38.8%) did not obtain post-service guidance, the majority of respondents (51.5%) due to fertility reason and almost half of the respondents (47.8%) due to other factors associated with contraception one of them was because of side effects of contraception.

Keywords : Drop Out, contraceptive injections

1. PENDAHULUAN

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyatakan bahwa tingkat berhentinya atau *drop out* peserta KB dalam menggunakan alat kontrasepsi masih cukup tinggi. 'Tingkat putus pakai peserta KB di Indonesia masih cukup tinggi. Secara umum sekitar 27 % pemakai kontrasepsi berhenti memakai alat kontrasepsinya setelah satu tahun pakai (Ciputra, 2014).

Kepala BKKBN, dr. Sugiri Syarif, MPA mengatakan saat ini pola pemakaian kontrasepsi terbesar yaitu suntik sebesar 31,6 %, pil sebesar 13,2 %, IUD sebesar 4,8 %, implant 2,8 %, kondom sebesar 1,3 %, kontak wanita (Medis Operasi Wanita - MOW) sebesar 3,1 % dan kontak pria (Medis Operasi Pria - MOP) sebesar 0,2 %, pantang berkala 1,5 %, senggama terputus 2,2 % dan metode lainnya 0,4 % (Indosiar, 2014). *Drop out* peserta KB di Indonesia masih cukup tinggi. Tingkat putus pakai tertinggi adalah pil 41%, kondom 31%, dan suntik 25% (Sudibyo, 2013). Pada tingkat Provinsi Jawa Timur angka *drop out* KB mulai dari tahun 2008 sebesar 3,37%, tahun 2009 sebesar

4,64%, tahun 2010 sebesar 2,74% dan tahun 2011 sebesar 6,33% (Ciputranews, 2014)

Mencegah terjadinya *drop out* KB yang berlebihan dapat dilakukan dengan cara meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan maupun pemakaian alat kontrasepsi yang mandiri. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan pengayoman kepada masyarakat melalui pengembangan dan pemantapan jaringan pelayanan serta rujukan, tersedianya pelayanan kontrasepsi seperti puskesmas bidan praktek atau klinik kesehatan. Membina jaringan pelayanan alat kontrasepsi sampai ke pos KB kelompok KB dan Mengembangkan memantapkan pola pemakaian kontrasepsi rasional yaitu yang di arahkan kepada cara cara kontrasepsi yang sesuai usia PUS dan keinginan PUS (BKKBN, 2012).

2. KAJIAN LITERATUR DAN PENGEMBANGAN HIPOTESIS

Keluarga Berencana (KB) adalah gerakan untuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran (Wikipedia, 2014). Kontrasepsi adalah suatu cara atau metode yang bertujuan ntuk

mencegah pembuahan sehingga tidak terjadi kehamilan (Ridwanaz, 2014). Tujuan umum keluarga berencana yaitu untuk meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera). Tujuan khusus KB yaitu : Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi, Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi, Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran (Wikipedia, 2014)

Macam-macam alat kontrasepsi : Kontrasepsi Suntik 3 bulan, Kontrasepsi IUD, Kontrasepsi PIL, Kontrasepsi Implant, Kontrasepsi Kondom, Kontrasepsi MOW, Kontrasepsi Vasektomi/ Medis Operatif Pria (MOP).

Drop out kontrasepsi adalah akseptor yang keluar dari sistem penggunaan kontrasepsi (Eli, 2012). Faktor – faktor yang mempengaruhi kelestarian peserta KB Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Berasal dari peserta KB sendiri
2. Faktor- Faktor Lingkungan (Eli, 2012).

Faktor-faktor yang menyebabkan *drop out* KB:

1. pola pembinaan pasca pelayanan.
2. 40% pemakai menyatakan alasan fertilitas, alat kontrasepsi. (Sudibyo, 2013).

Dari sudut biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Secara operasional, perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan dan luar subjek tersebut . Ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi-reaksi organisme terhadap lingkungannya. Umum, perilaku manusia pada hakekatnya adalah proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai manifestasi hayati bahwa dia adalah makhluk hidup

Menurut Abraham Harold Maslow (dalam Sunaryo, 2004), manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu:

1. Kebutuhan fisiologis/biologis, yang merupakan kebutuhan pokok utama, yaitu O₂, H₂O, cairan elektrolit, makanan, dan seks.
2. Kebutuhan rasa aman

3. Kebutuhan mencintai dan dicintai
4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Determinan/Faktor yang Mempengaruhi Perilaku :

1. Menurut Teori Lawrence Green, perilaku ditentukan oleh 3 faktor yaitu Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*), Faktor pendukung (*Enabling Factors*), Faktor pendorong (*Reinforcing Factors*).
2. Menurut Teori WHO Terdapat 4 alasan pokok yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu: Pemikiran dan perasaan (*thought and feeling*), Orang penting sebagai referensi perilaku orang, Sumber-sumber daya (*Resources*).

Hipotesis penelitian ini adalah

H₁ = Ada hubungan antara Faktor-Faktor Yang Melatarbelakangi *Drop Out* Pada Akseptor KB Suntik di Puskesmas Krebet Kecamatan Pilangkenceng Kabupaten Madiun.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah analitik, rancang bangun “*cross sectional*”.. variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2008). Variabel independen adalah faktor-faktor yang melatarbelakangi *drop out* dan Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian *drop out* KB Suntik.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh akseptor KB Suntik di Puskesmas Krebet Kecamatan Pilangkenceng Kabupaten Madiun sebanyak 1178 responden. Sampel pada penelitian ini adalah akseptor KB Suntik di Puskesmas Krebet Kecamatan Pilangkenceng Kabupaten Madiun. menggunakan teknik *probability sampling* dengan *Cluster sampling*. sebanyak 134 akseptor. Kriteria inklusi adalah akseptor yang menggunakan kontrasepsi KB suntik. Dan Kriteria eksklusi akseptor kontrasepsi selain KB suntik. Lokasi Penelitian dilakukan di Puskesmas Krebet Kecamatan Pilangkenceng Kabupaten Madiun. Waktu Penelitian ini

dilakukan pada tanggal 30-31 Januari 2015. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data menggunakan data sekunder yang langsung didapat dari rekapitulasi data akseptor KB melalui lembar rekam medik.

Analisis univariat dan Analisis bivariate : yang dilakukan 2 variabel yang di duga berhubungan atau berkorelasi (Notoadmodjo, 2010). Untuk mengetahui hubungan antara variabel, dilakukan *chi square* (chi kuadrat) yaitu menguji hipotesis bila data yang dianalisis berbentuk nominal, dengan derajat kesalahan $\alpha = 0,05$ maka H_0 (hipotesa nol) ditolak, artinya ada hubungan. (Sugiyono, 2013).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Pola Pembinaan Pasca Pelayanan Dengan Kejadian *Drop Out* Pada Akseptor KB Suntik

Responden KB suntik yang mengalami *drop out* hampir setengah dari responden yaitu sebanyak 52 responden (38,8%) adalah akseptor KB yang tidak memperoleh pembinaan pasca pelayanan. Hasil uji statistik memperlihatkan *P value* sebesar 0.033 yang berarti ada hubungan pola pembinaan pasca pelayanan dengan Kejadian *Drop Out* pada akseptor KB Suntik di Puskesmas Krebet Kecamatan Pilangkenceng Kabupaten Madiun.

Pembinaan KB bertujuan membantu klien dalam hal memberikan informasi yang tepat serta objektif mengenai berbagai metode kontrasepsi. Perilaku *drop out* antara lain dipengaruhi oleh tidak / kurangnya penjelasan pasca pelayanan tentang KB suntik. Meskipun sebagian kecil responden berpendidikan menengah (39,6%), akan tetapi umur responden < 20 tahun (29,9%) dengan tidak adanya penjelasan tersebut maka pengetahuan menjadi rendah. Rata-rata responden mempunyai pekerjaan (49,3%) sehingga disaat bekerja responden tidak mau ambil pusing karena pengetahuan yang rendah serta sebagian kecil mempunyai anak 1 (27,6%) dengan adanya keluhan membuat akseptor mempunyai sikap tidak menyukai KB suntik dan memilih untuk *drop out*, hal ini disebabkan karena orang cenderung untuk menghindari gangguan /

ketidaknyamanan karena ketidaktahuannya. Pembinaan pasca pelayanan untuk mencegah adanya hal-hal yang tidak diharapkan setelah memakai KB suntik serta untuk mencegah *drop out* dengan berbagai macam alasan.

4.2. Alasan Fertilitas Dengan Kejadian *Drop Out* Pada Akseptor KB Suntik

Responden KB suntik yang mengalami *drop out* sebagian besar dari responden yaitu sebanyak 69 responden (51,5%) adalah akseptor KB dengan alasan fertilitas. Hasil uji statistik memperlihatkan *P value* sebesar 0.016 yang berarti ada hubungan antara alasan fertilitas dengan Kejadian *Drop Out* pada akseptor KB Suntik di Puskesmas Krebet Kecamatan Pilangkenceng Kabupaten Madiun.

Menurut BKKBN terdapat beberapa alasan *drop out* dan alasan-alasan tersebut antara lain menginginkan kehamilan, rasa tidak nyaman dari alat kontrasepsi yang digunakan, perceraian, frekuensi hubungan seksual yang jarang dan kegagalan alat kontrasepsi yang digunakan (BKKBN, 2012). Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam pemakaian alat kontrasepsi, mereka yang berumur tua mempunyai peluang lebih kecil untuk menggunakan alat kontrasepsi dibandingkan dengan yang berumur muda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang melakukan *drop out* dengan alasan fertilitas dikarenakan responden ingin hamil lagi. Berdasarkan prosentase responden karena alasan fertilitas terdapat 94 orang (70,1%). Dilihat dari segi umur responden sebagian kecil (44,0%) berumur < 20 tahun dimana responden masih sangat muda, sebagian kecil (50,7%) responden berpendidikan menengah (SMA), responden yang masih muda rata-rata (58,2%) responden bekerja, dan sebagian kecil (38,8%) responden baru mempunyai jumlah anak 1, hal tersebut yang menyebabkan responden melakukan *drop out* karena ingin hamil. Dari data yang ditemukan pada kohort KB di puskesmas tercatat pada keterangan bahwa akseptor *drop out* dikarenakan akseptor hamil.

4.3. Faktor Lain Yang Berhubungan Dengan Alat Kontrasepsi Dengan Kejadian Drop Out Pada Akseptor KB Suntik.

Responden KB suntik yang mengalami *drop out* hampir setengah dari responden yaitu sebanyak 64 responden (47,8%) dikarenakan faktor lain yang berhubungan dengan alat kontrasepsi. Hasil uji statistik memperlihatkan *P value* sebesar 0.002 yang berarti ada hubungan antara Faktor lain yang berhubungan dengan alat kontrasepsi dengan Kejadian *Drop Out* pada akseptor KB Suntik. Menurut BKKBN terdapat beberapa alasan *drop out* dan alasan-alasan tersebut antara lain efek samping dari program KB yang digunakan. Faktor efek samping penggunaan kontrasepsi adalah suatu gejala / akibat sampingan pemakaian alat kontrasepsi yang dipakai (BKKBN, 2012). Efek samping yang sering terjadi dalam penggunaan kontrasepsi yaitu sakit kepala, gangguan menstruasi dan berat badan bertambah. (Ikhsan, 2004)

Responden yang mengeluh karena efek samping sebagian kecil berumur < 20 tahun (35,8%), sebagian kecil berpendidikan menengah (44,8%), sebagian kecil responden bekerja (50,0%), dan sebagian kecil responden mempunyai anak satu (32,8%) . Responden yang merasa tidak cocok dalam menggunakan alat kontrasepsi tertentu memutuskan untuk berhenti menggunakan alat kontrasepsi tersebut sedangkan responden yang merasa tidak terganggu yaitu tidak merasakan adanya perubahan fisik pada diri responden maka tidak akan *drop out*. Pada kohort tercatat akseptor *drop out* dikarenakan efek samping dari alat kontrasepsi yaitu siklus haid, perdarahan, *spotting* dan berat badan naik merupakan efek samping tersering.

5. KESIMPULAN

Responden KB suntik yang mengalami *drop out* hampir setengah dari responden adalah akseptor KB yang tidak memperoleh pembinaan pasca pelayanan. Responden KB suntik yang mengalami *drop out* sebagian besar dari responden adalah akseptor KB dengan alasan fertilitas (menginginkan

punya anak lagi). Responden KB suntik yang mengalami *drop out* hampir setengah dari responden dikarenakan faktor lain yang berhubungan dengan alat kontrasepsi (efek samping).

REFERENSI

1. Bahiyatun, 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta. EGC
2. BKKBN, 2014: *Tingkat "Drop out" KB di Indonesia Masih Tinggi*. www.beritasatu.com
3. Depkes RI. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta. YBPSP
4. Eli, 2012. *Dukungan Suami dengan Drop out Kontrasepsi*. diakses di digilib.ump.ac.id/files/disk1/8/jhptump-a-elinurdiya-368-2-babii.pdf
5. Hartanto, Hanafi. 2004. *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Jakarta. Pustaka Sinar harapan
6. Hartanto, Hanafi. 2010. *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Jakarta. Pustaka Sinar harapan
7. Hidayat A. Alimul. 2007. *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika
8. Hidayati, 2006. *Promosi Kesehatan tentang KB*. Diakses di <http://ilhamananda.blogspot.com/2013/08/v-behaviorurldefaultvmlo.html>
9. Jusmiati, 2012. *Tubektomi*. Diakses di <http://icoel.wordpress.com/kebidanan/tubektomi/>
10. Leveno, Kenneth J. 2009. *Obstetri Williams. Panduan Ringkas*. Edisi 21. Jakarta. EGC
11. Mar'atul Uliyah. 2010. *Awas KB! Panduan Aman Dan Sehat Memilih Alat KB*. Yogyakarta. Insania
12. Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
13. Saifuddin, 2006. *Kontrasepsi Metode Barrier*. auliyasari.wordpress.com
14. Sudibyo, 2013. *Remaja dan kontrasepsi*. budisansblog.blogspot.com

15. Suparyanto, 2012. *Alat Kontrasepsi Susuk (Implant)*.dr-suparyanto.blogspot.com
16. Sulistyawati. Ari, 2011. *Pelayanan keluarga berencana*. Jakarta : Salemba Medika
17. Suratun, dkk. 2008. *Pelayanan Keluarga Berencana Dan Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media
18. Syafrudin, 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta. EGC.

JARAK KELAHIRAN ANAK DENGAN STATUS GIZI BALITA

Farida Yuliani

Stikes Majapahit Mojokerto

Email : farida_yuliani80@yahoo.co.id

Abstract

Spacing Of birth lessen risk of malnutrisi because mother have enough time for the mothering of his child giving take care of, asih, and sharpen). Possibility of the child will live in rich environment of stimulasi to cause optimal growth and growth either through physical, bouncing, and also is psychological. This research aim to to know relation apart birth of child with status of gizi balita in countryside of Gayaman district of Mojoanyar Mojokerto. This Research use method of crossectional population in this research is mother having balita in Gayaman Mojokerto. Amount of sampel 119 balita which in taking technicsly sampling random cluster. Research use technicsly of data collecting observationly, gathered and processed with test of product moment with storey;level of signifikasi 0,05. Result of research indicate that almost entire/all responder have birth distance which is near by that is 79,8% and status of gizi less that is 70,6 %. Evaluated from responder age can know that almost entire/all responder have age to between 20 until 35 year. If in evaluation of education storey;level most responder 75,6% education of SMP. Evaluated from work storey;level more than 50% responder do not work. Result of Test of product moment obtained by r calculate (0,147) < r of is tables of (0,195). Becoming H0 accepted by its meaning there no relation between distance birth of child with status of gizi balita. Though Apart meaningless near by birth of status of gizi balita less. Many factor influencing status of gizi balita among others pattern eat, pattern take care of, and disease of infection. As energy health of us have to give information about is important of him of KB and also Mother have to take care of pattern eat child so that nutrisi fulfilled so that do not happened status of gizi ugly

Keywords : *apart birth, status of gizi, balita.*

1. PENDAHULUAN

Balita membutuhkan gizi lebih banyak bila di bandingkan masa-masa berikutnya, Sehingga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yang kurang bisa terjadi gangguan gizi. Anak memperoleh gizi baik di tandai dengan peningkatan berat badan, daya tahan tubuh baik dan tidak mudah terkena penyakit serta mempercepat pertumbuhan dan perkembangan anak. Status gizi kurang maupun status gizi lebih terjadi gangguan gizi. Kekurangan gizi adalah sebagai akibat konsumsi makanan dan penyerapan zat gizi. Tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien dikatakan status gizi baik. Sebaliknya status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan (Sunita, 2009:9).. Kekurangan gizi menyebabkan gangguan pertumbuhan, kekurangan tenaga, daya tahan tubuh menurun, terganggunya struktur dan fungsi otak, perilaku tidak tenang. Gizi lebih beresiko lebih besar terhadap penyakit kegemukan, diabetes, jantung dan kanker (Sunita, 2009 :12).

Berdasarkan data dari WHO tahun 2010 ditemukan gizi baik 72,02%, KEP ringan/sedang 17,13%, dan KEP berat 7,53%. Masalah gizi di Indonesia khususnya pada balita. Indonesia masih berada pada peringkat 109 dari 177 negara di dunia (Anonim, 2007). Pertengahan tahun 2010 jumlah balita yang mengalami kekurangan gizi masih pada kisaran 4 juta jiwa dari 110 juta balita di Indonesia. Data Depkes awal Maret 2010, 13,0 % berstatus gizi kurang dan 4,9% termasuk kategori resiko gizi buruk (Siswono, 2010), khusus daerah Jawa Timur, berdasarkan laporan dari dinas Kesehatan Jawa Timur pada bulan maret 2010, prevalensi gizi buruk mencapai 20 %, sementara balita gizi buruknya 8,7 % (Adiningsih, 2010). Data status gizi balita provinsi Jawa Timur tahun 2010. Prevalensi balita gizi buruk di Kabupaten Mojokerto adalah 0,71% dari 81,495 balita. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan aspek produksi seperti penyediaan pangan, faktor ekonomi, dan budaya (Siswono, 2010).

Pada saat ini untuk menilai status gizi anak, berat badan berdasarkan umur adalah parameter yang paling banyak digunakan karena dapat menggambarkan asupan protein, lemak, air dan mineral (Supariasa, 2009). Upaya-upaya yang telah dilakukan Dinas Kabupaten Mojokerto dalam rangka penanggulangan gizi kurang atau gizi buruk antara lain pemberian makanan tambahan (PMT) seperti pemberian biskuit gratis, pelatihan pojok gizi bagi petugas kesehatan, penyuluhan gizi pada ibu-ibu terutama yang mempunyai anak balita. Sebagai bidan kita memberi penyuluhan tentang makan-makanan bergizi, memberi contoh makan-makanan yang sehat. Upaya untuk menanggulangi jarak kelahiran yaitu dengan mengikuti KB.

2. METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik. Dengan menggunakan desain *cross sectional*. Pada penelitian ini jarak kelahiran anak dengan status gizi balita diteliti dengan satu kali dalam satu waktu dengan lembar observasi. Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2002:79). Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai balita dan balita yang berada di Desa Gayaman Kecamatan Mojoanyar sebanyak 169 balita bulan Agustus tahun 2017. Data yang diperoleh kemudian diolah menggunakan uji korelasi Pearson Product Moment ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Jarak Kelahiran Anak

Berdasarkan data distribusi responden kriteria jarak kelahiran didapatkan yang < 2 tahun 95 responden (79,8%), 2 – 4 tahun 19 responden (16%), sedangkan ≥ 5 tahun 5 responden (4,2%). Banyaknya responden yang mempunyai jarak kelahiran dekat disebabkan oleh penyuluhan pada ibu tentang KB masih kurang dan faktor sosial budaya. Jarak kelahiran adalah selisih atau jarak antara usia anak atau bayi dengan kakak kandungnya. Jarak kelahiran ada 3 kriteria yaitu dekat kurang dari 2 tahun, normal 2 – 4 tahun dan jauh yaitu ≥ 5 tahun. Jarak kelahiran dekat yaitu kurang dari 2 tahun dapat beresiko kematian janin saat di lahirkan, timbangan

kurang, kematian di usia bayi, Anak bertubuh kerdil dan berintelegensi kurang (Neil, 2004).

Menurut Prawiroharjo 2006 Jarak kelahiran sangat dipengaruhi oleh variasi karakteristik demografi dan sosial budaya seperti dukungan suami, pengaruh petugas kesehatan, pengetahuan, umur ibu, pekerjaan, riwayat kelahiran. Perencanaan keluarga dalam mengatur jarak kelahiran di antaranya yaitu Seorang perempuan telah dapat melahirkan segera setelah ia mendapat haid yang pertama, Kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid (menopause), Kehamilan dan kelahiran terbaik artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak, adalah antara 20-35 tahun, Persalinan pertama dan kedua paling rendah resikonya.

Jarak kelahiran terlalu dekat bukan berarti akan mempengaruhi status gizi balita. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pengetahuan ibu tentang KB kurang dan sosial budaya masyarakat masih kurang, mereka masih menganut banyak anak banyak rejeki.

3.2. Status gizi balita

Berdasarkan data distribusi responden kriteria status gizi balita didapatkan yang lebih 5 responden (4,2%), baik 27 responden (22,7%), sedangkan kurang 84 responden (70,6%) sedangkan buruk 3 responden (2,5%). Banyaknya responden yang mempunyai status gizi kurang disebabkan oleh pola asuh, pola makan dan penyakit infeksi. Status gizi kurang dan buruk terjadi karena pola asuhan anak, pola makan dan penyakit infeksi yaitu ibu tidak sempat lagi untuk menyiapkan makanan khusus untuk anaknya dan perhatian serta kasih sayang ibu juga berkurang. Dengan kurangnya gizi menyebabkan anak mudah terserang penyakit.

Menurut Supariasa 2002 Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran. Status gizi dibagi 4 yaitu lebih, baik, kurang, buruk. Menurut moehji 2002 Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi adalah Ketidaktahuan akan hubungan makanan dengan kesehatan, Prasangkaburuk terhadap jenis makanan tertentu, Keterbatasan penghasilan keluarga, Kesukaan yang berlebihan terhadap jenis makanan tertentu, Adanya kebiasaan atau pantangan yang merugikan, Jarak kelahiran yang terlalu rapat.

Pemerintah dalam rencana pembangunan nasional ini telah menetapkan 3 strategi dasar perbaikan gizi masyarakat yaitu menekankan upaya pemberdayaan dan perbaikan gizi, mendorong meningkatkan mutu konsumsi pangan, meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan. Cara pengasuhan, cara makan merupakan hal penting untuk memenuhi gizi balita. Sebagai bidan kita memberi penyuluhan tentang makan-makanan bergizi, memberi contoh makan-makananyang sehat.

3.3. Hubungan jarak kelahiran anak dengan status gizi balita

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa 95 (100%) responden yang jarak kelahirannya kurang dari 2 tahun didapatkan lebih 3 responden (3,1%), baik 26 responden (27,4%), kurang 64 responden (67,4%), buruk 2 responden (2,1%). Jarak 2 sampai 4 tahun lebih 2 responden (10,5%), baik 1 responden (5,3%), kurang 16 responden (84,2%), buruk tidak ada (0). Sedangkan jarak ≥ 5 tahun lebih tidak ada (0), baik tidak ada (0), kurang 4 responden (80%), buruk 1 responden (20%). Berdasarkan tabulasi silang dapat disimpulkan bahwa balita yang mempunyai jarak kelahiran dekat yaitu < 2 tahun mengalami status gizi kurang. Status gizi kurang dan buruk terjadi akibat pola makan anak tidak teratur karena anak lebih banyak bermain dan tidak suka dengan menu yang ibu sediakan. Jarak kelahiran dekat terjadi karena banyak ibu yang pengetahuan rendah tentang KB.

Hasil Uji product moment diperoleh r hitung (0,147) $< r$ tabel (0,195). Jadi H_0 diterima artinya tidak ada hubungan antara jarak kelahiran anak dengan status gizi balita.

Gizi buruk terjadi akibat ketersediaan makanan di rumah kurang, perawatan anak dan ibu hamil dan pelayanan kesehatan. Menurut moehji 2002 Anak yang belum dipersiapkan secara baik untuk menerima makanan pengganti ASI yang kadang mutu gizi makanan tersebut juga sangat rendah, dengan penghentian pemberian ASI karena produksinya terhenti, akan mendorong anak menderita gizi buruk.

Menurut pemerintah gizi kurang dapat di cegah dengan menekankan upaya pemberdayaan dan perbaikan gizi, mendorong meningkatkan mutu konsumsi pangan,

meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan.

Status gizi balita dipengaruhi oleh pola asuh, pola makan dan penyakit infeksi. Dalam hal ini bidan memegang peranan penting untuk meningkatkan pelayanan yang menyeluruh dan bermutu dengan bekal ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam hal penyiapan menu makan sehari adalah modal memenuhi gizi anak.

4. SIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar Balita di desa Gayaman memiliki jarak kelahiran kurang dari 2 tahun sebanyak 79,8 %. Sebagian besar status gizi balita mengalami status gizi kurang 70,6 %. Hasil Uji product moment diperoleh r hitung (0,147) $< r$ tabel (0,195). Jadi H_0 diterima artinya tidak ada hubungan antara jarak kelahiran anak dengan status gizi balita.

Keluarga khususnya ibu harus lebih memperhatikan pola makan sehari-hari anak, senantiasa mengamati perubahan terutama adanya penyakit yang sering dialami anak serta mengatur jarak kelahiran agar kebutuhan nutrisi anak terjamin dan tumbuh kembang anak bisa berjalan dengan normal

REFERENSI

1. Alimul Aziz, (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika
2. Alimul Aziz, (2010). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Media
3. Almatsier Sumita, (2009). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
4. Akhmadi, (2008). *Faktor - Faktor yang mempengaruhi status gizi*, <http://rajawana.com/artikel/kesehatan/334-2-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-status-gizi.html>
5. Anonim. (2007), *Permasalahan Gizi di Indonesia*, <http://rajawana.com/artikel/kesehatan/384-permasalahan-gizi-di-indonesia.html>
6. Arikunto Suharsimi, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Tindakan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta

7. Neil Wendy Rose, (2004). *Panduan Lengkap Keperawatan Kehamilan*. Jakarta : Dian Rakyat
8. Notoatmodjo Soekidjo, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
9. Notoatmodjo Soekidjo, (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
10. Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Surabaya: Salemba Media
11. Prawiroharjo Sarwono, (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta
12. Prawiroharjo Sarwono, (2006). *Buku Panduan Praktisi Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta
13. Riyadi Sujono dan Sukarmin, (2009). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Yogyakarta : Graha Ilmu
14. Supriasa I Dewa Nyoman, (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC
15. Marhijanto Bambang, (2002). *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia Masa Kini*. Surabaya : Terbit Terang
16. Moehji Sjahmien, (2002). *Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Papas Sinar Sinanti.

**EFEKTIFITAS KOMBINASI PERASAN DAUN SIRIH (*Piper betle* L.)
DENGAN PERANGKAP NYAMUK TERHADAP KEMATIAN
LARVA *Aedes aegypti*, UPAYA PENURUNAN PENDERITA DBD
DI DESA JOGOROTO KABUPATEN JOMBANG**

Awaluddin Susanto¹⁾, Erni Setiyorini²⁾.

¹Prodi Analis Kesehatan, STIKES ICME Jombang

Email: awwaluddins@yahoo.com

²Prodi Analis Kesehatan, STIKES ICME Jombang

Email: setiyorinierni@gmail.com

Abstract

Dengue is a serious infectious disease in Indonesia that is transmitted by Aedes Aegypti as a vector. The dengue vector can be eradicated by insecticide such as bio-insecticide. Bio-insecticide is natural insecticide that developed from plant extract, for example bio-insecticide from Betel leaf (Piper betle L). The aim of this research is to know the effectiveness of Betel leaf extract in 100% concentration to kill larvae of Aedes Aegypti, which compared with water. From this research, the morphology of Aedes Aegypti larvae which stucked in mosquito traps observed with microscope. There are 47 larvae that stucked in water and 27 larvae which stucked in extract. The mortality percentage of 62.9%. It means that extract of Betel leaf can make mortality of larvae more than 50% of sampel. The conclusion of this research are, the extract of Betel leaf (100%) effective to kill Aedes Aegypti larvae. This extract is recommended to developed as bio-insecticide aedes aegypti larvae.

Keywords: *Betel Leaf; dengue; bio-insecticide*

1. PENDAHULUAN

Demam berdarah masih menjadi penyakit infeksi serius di Indonesia. Penyakit ini ditularkan oleh suatu vektor yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Nyamuk bersifat "antropofilik" artinya lebih menyenangi menghisap darah manusia dibandingkan dengan menghisap darah hewan. Nyamuk yang menghisap darah adalah nyamuk betina, karena darah diperlukan dalam proses pematangan telur (Gunandini, 2006).

Penderita demam berdarah di Indonesia menempati tingkat ketiga dengan 110.043 kasus. Angka kematian menempati tingkat pertama dengan 2.861 kasus untuk Negara di kepulauan pasifik (susanto, 2007). Penyebab semakin meluasnya daerah DBD ini karena dampak globalisasi dan mobilisasi yang semakin tinggi (Hindra, 2005).

World Health Organization (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus demam berdarah tertinggi di Asia Tenggara. Dari jumlah keseluruhan kasus tersebut, sekitar 95% terjadi pada anak di bawah 15 tahun (Sembel, 2009). Jumlah kabupaten/kota di Indonesia yang terjangkit DBD pada tahun 2008 sekitar 355 kabupaten/kota (71,72%), tahun 2009 sekitar

384 kabupaten/kota (77,28%), tahun 2010 sekitar 400 kabupaten/kota (80,48%) dan tahun 2011 sekitar 374 kabupaten/kota (76,25%) dengan jumlah penderita DBD mencapai 65.432 kasus, sekitar 596 orang diantaranya meninggal dunia (Ditjen PP & PL, Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan analisa angka kejadian demam berdarah menurut Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, dr. Harsono, menyatakan bahwa ada peningkatan kasus DBD sebesar 46% bila dibandingkan bulan yang sama di tahun 2014, yaitu 980 kasus. Seluruhnya terdapat 15 Kabupaten/Kota yang menyandang status kejadian luar biasa (KLB) dikarenakan jumlah kasus DBD di wilayah tersebut meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan bulan yang sama di tahun 2014, Kabupaten Jombang, terdapat 356 kasus (Kementerian Kesehatan RI) data dari Dinas Kesehatan Jombang pada bulan Maret tahun 2015 terdapat 646 kasus dan angka bebas jentik 86%. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa upaya penanggulangan DBD di Indonesia khususnya Jawa Timur hingga saat ini belum optimal karena jumlah kasus cenderung meningkat setiap tahunnya.

Berbagai upaya pemberantasan demam berdarah melalui pencegahan dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan metode 3 M (menguras, mengubur, menutup dan mengubur) dirasa masih belum efektif. Pemberian obat abate untuk memutus rantai perkembangbiakan nyamuk telah dilakukan tetapi prevalensinya masih tetap tinggi. Hal ini disebabkan adanya berbagai hambatan dalam pemberantasan demam berdarah diantaranya resistensi vector terhadap insektisida, berbagai cara telah dilakukan dalam pengendaliannya. Sampai saat ini hasilnya masih belum memuaskan.

Salah satu program pemberantasan vektor DBD adalah dengan menggunakan insektisida. Penggunaan insektisida sintetik (kimia) dikenal sangat efektif, relatif murah, mudah dan praktis tetapi berdampak negatif terhadap lingkungan hidup (Sudrajat, 2010). Dampak negatif tersebut diantaranya, kematian musuh alami dari organisme pengganggu, kematian organisme yang menguntungkan, mengganggu kualitas dan keseimbangan lingkungan hidup akibat adanya residu serta timbulnya resistensi pada hewan sasaran (Novizan, 2002). Pengendalian menggunakan insektisida nabati (bioinsektisida) dari ekstrak tumbuhan merupakan salah satunya. Famili tumbuhan yang dianggap merupakan sumber potensial insektisida nabati adalah *meliceae*, *annonaceae*, *astraceae*, *piperaceae* dan *rutaceae* (Kardinan, 2002).

Sirih (*Piper betle* L.) merupakan tanaman obat yang sudah dikenal luas oleh masyarakat Indonesia. Tanaman ini mudah didapat, dan sering ditanam di pekarangan rumah sebagai tanaman hias. Daun sirih hijau (*Piper betle* L.) termasuk dalam family *piperaceae* (sirih-sirihan) yang mengandung minyak atsiri dan senyawa alkaloid (Nugroho, 2003). Senyawa-senyawa seperti sianida, saponin, tanin, flavonoid, steroid, alkanoid dan minyak atsiri diduga dapat berfungsi sebagai insektisida (Aminah, 1995).

Beberapa hasil penelitian-penelitian sebelumnya telah dilakukan untuk membuktikan penggunaan ekstrak daun sirih sebagai insektisida. Salah satunya oleh Widajat, dkk (2008) tentang Dosis Insektisida Ekstrak Daun Sirih (*Piper batle*) terhadap *Culex sp* dengan potensi 50% menunjukkan bahwa dari ekstrak daun sirih (*Piper batle*)

memiliki efek insektisida terhadap nyamuk *Culex sp*. Dengan potensi 50% dicapai pada dosis 5.104 ppm dengan waktu 15 menit.

Keberhasilan perkembangan nyamuk *Aedes aegypti* ditentukan oleh tempat perindukan yang dibatasi oleh temperatur tiap tahunnya dan perubahan musim. Tempat yang disukai sebagai tempat perindukannya di genangan air yang terdapat dalam wadah (kontainer) tempat penampungan air artifisial misalnya drum, bak mandi, gentong, ember, dan sebagainya: tempat penampungan air alamiah misalnya lubang pohon, daun pisang, pelepah daun keladi, lubang batu ataupun bukan tempat penampungan air misalnya vas bunga, ban bekas, botol bekas, tempat minum burung dan sebagainya (Fathi dkk, 2005). Beberapa tempat yang disukai nyamuk untuk perindukannya adalah botol bekas, sehingga limbah botol dapat dimanfaatkan sebagai perangkap nyamuk.

Berdasarkan uraian di atas dapat dilakukan upaya pencegahan dengan jalan memotong siklus hidup nyamuk pada stadium larva dengan insektisida alami menggunakan perasan daun sirih dengan menggunakan perangkap botol bekas karena merupakan salah satu tempat yang disukai nyamuk untuk meletakkan telur pada air bersih dan di tempat gelap. Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui apakah perasan daun sirih (*Piper betle* L.) efektif terhadap kematian larva *Aedes aegypti* dengan perangkap nyamuk.

2. KAJIAN LITERATUR DAN HIPOTESA

Nyamuk *Aedes aegypti* secara umum mempunyai klasifikasi (Womack, 1993), sebagai berikut: *Domain* Eukaryota, *Kingdom* Animalia, *Filum* Arthropoda, *Kelas* Insect, *Ordo* Dipteral, *Family* Culicidae, *Subfamily* Culicinae, *Tribus* Culicini, *Genus* Aedes (Sudarto, 1972).

Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan sejenis nyamuk yang keberadaannya dijumpai pada daerah tropis namanya diperoleh dari bahasa Yunani yang berarti “tidak menyenangkan” karena nyamuk tersebut menyebarkan penyakit berbahaya, salah satunya penyakit demam berdarah dengue, *Aedes aegypti* yang berperan sebagai vektor penyakit. Semuanya tergolong stegonya dengan ciri-ciri tubuh bercorak belang hitam putih pada dada, perut, tungkai.

Corak ini merupakan sisi yang menempel di luar tubuh nyamuk. Corak putih pada dorsal dada (punggung) nyamuk berbentuk seperti siku yang berhadapan (Daniel, 2008).

Nyamuk termasuk serangga yang mengalami metamorfosis sempurna (holometabola) karena mengalami empat tahap dalam masa pertumbuhan dan perkembangan. Tahapan yang dialami oleh nyamuk yaitu telur, larva, pupa dan nyamuk dewasa. Telur nyamuk akan menetas menjadi larva dalam waktu 1-2 hari pada suhu 20-40°C. Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan larva dipengaruhi oleh suhu, tempat, keadaan air dan kandungan zat makanan yang ada di tempat perindukan. Pada kondisi optimum, larva berkembang menjadi pupa dalam waktu 4-9 hari dan pada kondisi ini nyamuk tidak makan tapi tetap membutuhkan oksigen melalui tabung pernafasan (*breathing trumpet*), kemudian pupa menjadi nyamuk dewasa dalam waktu 2-3 hari sehingga waktu yang dibutuhkan dari telur hingga dewasa yaitu 7-14 hari (Lestari, 2010).

Setelah kawin nyamuk dewasa betina memerlukan darah untuk bertelur. Nyamuk dewasa betina menghisap darah manusia pada siang hari yang dilakukan baik di dalam rumah maupun di luar rumah. Nyamuk betina memerlukan 2-3 kali hinggap dan menghisap darah manusia (*multiple biters*). Penghisapan darah dilakukan dari pagi sampai petang dengan dua puncak waktu yaitu setelah matahari terbit (pukul 08.00-12.00) dan sebelum matahari terbenam (pukul 15.00-17.00). Untuk mendapatkan darah yang cukup, nyamuk betina sering menggigit lebih dari satu orang (Depkes RI, 2006; Natadisastra dan Agoes, 2009).

Nyamuk menyukai tempat yang lembab dan kurang terang, tempat istirahat *Aedes aegypti*. Dapat di dalam maupun di luar rumah berupa semak-semak atau tanaman rendah termasuk rerumputan yang terdapat di halaman, kebun dan pekarangan rumah, benda-benda di dalam rumah seperti baju yang digantung, kelambu, tirai dan sebagainya. Umur nyamuk dewasa betina di alam bebas kira-kira 10 hari, sedangkan di laboratorium mencapai 2 bulan. Nyamuk *Aedes aegypti* mampu terbang sejauh 2 kilometer, walaupun umumnya jarak terbangnya adalah pendek

yaitu kurang lebih 40 meter (Depkes RI, 2006; Natadisastra dan Agoes, 2009).

Larva nyamuk *Aedes aegypti* tubuhnya memanjang tanpa kaki dengan bulu-bulu sederhana yang tersusun bilateral simetris. Larva ini dalam pertumbuhan dan perkembangannya mengalami 4 kali pergantian kulit (*ecdysis*), larva yang terbentuk berturut-turut disebut larva instar I, II, III dan IV. Larva instar I, tubuhnya sangat kecil, warna transparan, panjang 1-2 mm, duri-duri (*spinae*) pada dada (*thorax*) belum begitu jelas, dan corong pernafasan (*siphon*) belum menghitam. Larva instar II bertambah besar, ukuran 2,5-3,9 mm, duri dada belum jelas, corong pernafasan sudah berwarna hitam. Larva instar IV telah lengkap struktur anatominya dan jelas tubuh dapat dibagi menjadi bagian kepala (*cephal*), dada (*thorax*), perut (*abdomen*). Pada bagian kepala terdapat sepasang mata majemuk, sepasang antena tanpa duri-duri dan alat-alat mulut tipe pengunyah (*chewing*). Bagian dada tampak paling besar dan terdapat bulu-bulu simetris. Perut tersusun atas 8 ruas. Ruas perut ke-8, ada alat untuk bernafas yang disebut corong pernafasan. Corong pernafasan tanpa duri-duri, berwarna hitam dan ada seberkas bulu-bulu (*tuif*). Ruas ke-8 juga dilengkapi dengan seberkas bulu-bulu sikat (*brush*) di bagian ventral dan gigi-gigi sisir (*comb*) yang berjumlah 15-19 gigi yang tersusun dalam satu baris. Gigi-gigi sisir dengan lekukan yang jelas membentuk gerigi. Larva ini tubuhnya langsing dan bergerak sangat lincah, bersifat fototaksis negatif, dan waktu istirahat membentuk sudut hampir tegak lurus dengan permukaan air (Wibowo, 2007).

Nyamuk betina menghisap darah manusia pada siang hari yang dilakukan baik di dalam rumah ataupun di luar rumah. Penghisapan darah dilakukan dari pagi sampai petang dengan dua puncak waktu yaitu setelah matahari terbit (08.00-10.00) dan sebelum matahari terbenam (15.00-17.00). Umur nyamuk dewasa betina di alam bebas kira-kira 10 hari, sedangkan di laboratorium mencapai 2 bulan. *Aedes aegypti* mampu terbang sejauh 2 kilometer, walaupun umumnya jarak terbangnya pendek yaitu kurang lebih 40 meter (Ridat, 2008, hal . 266).

Hal ini disebabkan pada siang hari orang sedang aktif, sehingga nyamuk yang menggigit seseorang belum tentu kenyang. Orang tersebut

sudah bergerak, nyamuk terbang menggigit orang lagi sampai cukup darah untuk pertumbuhan dan perkembangan telurnya. Pada nyamuk perkotaan lebih suka menggigit pada waktu siang hari (90%) dan waktu malam (10%). Nyamuk desa hanya menggigit siang saja. Kejadian tersebut kemungkinan juga sinar lampu di perkotaan ikut mempengaruhi kebiasaan menggigit (Hasan, 2006).

Aedes aegypti suka beristirahat di tempat yang gelap, lembab, dan tersembunyi di dalam rumah atau bangunan, termasuk di kamar tidur, kamar kecil, maupun di dapur. Tempat istirahat *Aedes aegypti* berupa semak-semak atau tanaman rendah termasuk rerumputan yang terdapat di halaman/kebun/pekarangan rumah. Juga berupa benda-benda yang tergantung di dalam rumah seperti pakaian, sarung, kopiah dan lain sebagainya (Natadisastra & Ridad Agoes, 2008, hal. 266).

Kebiasaan hinggap istirahat, lebih banyak di dalam rumah, yaitu benda-benda yang bergantung, berwarna gelap, dan tempat-tempat lain yang terlindung, juga di dalam sepatu. Keadaan inilah yang menyebabkan penyakit DBD menjadi lebih mudah terjadi (Ditjen PPM & PL. 2001).

Secara bioekologis spesies nyamuk *Aedes aegypti* mempunyai dua habitat yaitu *aquatic* (perairan) untuk fase pradewasanya (telur, larva dan pupa), dan daratan atau udara untuk nyamuk dewasa. Walaupun habitat imago di daratan atau udara, namun juga mencari tempat di dekat permukaan air untuk meletakkan telurnya. Bila telur yang diletakkan itu tidak mendapat sentuhan air atau kering masih mampu bertahan hidup antara 3 bulan sampai satu tahun. Masa hibernasi telur-telur itu akan berakhir atau menetas bila sudah mendapatkan lingkungan yang cocok pada musim hujan untuk menetas. Telur itu akan menetas antara 3–4 jam setelah mendapat genangan air menjadi larva. Habitat larva yang keluar dari telur tersebut hidup mengapung di bawah permukaan air (Supartha, 2008).

Daun sirih (*Piper betle* L.) termasuk jenis tumbuhan merambat dan bersandar pada batang pohon lain. Tanaman ini panjangnya bisa mencapai puluhan meter. Bentuk daunnya pipih menyerupai jantung dan tangkainya agak panjang. Permukaan daun berwarna hijau dan licin, sedangkan batang pohonnya berwarna hijau tembelek (hijau agak kecoklatan) dan

permukaan kulitnya kasar serta berkerut-kerut. Daun sirih hijau merupakan salah satu jenis tumbuhan terna memanjat yang termasuk famili *piperaceae*. Asal usul tumbuhan ini tidak diketahui pasti. Tanaman sirih tumbuh subur di sepanjang Asia tropis hingga Afrika Timur. Menyebar hampir di seluruh wilayah Indonesia, Malaysia, Thailand, Srilanka, India, hingga Madagaskar (Rini, 2003).

Daun sirih mempunyai aroma yang khas karena mengandung minyak atsiri 1–4,2%, air, protein, lemak, karbohidrat, kalsium, fosfor, vitamin A, B, C, yodium, gula dan pati. Dari berbagai kandungan tersebut, dalam minyak atsiri terdapat fenol alam yang mempunyai daya antiseptik 5 kali lebih kuat dibandingkan fenol biasa (Bakterisid dan Fungisid) tetapi tidak sporasid. Minyak atsiri merupakan minyak yang mudah menguap dan mengandung aroma atau wangi yang khas. Minyak atsiri dari daun sirih mengandung 30% fenol dan beberapa derivatnya. Minyak atsiri terdiri dari hidroksi *kavikol*, *kavibetol*, *estragol*, *eugenol*, *metileugenol*, *karbakrol*, *terpen*, *seskuipterpen*, *fenilpropan*, dan *tannin*. *Kavikol* merupakan komponen paling banyak dalam minyak atsiri yang memberi bau khas pada sirih. *Kavikol* bersifat mudah teroksidasi dan dapat menyebabkan perubahan warna.

Minyak atsiri berperan sebagai anti bakteri dengan cara mengganggu proses terbentuknya membran atau dinding sel sehingga tidak terbentuk atau terbentuk tidak sempurna. Dalam kadar yang rendah maka akan terbentuk kompleks protein fenol dengan ikatan yang lemah dan segera mengalami peruraian, diikuti penetrasi fenol ke dalam sel dan menyebabkan presipitasi serta denaturasi protein. Pada kadar tinggi fenol menyebabkan koagulasi protein dan sel membran mengalami lisis.

Beberapa penelitian ilmiah menyatakan bahwa daun sirih juga mengandung gula dan tanin. Biasanya daun sirih muda mengandung gula dan minyak atsiri lebih banyak dibandingkan dengan daun sirih tua. Sementara itu, kandungan taninnya relatif sama. Selain itu sirih juga mengandung terpena, flavonoid dan saponin (Mulyono, 2003).

Pemakaian daun sirih (*Piper betle* L.) untuk obat disebabkan adanya minyak atsiri yang dikandungnya. Dalam hal ini Prof. J. F

Eykman seorang ahli kimia pada masa penjajahan Belanda, melakukan upaya pemisahan minyak atsiri dari daun sirih (*Piper betle L.*). Usaha tersebut dilakukan di Kebun Raya Bogor pada tahun 1889. Setelah dipisahkan, ternyata sepertiga dari minyak atsiri tersebut terdiri dari phenol dan sebagian besar yaitu kavikol. Kavikol inilah yang memberi bau khas daun sirih dan memiliki daya pembunuh bakteri lima kali lipat dari phenol biasa. (Rini, 2003, hal. 12). Sedangkan phenol berfungsi untuk menanggulangi bau tidak sedap alias antiseptik. Senyawa pada alkaloid dapat digunakan untuk membasmi jentik nyamuk yang cara kerjanya mirip bubuk abate. Senyawa alkaloid ini bertindak sebagai *stomach poison* atau racun perut. Oleh karena itu, bila senyawa alkaloid dan flavonoid tersebut masuk ke dalam tubuh larva maka alat pencernaannya akan terganggu. Selain itu, senyawa tersebut menghambat reseptor perasa pada daerah mulut larva. Hal ini mengakibatkan larva tidak mendapatkan stimulus rasa sehingga tidak mampu mengenali makanannya sehingga larva mati kelaparan. Racun ini akan mempengaruhi metabolisme larva yang ada di dalam tubuh. Racun yang menyebar di aliran darah akan mempengaruhi sistem saraf larva dan menimbulkan kematian. Namun menurut penelitian Fahmi keefektifan daun sirih masih terdapat banyak kekurangan dibandingkan temephos (abate), yaitu air masih berwarna, berbau dan berasa pahit.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan di desa Jogoroto kecamatan Jogoroto kabupaten Jombang dan Laboratorium Mikrobiologi dan Parasitologi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah larva *Aedes aegypti*. Sampel dalam penelitian ini adalah larva *Aedes aegypti* yang terperangkap dalam alat perangkap nyamuk. Teknik sampling dengan *incidental sampling*.

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Pada penelitian ini instrumen yang digunakan antara lain: Alat yang akan digunakan : Botol plastic bekas, Beaker gelas 250 ml, Saringan, Pinset, Mikroskop, Kresek berwarna hitam, Jam,

Gelas ukur. Bahan yang digunakan: Air, Daun sirih

Perangkap larva nyamuk diletakkan di rumah-rumah warga dusun jogoroto desa jogoroto kecamatan jogoroto dengan perangkap nyamuk yang berisi perasan daun sirih. Pemeriksaan ini dilakukan di laboratorium mikrobiologi dan parasitologi Prodi D-III Analis Kesehatan STIKes ICMe. Cara kerja:

1. *Pembuatan perangkap nyamuk*
 - a. *Memotong botol plastic bekas*
 - b. *Menutup bagian samping botol plastic bekas dengan perekat hitam.*
 - c. *Meletakkan botol akua di tempat yang gelap, agar nyamuk bertelur di botol plastic, telur menetas menjadi larva membutuhkan waktu antara 1-2 hari.*
2. *Perasan daun sirih*
 - a. Daun sirih hijau diambil secara acak kemudian disortasi dan dicuci dengan air mengalir untuk membersihkan kotoran dan daun yang rusak, selanjutnya ditiriskan dan ditimbang 100 gram.
 - b. Menumbuk daun sirih menggunakan mortal dan ditambahkan 100 ml air.
 - c. Menyaring perasan daun sirih tadi.
 - d. Menyiapkan perangkap botol plastik sebanyak 10 botol
 - e. Pada botol plastik ke 1-5 diisi dengan 100 ml air yang ditambahkan dengan 100 ml dari hasil perasan 100 gram daun sirih hijau atau sebanding dengan 100%. Sedangkan botol 6-10 hanya berisi air.
 - f. Identifikasi Angka kematian larva dihitung setelah 3x24 jam.

Pengumpulan data dilakukan dengan jalan identifikasi larva nyamuk dan perhitungan jumlah kematian nyamuk yang berada didalam alat perangkap nyamuk. Pengolahan data dilakukan setelah memasukkan data pada tabel yang sudah dipersiapkan, kemudian dilakukan analisa data. Analisa data menggunakan angka prosentase kematian larva nyamuk.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian efektifitas perasan daun sirih (*Piper betle L.*) terhadap kematian larva *Aedes aegypti* selama 5 X 24 jam pada perangkap nyamuk dengan melihat

morfologi dari larva *Aedes aegypti* mengamati dengan mikroskop. Data yang didapat setiap kelompok uji.

Tabel 1. Distribusi frekuensi Kematian Larva *Aedes aegypti* pada perangkap nyamuk dalam 3 x 24 jam

No./ rumah	Frekuensi kematian larva (<i>Aedes aegypti</i>)					
	Air			Konsentrasi 100 %		
	Jumlah larva	Hidup	Mati	Jumlah larva	Hidup	Mati
1.	21	20	1	14	5	9
2.	-	-	-	-	-	-
3.	-	-	-	-	-	-
4.	14	14	-	13	5	8
5.	12	12	-	-	-	-
Jumlah	47	46	1	27	10	17

Dari data yang diperoleh, terdapat 73 nyamuk *Aedes aegypti* yang terbagi atas 47 nyamuk terperangkap didalam perangkap nyamuk yang berisi air, dengan larva yang mengalami kematian sebanyak 1 larva. Sedangkan pada perangkap yang berisi ekstrak daun sirih sebanyak 27 larva dengan angka kematian sebanyak 17 larva. Dilihat kematian larva *Aedes aegypti* dalam 3x24 jam, pada perangkap berisi air setelah 3x24 jam terdapat larva yang mati sebanyak 1 dari 47 larva dengan presentase 2,1% dan larva yang hidup sebanyak 46 dari 47 larva dengan presentase 97,8%. Sedangkan pada perangkap yang berisi ekstrak daun sirih larva yang mati sebanyak 17 larva dengan presentase sebesar 62,9%, sedangkan yang hidup sebanyak 10 larva dengan presentase sebesar 37,1%. Berdasarkan hasil dari penelitian ini daun sirih hijau dapat membunuh larva *Aedes aegypti* sebanyak 17 dari 27 larva. Merujuk dari hasil yang telah didapat, bahwa perasan daun sirih hijau dapat membunuh hampir setengah sampel larva *Aedes aegypti*.

Menurut peneliti, adanya kandungan zat kimia yang terdapat pada daun sirih seperti Alkaloid berfungsi menghambat metamorphosis, karena alkaloid ini bersifat asam. Saponin merusak membran sel dan mengganggu proses metabolisme, Kavikol memberi bau khas, sehingga zat-zat tersebut bisa menyebabkan kematian larva *Aedes aegypti*. Daun sirih memiliki kandungan senyawa tanin, steroid/terpenoid, flavonoid dan kuinon. Kandungan kimia minyak atsiri pada daun sirih yang terdiri dari fenol, hidroksi

kavikol, kavibetol, estragol, eugenol, metileugenol, karbakrol, terpen, seskuiterpen, fenilpropan, dan tannin.

Kavikol yang memberi bau khas pada sirih. Kavikol bersifat mudah teroksidasi dan dapat menyebabkan perubahan warna. Minyak atsiri berperan sebagai anti bakteri dengan cara mengganggu proses terbentuknya membran atau dinding sel sehingga tidak terbentuk atau terbentuk tidak sempurna. Mekanisme fenol sebagai agen anti bakteri berperan sebagai toksin dalam protoplasma, merusak dan menembus dinding serta mengendapkan protein sel bakteri. flavonoid merupakan senyawa fenol yang dapat menyebabkan denaturasi protein maka proses metabolisme bakteri akan terganggu dan terjadi lisis yang akan menyebabkan kematian bakteri tersebut.

Dilihat dari jumlah larva yang mati. Hal ini menurut peneliti dalam proses pengeluaran zat kimia pada daun sirih hanya menggunakan pelarut air sehingga belum mampu mengeluarkan kandungan kimia seperti kadar minyak atsiri, steroid, tannin, flavonoid, triterpenoid/saponin, alkaloid, dan kadar kandungan kimia tertentu. Senyawa-senyawa yang terkandung dalam daun sirih diantaranya adalah senyawa alkaloid, minyak atsiri dan tannin. Selain itu juga daun sirih mengandung senyawa fenolik glikosida, saponin dan terpenoida. Senyawa alkaloid merupakan senyawa yang dalam bentuk bebas merupakan basa lemah yang sukar larut dalam air tetapi mudah larut dalam pelarut kimia.

Berdasarkan hasil penelitian Aulung, (2010, hal.48) Daya Larvasida Ekstrak Daun

Sirih (*Piper betle* L) terhadap Mortalitas Larva *Aedes aegypti* yang dilakukan didapatkan hasil rata-rata persentase mortalitas larva terendah terjadi pada konsentrasi 0,05% yaitu 58%, sedangkan yang tertinggi terjadi pada konsentrasi 0,2% dan 0,4% yaitu 100%. Mortalitas larva 100% pada konsentrasi 0,2% terjadi pada jam ke-16 waktu pengamatan, sedangkan pada konsentrasi 0,4% terjadi pada jam ke-4 waktu pengamatan. Ada perbedaan konsentrasi yang besar antara konsentrasi 0,2% dengan 0,4%, sehingga ekstrak daun sirih pada konsentrasi 0,4% dapat membunuh larva lebih cepat dibandingkan pada konsentrasi 0,2%.

Menurut teori nyamuk *Aedes aegypti* dikatakan dapat bertahan hidup apabila dapat mengalami perkembangan hingga tahap tertentu, beberapa faktor turut mempengaruhi ketahanan hidup nyamuk ini di antaranya suhu, pH air, perindukan, ketersediaan makanan, cahaya, kepadatan larva, lingkungan hidup, serta adanya predator. Menurut (Sayono. dkk, 2010) pH optimum dimana telur *Aedes aegypti* dapat menetas yakni 6,5-7, kalau terlalu asam atau basa pertumbuhan terhambat atau mati. Faktor suhu sangat mempengaruhi nyamuk *Aedes aegypti* dimana nyamuk dapat bertahan hidup pada suhu rendah (10°C) tetapi proses metabolismenya menurun atau bahkan berhenti bila suhu sampai di bawah suhu (4,5°C) pada suhu yang lebih tinggi dari 35°C mengalami keterbatasan proses fisiologis. Suhu optimum untuk pertumbuhan nyamuk berkisar antara 25– 27°C. Menurut (Cahyati & Suharyo, 2006) nyamuk dapat hidup dengan baik pada suhu 29°C, serta akan mati pada suhu 6°C selama 24 jam.

Menurut teori kelembaban udara adalah banyaknya uap air yang terkandung dalam udara yang dinyatakan dalam (%). Jika udara kekurangan uap air yang besar maka daya penguapannya juga besar. Sistem pernafasan nyamuk menggunakan pipa udara (*trachea*) dengan lubang-lubang pada dinding tubuh nyamuk (*spiracle*). Adanya *spiracle* yang terbuka lebar tanpa ada mekanisme pengaturannya. Pada saat kelembaban rendah menyebabkan penguapan air dalam tubuh sehingga menyebabkan keringnya cairan tubuh. Salah satu musuh nyamuk adalah penguapan, kelembaban mempengaruhi umur nyamuk, jarak terbang, kecepatan berkembang biak, kebiasaan menggigit, istirahat dan lain-

lain. Berdasarkan standar efikasi insektisida terhadap nyamuk dan serangga lainnya di dalam ruangan kelembaban harus berkisar antara 60%-80%.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa data yang telah dikemukakan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa perasan daun sirih hijau (*Piper betle* L.) efektif terhadap kematian larva *Aedes aegypti*.

REFERENSI

1. Agoes, Azwar, 2010, *Tanaman Obat Indonesia*, Buku 2. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
2. Agus Aulung, dkk. 2010. 'Daya Larvasida Ekstrak Daun Sirih (*Piper betle* L) Terhadap Mortalitas Larva *Aedes aegypti* L. Majalah Kedokteran FK UKI, vol. XXVII, no. 1, h. 7-14.
3. Aminah, Sudrajat, 2010, Novizan, 2002, Kardinan, 2002, Nugroho, 2003 dalam Handayani, dkk, h.1-9. 'Efektivitas Daun Sirih (*Piper betle* L) Sebagai Bioinsektida Terhadap Kematian Nyamuk *Aedes aegypti* '.
4. Damayanti Rini & Mulyono. 2003. *Khasiat & Manfaat Daun Sirih Obat Mujarab Dari Masa Ke Masa*. Depok: PT Agro Media Pustaka.
5. Daniel, 2008, "Ketika Larva dan Nyamuk Menjadi Dewasa Sudah Kebal Terhadap Insektida", FARMACIA vol. 7, no. 7.
6. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehat Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia . Jakarta: Departemen Kesehatan Republik; 2006. Hal 2-15.
7. Gunandini, 2006 dan Cheng, 1973; Christopher, 1960 dalam Kardinan Agus, 2007, *Potensi Selasih Sebagai Repellent Terhadap Nyamuk *Aedes aegypti**. Jurnal litri, vol. 13, no. 2, h. 39.
8. Hadidjaja Pinardi & Gandahusada Srisasi. 2008. *Atlas Parasitologi Kedokteran*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
9. Hamidah, dkk, ' Pembuatan Ekstrak Oleoresin Daun Sirih Hijau (*Piper betle*

- L.) Sebagai Pengawet Alami (Kaian Suhu Dan Lama Waktu Ekstraksi).
10. Jacob Aprianto, dkk; *Ketahanan Hidup Dan Pertumbuhan Nyamuk Aedes aegypti Pada Berbagai Jenis Air Perindukan*; Jurnal e-Biomedik (eBM), vol 2, no 3.
11. Lela, dkk, 2010, *'Efektifitas Biolarvasida Ekstrak Etanol Limbah Penyulingan Minyak Akar Wangi Terhadap Larva Nyamuk Aedes aegypti, Culex sp, Dan Anopheles'*. Jurnal Sains Dan Teknologi Kimia, vol. 1, no. 1, h. 59-69.
12. Lestari, 2010 dalam Emantis R. 2007. *'Studi Tempat Perindukan Nyamuk Vector Demam Berdarah Dengue Di Dalam Dan Di Luar Rumah Di Rajabasa Bandar Lampung'*. J. Sains MIPA, vol. 13, no. 1, h. 57-60.
13. Masyarakat Dengan Keberadaan Jentik Nyamuk Aedes aegypti Di Daerah Endemis Demam Berdarah Dengue Surabaya. Jurnal Kesehatan Lingkungan, 2005, vol. 1, no. 2, h. 170-182.

HUBUNGAN LAMA PENGGUNAAN KOMPUTER DENGAN KELUHAN ANGGOTA GERAK ATAS PADA PEGAWAI BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL KESEHATAN KANTOR CABANG MOJOKERTO

Asih Media Yuniarti¹⁾, Mukhammad Himawan Saputra²⁾ Dwi Helynarti Syurandhari³⁾ Fibriana⁴⁾

^{1,2,3,4}Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, STIKes Majapahit Mojokerto

email: art.media1979@gmail.com¹, mhimawansaputra@gmail.com², dwihelynarti@gmail.com³, fibrialamanda@yahoo.com⁴

Abstract

The Employee at BPJS Mojokerto branch office who used the computer in a long time often experience complaints on upper limbs, complaints are felt in the form of pain and tingling. The purpose of this study is to analyze the relationship between the duration of computer uses with complaints of upper limbs on the Employee at BPJS Mojokerto branch office. The design of this study was cross sectional. The number of samples is 31 from the total Employee at BPJS Mojokerto branch office, sampling technique used total sampling. The instrument used was the Questionnaire and the Nordic Body Map observation sheet. Data were analyzed by Spearman Rank correlation test. The result of this research was more than half of respondents who used high duration computer that was 20 respondent (64,5%) and that has high frequency as many as 18 respondents (58,1%), most of respondent have high body posture with high risk that was 23 respondent 74.2%) experienced high-risk limb complaints. Based on calculation of spearman rank correlation test, correlation duration with complaint of upper limbs obtained significance value 0,023 result $p < \alpha$ so H_1 accepted, whereas correlation of frequency with complaint of upper limbs obtained significance value 0,003 result $p < \alpha$ so H_1 accepted. Correlation of posture with complaint of upper limb obtained significancy value 0,756 result $p > \alpha$ so H_1 rejected. Long duration and frequency of computer usage may cause complaints of upper limbs in BPJS Mojokerto branch office, to reduce complaints that are expected to rest employees and stretch the muscles when already experiencing fatigue after used the computer for 2 hours.

Keywords: MSD's, Employee, Computer, Fatigue

2. PENDAHULUAN

Perkembangan teknologi informasi telah demikian luas dalam segala bidang, yang menuntut manusia untuk berhubungan dengan komputer, baik di perkantoran maupun bagian dari kehidupan pribadi seseorang (Subekti, 2006). Di Indonesia, sikap kerja tidak alamiah ini lebih banyak disebabkan oleh adanya ketidak sesuaian antara dimensi alat dan stasiun kerja dengan ukuran tubuh pekerja. Sebagai Negara berkembang, sampai saat ini Indonesia masih tergantung pada perkembangan teknologi negara-negara maju, khususnya dalam pengadaan peralatan industri. Mengingat bahwa dimensi peralatan tersebut didesain tidak berdasarkan ukuran tubuh orang Indonesia, maka pada saat pekerja Indonesia harus mengoperasikan peralatan tersebut, terjadilah sikap kerja tidak alamiah (Tarwaka, 2015).

Hasil survey Departemen Kesehatan RI dalam profil masalah kesehatan tahun 2005 menunjukkan bahwa sekitar 40,5% penyakit

diderita oleh seseorang yang berhubungan dengan pekerjaan yang dilakukan (Depkes RI, 2005). Data menyebutkan pada 2500 orang di 16 kota Indonesia menunjukkan bahwa terdapat 46,7% pengguna komputer. Badan Pusat Statistik (BPS) yang bekerja sama dengan APJII (Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia) mencatat angka pertumbuhan dari pengguna internet di Indonesia hingga akhir tahun 2013 sudah mencapai 71,19 juta orang (Pangerapan, 2014).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan, rata-rata pegawai kantor BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto yang menggunakan komputer dengan waktu yang cukup lama sering mengalami keluhan pada bagian anggota gerak atas, keluhan yang dirasakan seperti nyeri atau kesemutan pada bagian bahu, punggung, tangan, dan leher. Keluhan dapat terjadi karena stasiun kerja tidak sesuai dengan dimensi tubuh pegawai. Meja atau kursi yang digunakan tidak semuanya sama antar unit

bagian dan kursi yang digunakan ada yang belum sesuai standar ergonomi.

Keluhan pada sistem muskuloskeletal adalah keluhan pada bagian otot rangka yang dirasakan oleh seseorang mulai dari keluhan sangat ringan sampai sangat sakit. Apabila otot menerima beban statis secara berulang dan dalam waktu yang lama, akan dapat menyebabkan keluhan berupa kerusakan pada sendi, ligament dan tendon. Keluhan hingga kerusakan inilah yang biasanya diistilahkan dengan muskuloskeletal disorders atau cedera pada system muskuloskeletal (Grandjean, 1993; Lamasters, 1996 dalam Tarwaka 2015). Macam-macam gejala kesehatan dirasakan oleh pekerja disebabkan faktor resiko MSDs yang memajan tubuhnya. Tiap bagian tubuh memiliki resiko ergonomi dan gangguan kesehatan yang dapat melemahkan fungsi tubuh dan penurunan kinerja pegawai. Bagian-bagian tubuh seperti tangan, leher, bahu, punggung, dan kaki merupakan bagian tubuh yang sering digunakan dalam melakukan aktivitas atau pekerjaan (NIOSH, 2007).

Penyelesaian untuk mengatasi keluhan muskuloskeletal pada anggota gerak atas yang terjadi akibat penggunaan komputer dalam waktu yang lama bisa dilakukan dengan beberapa cara yaitu, pada postur janggal hindari sikap membungkuk, hindari perputaran tulang belakang, modifikasi tinggi tempat kerja dengan tinggi monitor komputer. Untuk frekuensi penggunaan komputer pada pegawai yaitu pengaturan pekerjaan untuk menghindari gerakan yang tidak perlu, dan pengaturan pola kerja. Apabila durasi kerja atau durasi paparan

lama dengan penggunaan komputer maka harus melakukan pengaturan jam kerja, istirahat untuk melakukan peregangan (stretching) setelah melakukan kegiatan atau bekerja di depan komputer, istirahat pendek dan sering lebih baik daripada sekali dan lama (Kurniawidjaja, 2010).

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang dilakukan adalah desain penelitian *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Kantor BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto pada bulan Mei sampai Juni 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pegawai kantor BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto. Dimana jumlah pegawainya sebanyak 31 orang. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 31 pegawai. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling karena jumlah sampelnya relatif kecil atau kurang dari 31, teknik ini juga digunakan apabila penelitian ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang kecil (Muhith, 2011). Teknik dan instrumen pengumpulan data menggunakan lembar observasi, untuk mengetahui keluhan anggota gerak atas menggunakan *Nordic Body Map* dan untuk mengetahui postur tubuh menggunakan *Rapid Upper Limb Assesment* (RULA). Pengolahan data yang dilakukan yaitu editing, coding, scoring, memasukkan data, tabulating, Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat menggunakan uji Korelasi Spearman dengan $\alpha=5\%$ (0,05). Variabel bebas (independen) dalam penelitian ini adalah lama penggunaan komputer.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Lama Penggunaan Komputer Dengan Keluhan Anggota Gerak Atas Berdasarkan Durasi, Frekuensi dan Postur Tubuh.

No.	Karakteristik	f	%	n (%)
1.	Durasi			
	a. Rendah < 5 jam	11	35,5	31 (100)
	b. Tinggi $\geq$ 5 jam	20	64,5	
2.	Frekuensi			
	a. Rendah < 5 hari	13	41,9	31 (100)
	b. Tinggi $\geq$ 5 hari	18	58,1	
3.	Postur Tubuh			
	a. Rendah 1-4	8	25,8	31 (100)
	b. Tinggi 5- >7	23	74,2	
4	Keluhan Anggota Gerak Atas			
	a. Rendah (0-12)	5	16,1	31 (100)
	b. Tinggi (13-24)	26	83,9	

Hasil analisis durasi penggunaan komputer pada pegawai BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto, diperoleh data bahwa responden yang menggunakan komputer dengan durasi tinggi sebanyak 20 responden (64,5 %) yang mengalami keluhan anggota gerak atas resiko tinggi. Lamanya waktu kerja (durasi) berkaitan dengan keadaan fisik tubuh pekerja. Pekerjaan fisik yang berat akan mempengaruhi kerja otot, kardiovaskular, sistem pernafasan dan lainnya. Pekerjaan berlangsung dalam waktu yang lama tanpa istirahat, kemampuan tubuh akan menurun dan dapat menyebabkan kesakitan pada anggota tubuh (Suma'mur, 2014). Hasil wawancara singkat dengan beberapa responden, alasan mereka menggunakan komputer dengan durasi yang cukup lama adalah karena tuntutan pekerjaan, pekerjaan yang harus segera diselesaikan dan sudah ditentukan batas pengumpulannya. Hal itulah yang mengharuskan mereka untuk selalu bekerja menggunakan komputer selama berjam-jam.

Hasil lembar observasi dengan menggunakan Nordic Body Map bahwa mayoritas responden yang mengalami keluhan anggota gerak atas adalah tinggi dengan jumlah responden 26 (83,9 %). Dikatakan memiliki keluhan yang tinggi pada anggota gerak atas jika total skor akhir 13 – 14. Bagian-bagian tubuh yang biasanya merasakan nyeri adalah di daerah leher, punggung, pinggang, bahu, lengan atau tangan. Keluhan pada sistem musculoskeletal adalah keluhan pada bagian-bagian otot rangka yang dirasakan oleh seseorang mulai dari keluhan sangat ringan sampai sangat sakit. Apabila otot menerima beban statis secara berulang dan dalam waktu yang lama, akan dapat menyebabkan keluhan berupa kerusakan pada sendi, ligament dan tendon. Keluhan hingga kerusakan inilah yang biasanya diistilahkan dengan keluhan musculoskeletal disorders (MSDs) atau cedera pada sistem musculoskeletal (Tarwaka, 2015).

Tabel 2. Hubungan Durasi, Frekuensi, Postur Tubuh Dengan Keluhan Anggota Gerak Atas Pada Pegawai BPJS Kesehatan KC Mojokerto.

No.	Lama Penggunaan Komputer	Keluhan Anggota Gerak Atas				<i>p – value</i> (r)
		Rendah		Tinggi		
		f	%	f	%	
1.	Durasi					
	a. Rendah	4	36,4	7	63,6	0,023 (0,408)
	b. Tinggi	1	5,0	19	95,0	
2.	Frekuensi					
	a. Rendah	5	38,5	8	61,5	0,003 (0,516)
	b. Tinggi	0	0	18	100	
3.	Postur Tubuh					
	a. Rendah	1	12,5	7	87,5	0,756 (-0,056)
	b. Tinggi	4	17,4	19	82,6	

Hasil penelitian antara durasi penggunaan komputer dengan keluhan anggota gerak atas di dapatkan hasil bahwa ada hubungan antara durasi penggunaan komputer dengan keluhan anggota gerak atas. Seseorang yang bekerja di depan komputer selama lebih dari atau sama dengan 5 jam secara terus-menerus akan mengalami keluhan pada anggota gerak atas. Selain itu, beban kerja otot yang tidak merata pada sejumlah bagian tubuh akan memperparah keluhan pada anggota gerak atas yang dirasakan pengguna komputer, pada akhirnya mempengaruhi kinerja seseorang dalam beraktivitas. peregangan atau istirahat

dapat dilakukan selama 15 – 20 menit setelah 2 jam bekerja menggunakan laptop, sekedar untuk melemaskan otot-otot tubuh dan mengalihkan pandangan sejauh kurang lebih 6 meter selama beberapa detik setiap 30 menit bekerja menggunakan laptop untuk mengurangi efek keluhan kesehatan akibat penggunaan laptop pada bagian mata. Pengguna juga harus berhenti menggunakan laptop dan mematikan laptop apabila merasa lelah meskipun pekerjaannya belum selesai (Puspitasari, 2012). Salah satu cara terbaik untuk mengurangi kelelahan akibat duduk adalah dengan berdiri dan berjalan sejenak di sekitar

area stasiun kerja setelah mengalami ketegangan otot selama duduk.

Hasil penelitian antara frekuensi dan keluhan anggota gerak atas didapatkan data bahwa ada hubungan antara frekuensi penggunaan komputer dengan keluhan anggota gerak atas. Ada kecenderungan semakin tinggi frekuensi penggunaan komputer maka semakin parah keluhan yang dirasakan. Bekerja menggunakan laptop dalam durasi yang lama dapat menyebabkan terjadinya akumulasi keluhan kesehatan, terlebih jika saat menggunakan laptop tidak memperhatikan aspek posisi tubuh yang baik sehingga posisi tubuh dalam keadaan statis. Otot yang statis dapat menyebabkan aliran darah menurun, sehingga asam laktat terakumulasi dan mengakibatkan kelelahan pada otot lokal (Sulistioningsih, 2013). Pada saat bekerja responden juga tidak banyak meluangkan waktunya untuk istirahat, istirahat pun kadang dilakukan hanya bersandar pada kursi, memejamkan mata sebentar atau terkadang melakukan peregangan otot ringan. Hasil penelitian antara postur tubuh dengan keluhan anggota gerak atas didapatkan data bahwa tidak ada hubungan antara postur tubuh penggunaan komputer dengan keluhan anggota gerak atas. Kondisi desain tempat kerja yang tidak ergonomis dapat menyebabkan postur tubuh menjadi tidak nyaman saat menggunakan komputer. Desain laptop yang kurang ergonomis ini akan membuat pengguna laptop memiliki 2 pilihan untuk meminimalisir cideranya, yaitu dengan membungkukkan sedikit leher mereka untuk dapat melihat monitor tu memposisikan monitor setara dengan pandangan mereka. Apabila laptop berada pada posisi yang tinggi untuk menyesuaikan dengan level mata, maka keluhan yang terjadi adalah ketegangan pada bahu dan leher. Namun, jika penyesuaian posisi komputer disesuaikan dengan kenyamanan saat mengetik maka masalah yang timbul adalah postur yang bungkuk dan akan menyebabkan keluhan pada leher (Rohmat, 2007). meskipun seseorang memiliki perilaku penggunaan komputer yang baik, tetapi mempunyai kemungkinan terkena keluhan kesehatan terutama keluhan anggota gerak atas akibat penggunaan komputer. Hal ini dapat disebabkan karena banyak faktor seperti kondisi desain tempat kerja yang tidak ergonomis, ukuran komputer yang

digunakan, durasi dan frekuensi pengguna yang tinggi, jarak pandang dengan komputer dan lingkungan yang tidak nyaman.

4. KESIMPULAN

Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara durasi penggunaan komputer dengan keluhan anggota gerak atas pada pegawai di kantor BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto, ada hubungan antara frekuensi dengan keluhan anggota gerak atas pada pegawai di kantor BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto, dan tidak ada hubungan antara postur tubuh dengan keluhan anggota gerak atas pada pegawai di kantor BPJS Kesehatan kantor cabang Mojokerto.

REFERENSI

1. Kurniawidjaja, Meily. 2010. Teori dan Aplikasi Kesehatan Kerja. Jakarta: UI-Press.
2. NIOSH. 2007. Ergonomics Guidelines for Manual Material Handling. 4676 Columbia Parkway Cincinnati. Diakses 15 Desember 2016. Dalam <http://www.cdc.gov>
3. Muhith, Abdul dkk. 2011. Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Mulia Medika
4. Puspitasari, Ananda. 2012. Hubungan Antara Perilaku Penggunaan Laptop dan Keluhan Kesehatan Akibat Penggunaan Laptop pada Mahasiswa Sarjana Reguler Fakultas Ilmu Komputer Universitas Indonesia. Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok.
5. Rohmat, K. (2007). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keluhan Kesehatan Akibat Penggunaan Laptop pada Dosen FKM UI tahun 2007. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
6. Suma'mur, P.K. (2014). Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja. Jakarta : PT. Sagung Seto.
7. Tarwaka. (2015). Ergonomi Industri: Dasar – Dasar Pengetahuan Ergonomi dan Aplikasi di Tempat Kerja. Surakarta: Harapan Press
8. Sulistioningsih, L. (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelelahan

Kerja Pada Tenaga Kerja Di Bagian Food
Production 1 (FP1)/Masako Packing
(Sebuah Studi di Pabrik PT. Ajinomoto

Indonesia Mojokerto).
MAJAPAHIT, 5(1).

MEDICA

PELATIHAN DETEKSI DINI PENYIMPANGAN PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL ANAK BAGI KADER POSYANDU DI DESA PETAK MOJOKERTO

Nurul Mawaddah¹⁾, Uswatun Kasanah²⁾

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan, Stikes Majapahit Mojokerto

¹mawaddah.ners@gmail.com

²uswa12april@gmail.com

Abstract

Psychosocial development is one aspect of individual development that is essential to form a whole personality. Early detection of deviations of psychosocial development in early childhood is an attempt to find early mental health problems that exist in the community. The activity is done as an effort to recognize mental health problems in children from an early age. This activity through the provision of training conducted for 3 days, with the target audience in this activity is a cadre posyandu in Petak Village, Petak Subdistrict, Mojokerto regency, that is 10 participants. The method used is lecture, discussion, demonstration, simulation and role play during posyandu implementation. In the implementation, participants were given a questionnaire of cognitive skills before and after the training materials to measure their understanding of the given material and the results of all participants (100%) experienced an increase in cognitive ability score with an average 6 point increase score. In addition, participants also observed psychomotor ability before and after training and the result of all participants (100%) experienced an increase in psychomotor ability score with an average increase in 5 points score. The success of this program is expected to help prevent and overcome mental health problems in children that can affect the development of children as adults.

Keywords: *Posyandu Cadres, Psychosocial Development, Early Childhood, Early Detection*

1. PENDAHULUAN

Masa balita atau anak usia dini merupakan masa keemasan atau *Golden Period* yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan yang cepat pada dimensi fisik, mental serta intelektual. Pemantauan tumbuh kembang anak tidak hanya mengarah pada fisik saja tetapi juga secara komprehensif pada perkembangan psikososial anak. Hal ini diperlukan untuk mencegah kelainan yang permanen karena keterlambatan penanganan. Pemantauan dan deteksi tumbuh kembang anak usia dini merupakan bagian tugas dari para kader posyandu di wilayah kerjanya masing-masing. Akan tetapi hampir seluruh kegiatan posyandu belum pernah dilakukan pemantauan terhadap perkembangan psikososial anak.

Sekitar 9,5% sampai 14,2% anak prasekolah memiliki masalah sosial emosional yang berdampak negatif terhadap perkembangan dan kesiapan sekolahnya (Brauner & Stephens 2006). Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 8 sampai 9% anak prasekolah mengalami masalah psikososial

khususnya masalah sosial-emosional seperti kecemasan atau perilaku agresif (Velderman et al., 2010). Berdasarkan survey peneliti sebelumnya pada anak prasekolah di dua TK Kota 2 Yogyakarta, masalah perilaku seperti susah beradaptasi, susah bersosialisasi, susah berpisah dari orang tua, anak sulit diatur, dan perilaku agresif merupakan masalah yang paling sering muncul pada anak usia prasekolah. Prevalensi masalah psikososial seperti gangguan emosional sebesar 10% dan gangguan tingkah laku pada anak sebesar 19%, studi lain mengatakan bahwa prevalensi masalah psikososial pada anak usia 2-6 tahun sebesar 39,8% (Widiani, 2016).

Deteksi dini Penyimpangan Perkembangan psikososial merupakan pemeriksaan tahapan-tahapan kehidupan seseorang dari lahir sampai mati di bentuk oleh pengaruh – pengaruh sosial yang berinteraksi dengan organisme yang menjadi matang secara fisik dan psikologis. Perkembangan psikososial juga berhubungan dengan perubahan – perubahan perasaan atau emosi dan kepribadian serta perubahan dalam

bagaimana individu berhubungan dengan orang lain. Tujuan dari deteksi dini penyimpangan perkembangan psikososial adalah untuk mengetahui perubahan – perubahan yang terjadi pada anak sesuai dengan umurnya dan mengetahui perkembangan psikologis normal pada anak usia dini. Dampak dari tidak dilakukan deteksi dini perkembangan psikososial ini adalah merupakan faktor resiko masalah penyimpangan psikososial seperti perilaku agresif, depresi dan kesepian, penyalahgunaan obat, serta tindakan kriminalitas di usia dewasa.

Oleh karena itu sangat diharapkan pemahaman dan ketrampilan kader dalam melakukan teknik stimulasi perkembangan balita. Pelatihan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan ketrampilan, pengetahuan, dan sikap kader untuk mendeteksi dini penyimpangan perkembangan psikososial anak. Pelatihan ini menjadikan motivasi bagi kader untuk melakukan pemantauan perkembangan anak di wilayah kerjanya.

2. METODE PENGABDIAN

2.1. Waktu dan Tempat Pengabdian

Kegiatan pengabdian ini dilaksanakan selama 3 hari dengan durasi waktu pelaksanaan 90 menit tiap pertemuan di Balai Desa Petak Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto.

2.2. Metode dan Rancangan Pengabdian

Kegiatan ini dimulai dengan melakukan perijinan untuk melaksanakan kegiatan pelatihan yang ditujukan ke Bupati dan selanjutnya diberikan pengantar ke Kepala Desa Petak. Metode selanjutnya adalah melakukan pertemuan dengan para kader Desa Petak untuk rapat persiapan pelatihan Deteksi Dini Penyimpangan perkembangan psikososial anak untuk mendapatkan kesepakatan terkait waktu pelaksanaan kegiatan ini.

Langkah selanjutnya adalah pelaksanaan sesi kegiatan pelatihan. Sesi pertama dilaksanakan di balai desa Petak berupa penyampaian materi dengan menggunakan metode ceramah, diskusi, demonstrasi oleh fasilitator dan simulasi oleh peserta. Sesi kedua dilanjutkan kegiatan peserta saat kegiatan posyandu. Metode kegiatan yang dilakukan selama sesi kedua adalah diskusi melalui *pre*

post conference, dan *bedside teaching*. Selanjutnya pelaksanaan sesi ketiga yaitu pemaparan hasil kegiatan di sesi kedua atau dilapangan serta evaluasi seluruh pelaksanaan kegiatan pelatihan ini.

2.3. Khalayak Sasaran

Kegiatan pengabdian ini diikuti oleh seluruh kader posyandu yang ada di Desa Petak serta bersedia mengikuti seluruh sesi kegiatan pelatihan ini, yaitu sejumlah 10 peserta.

2.4. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam kegiatan ini adalah pengetahuan dan kemampuan peserta dalam mengikuti pelatihan. Dalam pelaksanaannya peserta diberikan kuesioner kemampuan kognitif yang diberikan sebelum dan sesudah materi pelatihan untuk mengukur pemahaman mereka mengenai materi yang diberikan. Selain itu peserta juga dilakukan observasi terhadap kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah pelatihan melalui kegiatan simulasi yang telah dilakukan masing-masing peserta.

2.5. Teknik Analisis Data

Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan kemampuan peserta sebelum dan sesudah kegiatan pengabdian ini maka data perlu dianalisis dengan uji statistik sehingga besarnya perbedaan hasil dapat dilihat. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Wilcoxon Signed Rank Test*,

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil

Pelaksanaan kegiatan pelatihan dalam rangka pengabdian kepada masyarakat ini membawa hasil yang nyata sesuai dengan tujuan program yang sudah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi yang dilakukan menunjukkan bahwa seluruh kader yang mengikuti pelatihan ini menyatakan bertambahnya pemahaman mereka mengenai perkembangan psikososial pada anak yang normal dan yang menyimpang serta dapat memberikan stimulasi perkembangan psikososial sesuai tahapan usia anak baik infant, toddler maupun pra sekolah.

Tabel 1. Hasil Evaluasi Pengetahuan Dan Kemampuan Kader Dalam Melakukan Deteksi Dini

Kategori	f	%
Pengetahuan		
Ada peningkatan	10	100
Tidak ada peningkatan	0	0
Kemampuan		
Ada peningkatan	10	100
Tidak ada peningkatan	0	0

Berdasarkan tabel 1 di atas menunjukkan bahwa seluruh peserta mengalami peningkatan baik pengetahuan maupun kemampuannya dalam melakukan seteksi dini penyimpangan perkembangan psikososial anak usia dini. Besarnya peningkatan skor yang diperoleh dan hasil uji statistik dapat dilihat pada tabel 2 berikut.

Tabel 2. Hasil Evaluasi Perbedaan Pengetahuan Dan Kemampuan Kader (Pre Test Dan Post Test)

Kategori	n	Median (minimum- maksimum)	p value
Pengetahuan			
Pre	27	7 (5-9)	0,005
Post	35	13 (10-15)	
Kemampuan			
Pre	43	1 (0-1)	0,005
Post	68	6 (3-7)	

Berdasarkan hasil uji statistik dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai $p\text{ value} < \alpha$ yang menunjukkan bahwa ada perbedaan skor pengetahuan sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan ini, dengan rata-rata peningkatan skor sebesar 6 point. Sedangkan kemampuan peserta juga mengalami peningkatan sebesar rata-rata 5 point.

3.2. Pembahasan

Pelatihan deteksi dini penyimpangan perkembangan psikososial anak merupakan kegiatan untuk menemukan secara dini yang dilakukan untuk meningkatkan kinerja dalam memahami perkembangan psikososial anak. Tujuan pelatihan deteksi dini perkembangan psikososial anak merupakan upaya peningkatan sumber daya manusia termasuk sumber daya manusia tenaga kesehatan, kader

posyandu, agar kemampuan dan ketrampilannya meningkat dalam upaya mendeteksi dini perkembangan psikososial anak.

Adanya pengaruh yang signifikan pada hasil uji statistik ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Baik dilihat dari proses selama pelatihan, maupun karakteristik peserta. Bila dilihat dari pelatihan yang telah dilakukan, pengabdian ini dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan dengan durasi waktu pertemuan selama 90 menit tiap pertemuan. Sehingga peserta menjadi tahu dan menyadari bagaimana melakukan deteksi dini yang baik dan tepat sesuai tahap perkembangan usia. Kegiatan pelatihan merupakan salah satu kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan tidak hanya menyebarkan pesan tetapi juga menanamkan keyakinan sehingga perawat tidak saja sadar, tetapi tahu dan mengerti sehingga mau dan dapat melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan (Maulana, 2009). Melalui metode diskusi dalam pengabdian ini peserta dapat saling berbagi pengalaman, pikiran dan perasaan sehingga peserta menyadari bahwa mereka perlu meningkatkan pengetahuan dan kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan.

Faktor lainnya adalah seluruh materi ini diberikan dengan berbagai metode pembelajaran, yaitu metode ceramah, diskusi, demonstrasi, simulasi, *pre post conference* dan *bedside teaching*. Melalui diskusi dan saling berbagi pengalaman, pikiran dan perasaan dapat membuat peserta menyadari bahwa mereka tidak sendirian dalam pengalaman mereka. Menurut Notoatmodjo (2010), metode dalam kegiatan pendidikan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tercapainya suatu hasil kegiatan secara optimal.

Sedangkan bila dilihat dari karakteristik responden, faktor yang dapat mempengaruhi adalah usia. Sebagian besar peserta berusia dewasa tua (36-45 tahun). Usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijakan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, toleran, dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Hasil kegiatan ini sesuai dengan pendapat Rudianti (2011) bahwa

perawat yang berusia > 32 tahun memiliki kinerja yang lebih baik dibandingkan yang berusia < 32 tahun.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah tingkat pendidikan. Sebagian besar tingkat pengetahuan peserta adalah SMA. Notoatmodjo (2010) tingginya pendidikan yang ditempuh maka diharapkan tingkat ketrampilan seseorang bertambah banyak sehingga mudah menerima mengadopsi perilaku baru.

Selain usia dan tingkat pendidikan, faktor lain yang kemungkinan dapat disebabkan karena faktor masa kerja menjadi kader posyandu yang sebagian besar lama, yaitu masa kerja rata-rata diatas 5 tahun. menurut teori Robbin (dalam Farida, 2011) lama kerja juga menentukan kinerja seseorang dalam menjalankan tugas. Semakin lama seseorang bekerja semakin terampil dan semakin cepat menyelesaikan tugas tersebut.

4. SIMPULAN, SARAN, DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil kegiatan pengabdian ini dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan pengetahuan dan kemampuan kader posyandu setelah diberikan pelatihan selama 3 hari. Diharapkan peserta sebagai kader kesehatan dapat terus meningkatkan pengetahuan dan kemampuannya dalam memberikan pelayanan di posyandu melalui berbagai kegiatan pertemuan ilmiah serta melanjutkan kegiatan kunjungan rumah untuk memberikan stimulasi perkembangan psikososial pada anak, baik anak usia infant, toddler maupun anak pra sekolah. Dengan adanya pelatihan deteksi dini penyimpangan perkembangan psikososial anak diharapkan dapat membantu mengurangi masalah kesehatan jiwa pada anak yang dapat berdampak pada perkembangan anak saat dewasa.

REFERENSI

1. Brauner, C.B. & Stephens, B.C. (2006). Estimating the Prevalence of Early Childhood Serious Emotional/Behavioral Disorder: Challenges and Recommendations. *Public Health Reports* 121: 303-310.
2. Farida. (2011). Kepemimpinan Efektif dan Motivasi Kerja dalam Penerapan

Komunikasi Terapeutik Perawat. *Jurnal Ners*. 6(1), 31-41.

3. Maulana, HDJ. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC.
4. Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
5. Rudianti, Yulistiana. (2011). *Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah satu Rumah Sakit Swasta Surabaya*. Tesis Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jakarta. www.lontar.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-20282765.pdf
6. Velderman, M., Crone, M., Wiefferink, C & Reijneveld, S. (2010). Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health*, 20(3):332-338.
7. Widiani, Esti. (2016). Hubungan Antara Kemampuan Ibu dalam Menstimulasi Perkembangan Psikososial Otonomi yang diberikan Kelompok Terapeutik dengan Separation Anxiety pada Toodler. *Jurnal care*. 4(3) : 111-123.

PENINGKATAN FUNGSI KOGNITIF LANSIA MELALUI TERAPI MODALITAS *LIFE REVIEW* MENGGUNAKAN *SNAKES LADDERS GAME*

Christina Yulastuti¹⁾, Sukma Ayu Candra K²⁾, Iis Fatimawati³⁾, Mas'ud Hakim⁴⁾

¹⁾STIKes Hang Tuah Surabaya

email : christinayulastuti@stikeshangtuah-sby.ac.id

²⁾STIKes Hang Tuah Surabaya

email : sukmaayucandrakirana@stikeshangtuah-sby.ac.id

³⁾STIKes Hang Tuah Surabaya

email : iisfatimawati@stikeshangtuah-sby.ac.id

⁴⁾STIKes Hang Tuah Surabaya

email : masudhakim@stikeshangtuah-sby.ac.id

Abstract

Elderly will experience decreased metabolic activity in the brain causing dementia. The purpose of this community service activity was to improve cognitive function of elderly by doing therapy modalities Life Review using Snakes Ladders Game. This therapy is given because it is able to help the elderly remember the past events and cognitive abilities can be improved. Method of activity in the form of community education, conducted in September-October 2017 to 44 elderly in Posyandu Lansia Cendrawasih Puskesmas Balongsari Surabaya. There are four program activities that are implemented, such as education about dementia in elderly community devotion and its prevention, MMSE measurement (Mini Mental State Exam), measurement result of change of cognitive function of elderly and mentoring. Outputs measured by program implementation achievement are the changes of cognitive function in the elderly before and after the implementation of life review therapy and how the elderly ability in doing life review therapy. Assistance and guidance of life review therapy continuously for this therapy to be a scheduled activity in Posyandu elderly.

Keywords : *elderly, modalities therapy, cognitive function*

1. PENDAHULUAN

Lanjut usia atau lansia merupakan individu yang berada dalam tahapan usia *late adulthood* atau yang dimaksud dengan tahapan usia dewasa akhir, dengan kisaran usia dimulai dari 60 tahun keatas (Satrock, 2006 dalam Widyanto Candra, 2014). Seiring dengan proses menua, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan atau yang biasa disebut dengan penyakit degeneratif. Salah satu penyakit degeneratif yang kerap diderita lansia adalah penyakit demensia atau banyak dikenal dengan sebutan pikun. Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktifitas kehidupan sehari-hari (AKS) (Stanley, M. dan Patricia Gauntlett Bearce, 2006).

Terapi modalitas merupakan bentuk terapi non-farmakologis yang dilakukan pada lansia untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap lansia agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat

sekitar dengan harapan lansia dapat tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Tamber dan Noorkasiami, 2009). *Life Review* adalah salah satu dari terapi modalitas yang dapat diberikan pada lansia dengan demensia karena terapi ini dapat membantu seseorang untuk mengaktifkan ingatan jangka panjang dimana akan terjadi mekanisme *recall* tentang kejadian masa lalu hingga sekarang,

Terapi ini masih memiliki kendala dalam pelaksanaannya. Kendala dalam pelaksanaan terapi ini dari beberapa hasil penelitian yang menegaskan bahwasannya efektivitas dari terapi ini dengan sampel perawatan pada komunitas dan *home care*, hasilnya masih belum jelas karena penggunaan terapi *Life Review* ini masih menggunakan format dan SOP yang berbeda-beda serta belum ada SOP yang ditetapkan (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011). Selain itu penggunaan *Life Review Therapy* belum banyak digunakan oleh masyarakat maupun petugas kesehatan untuk

lansia dengan demensia, baik di rumah, di panti wreda maupun di posyandu lansia.

Menurut data dari WHO, terdapat 35,6 juta orang di dunia yang menderita demensia pada tahun 2010. 9 negara dengan angka kejadian demensia terbanyak di dunia pada tahun 2010 adalah Cina (5,4 juta orang), Jerman (1,5 juta orang), Rusia (1,2 juta orang), Perancis (1,1 juta orang), Italia (1,1 juta orang) dan Brasil (1 juta orang) (WHO, 2012). Indonesia juga termasuk Negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia (*aging structured population*) karena mempunyai jumlah penduduk dengan usia 60 tahun keatas sekitar 7,18%. Pulau yang mempunyai jumlah penduduk lansia terbanyak (7%) adalah pulau Jawa dan Bali.

Peningkatan jumlah penduduk lansia ini antara lain disebabkan karena tingkat sosial ekonomi masyarakat yang meningkat, kemajuan di bidang pelayanan kesehatan, dan tingkat pengetahuan masyarakat yang meningkat. Pada tahun 2006 hingga tahun 2020 Indonesia memiliki jumlah lansia yang semakin meningkat. Peningkatan jumlah lansia dari tahun 2006 hingga tahun 2020 sebanyak 9,8 juta jiwa atau sebesar 2,34% (Efendi, Ferry dan Makhfudli, 2009). Prevalensi demensia meningkat dua kali setiap pertambahan usia 5 tahun setelah melewati usia 60 tahun. Terdapat 7,2% populasi lansia yang berusia 60 tahun keatas pada tahun 2010 di Indonesia. Belum ada data yang pasti tentang prevalensi demensia di Indonesia (Kemenkes RI, 2010).

Tim pengabdian masyarakat mendapatkan data melalui studi pendahuluan pada tanggal 20 Agustus 2017 pada pukul 13.00 WIB di posyandu lansia Cendrawasih wilayah Puskesmas Balongsari Surabaya. Di posyandu lansia Cendrawasih wilayah Puskesmas Balongsari Surabaya terdapat 59 lansia. Lansia laki-laki sebanyak 35 orang dan 24 sisanya adalah lansia wanita. Aktifitas sehari-hari para lansia di posyandu lansia wilayah Puskesmas Balongsari Surabaya adalah senam pagi setiap jam 07.00 WIB hingga jam 07.30 WIB pada hari Jum'at. Lansia dengan hipertensi tercatat sebanyak 3 orang laki-laki dan 5 orang wanita. Lansia dengan demensia tercatat 21 orang laki-laki dan 30 sisanya adalah lansia wanita.

Demensia dapat menyebabkan gangguan pada memori yang memberikan dampak pada penerimaan dan pengiriman pesan (Nugroho,

2009). Selain itu, demensia juga menyebabkan penurunan metabolik di otak (Videbeck, Sheila, 2008).

Terapi *Life Review* mampu menurunkan depresi, meningkatkan kepercayaan diri, meningkatkan kemampuan individu untuk beraktivitas sehari-hari dan meningkatkan kepuasan hidup (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011). Terapi *Life Review* yang sudah dimodifikasi dengan *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapinya membantu lansia demensia mengingat kejadian masa lalu sehingga kemampuan kognitif dapat kembali distimulasi dan menjadi lebih baik dari keadaan sebelumnya. Selain itu terapi modifikasi ini mampu membuat lansia bersosialisasi dengan lingkungan karena terapi modifikasi ini sengaja di *setting* agar lansia tidak hanya dapat mengingat kembali masa lalunya, namun diharapkan lansia juga mampu kembali berinteraksi dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Terapi modifikasi ini juga membuat lansia bisa bergerak aktif karena terapi ini menjadikan lansia sebagai subyek utama dalam pelaksanaan terapi modifikasi *Life Review* menggunakan *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapinya.

2. KAJIAN LITERATUR

Demensia memiliki beberapa penyebab diantaranya adalah dari faktor genetik, infeksi dan degeneratif yang ditandai dengan perubahan perilaku, seperti tersinggung, curiga, menarik diri dari aktivitas sosial, tidak peduli, dan berulang kali menanyakan hal yang sama (Nadesul, 2011).

Life review therapy adalah terapi yang dapat membantu seseorang untuk mengaktifkan ingatan jangkapanjang dimana akan terjadi mekanisme *recall* tentang kejadian pada kehidupan masa lalu hingga sekarang (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011). Modifikasi *Snakes Ladders Games* sebagai alat terapi modalitas *Life Review* diharapkan dapat membantu meningkatkan kembali kemampuan kognitif dalam mengingat sesuatu serta meningkatkan interaksi sosial dan sebagai terapi yang juga dapat mempertahankan gerak aktif pada lansia dengan demensia.

Terapi ini dapat diberlakukan dan dilakukan di mana saja dan oleh siapa saja. Menurut Sholihah (2011) *Life Review Therapy* efektif dilakukan tiga kali pertemuan selama 60

menit. Tempat perawatan kesehatan seperti posyandu lansia serta panti wreda dapat dijadikan tempat yang baik untuk pelaksanaan *Life Review Therapy* dengan *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapinya karena tempat tersebut merupakan pelayanan kesehatan yang akan banyak dibutuhkan oleh lansia dengan demensia agar lansia dapat memperoleh kemampuan kognitifnya kembali dan dapat menjadi salah satu terapi modifikasi yang lebih efektif. Bagi keluarga dengan anggota keluarga lansia yang mengalami demensia juga bisa melakukan *Life Review Therapy* karena terapi ini sangat mudah dilakukan dan mudah dipelajari sehingga mempermudah anggota keluarga dalam penggunaan terapi tersebut. Sehingga manfaat dari terapi ini tetap dapat dirasakan oleh lansia maupun dari anggota keluarga.

Gibson, 2004 dalam Mitchell (2006) menyampaikan bahwa Terapi *Life review* merupakan terapi dengan proses yang kompleks tetapi konsisten dengan 4 komponen bagian yang saling berkaitan yaitu : 1) *Remembering*, menyadari adanya suatu kenangan, 2) *Recall*, membagikan kenangan dengan orang lain baik secara verbal atau nonverbal, 3) *Review*, melakukan evaluasi terhadap kenangan, 4) *Reconstruction*, membuat / melakukan sesuatu berupa tanda yang mewakili kenangan tersebut

3. METODE KEGIATAN

Waktu, Lokasi dan Partisipan

Kegiatan pengabdian masyarakat STIKES Hang Tuah Surabaya ini dilakukan di Posyandu Lansia Cendrawasih wilayah Puskesmas Balongsari Surabaya. Kegiatan ini melibatkan 44 lansia sebagai responden. Terapi *Life Review* dengan modifikasi *Snakes Ladders* ini dilakukan 2 minggu sekali dalam waktu 2 bulan berturut turut dimulai pada bulan September dan Oktober 2017. Kelompok yang dibentuk dibedakan berdasarkan tingkatan demensiannya.

Alat dan Bahan

Peralatan dan bahan yang digunakan dalam kegiatan penyuluhan berupa *infokus*, kamera, buku tulis, pena, materi penyuluhan yang disiapkan dalam bentuk *power point* dan

leaflet. Khusus untuk kegiatan pengukuran *tingkatan demensia yang dimiliki lansia, maka dibutuhkan* kuesioner MMSE (*Mini Mental State Exam*). Selanjutnya pada tahap berikutnya dibutuhkan modul dan form evaluasi pelaksanaan terapi *life review*. Kemudian untuk pelaksanaan Terapi *Life Review* menggunakan Papan *Snake Ladders* dengan 30 kotak dengan ukuran 1m x 1m yang berisi beberapa alat kebersihan diri dan amplop yang berisi foto pahlawan

Metode Pelaksanaan Kegiatan

Metode pelaksanaan yang digunakan pada kegiatan pengabdian masyarakat ini terdiri dari : penyuluhan, pengukuran tingkatan demensia sebelum pelaksanaan terapi *life review*, pelaksanaan terapi *life review* kemudian pengukuran tingkatan demensia sesudah pelaksanaan *life review*. Metode yang digunakan menggunakan metode wawancara, survei dan *Focus Group Discussion (FGD)*.

Metode Pengumpulan Data

Kegiatan pengabdian masyarakat ini menggunakan data primer dan sekunder. Pengumpulan data primer melalui dua cara, yaitu wawancara dan observasi dengan data demografi maupun kuesioner MMSE dan SPMSQ. Data primer diperoleh dari data responden sebelum dan sesudah mendapatkan terapi *life review* menggunakan MMSE dan SPMSQ sebelum dan sesudah mendapatkan terapi. Data tersebut berupa data kuantitatif.

Data sekunder yang digunakan adalah data yang berasal dari publikasi, literatur, maupun buku-buku teks yang mendukung kegiatan ini.

Metode Pengolahan dan Analisa Data

Metode yang digunakan untuk menilai perubahan tingkat demensia lansia adalah *pretest – posttest control group design* (Sugiyono, 2013) dengan pengambilan sampel yaitu lansia demensia usia > 60 tahun dan lansia dengan penurunan fungsi kognitif ringan, sedang dan berat. Dari 59 lansia yang terdaftar di Posyandu Lansia Cendrawasih hanya didapatkan 44 responden yang sesuai dengan kriteria sampel. Tes yang dilakukan adalah tes awal (*pre test*) dan tes akhir (*post*



Gambar 2 Pelaksanaan Terapi *Life Review* Pada Lansia Demensia

Kemudian tiap kotak permainan ditambahkan gambar-gambar foto pahlawan, alat bersih diri (sikat gigi, sabun, handuk, sisir) serta pertanyaan seputar jaman kemerdekaan yang akan ditampilkan pada papan *Snakes Ladders*, mengingat tujuan modifikasi ini adalah untuk terapi pada lansia yang demensia agar dapat membantu memperkuat daya ingat dan mengembalikan memori masa lampau. Jumlah kotak dan baris pada papan *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapi *Life Review* ini juga tidak sebanyak 100 kotak, melainkan hanya 30 kotak, dimainkan maksimal 5 orang dengan waktu 60 menit tiap sekali bermain.

Life Review Therapy adalah suatu fenomena yang luas sebagai gambaran pengalaman kejadian, dimana didalamnya seseorang akan melihat secara cepat tentang totalitas riwayat kehidupannya (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011). *Life Review Therapy* adalah suatu terapi yang bertujuan untuk menstimulasi individu supaya memikirkan tentang masa lalu sehingga lansia dapat menyatakan lebih banyak tentang kehidupan mereka kepada staf perawatan atau ahli terapi (Aspiani, 2014). Melalui pengalaman mengingat kembali kehidupan yang lalu, gejala yang sekarang dialami akan berangsur hilang dan perasaan damai serta nyaman mendalam akan muncul.



Gambar 3 Lansia membuka amplop sesuai letak pion

Terapi *Life Review* memiliki beberapa manfaat sehingga digunakan sebagai salah satu terapi yang diberikan pada lansia dengan indikasi terapi tersebut. Manfaat terapi ini adalah menurunkan tingkat depresi bagi lansia. Terapi ini juga bermanfaat untuk meningkatkan kepercayaan diri dari lansia.

Selain itu, juga bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan individu untuk beraktifitas sehari-hari serta bermanfaat dalam meningkatkan kepuasan hidup lansia yang menjalani terapi *Life Review* ini (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011).

Perubahan Kognitif Lansia

Perubahan kognitif lansia dalam pengabdian masyarakat ini dapat dilihat dari hasil sebelum dan sesudah pemberian terapi modalitas *Life Review* menggunakan modifikasi *Snakes Ladders Game*. Pada data awal sebelum diberikan terapi modalitas *Life Review* menggunakan perawatan menggunakan modifikasi *Snakes Ladders Game* didapatkan hasil 12 orang (27.3%) demensia ringan, hasil setelah pemberian terapi meningkat menjadi 21 orang (47.7%), demensia sedang sebelum pemberian terapi modalitas *Life Review* menggunakan modifikasi *Snakes Ladders Game* sebanyak 17 orang (38.6%) dan setelah pemberian terapi menjadi 10 orang (22.7%), demensia berat sebelum pemberian terapi modifikasi *Snakes Ladders Game* didapatkan 15 orang (34.1%) dan sesudah pemberian terapi modifikasi *Snakes Ladders Game* mengalami penurunan menjadi 13 orang (29.5%). Terapi modifikasi *Snakes Ladders Game* ini diberikan selama 2 bulan dengan pelaksanaan 2 minggu sekali. Tiap kali pertemuan berlangsung selama 60 menit dan dilakukan maksimal 5 orang dalam 1 kali bermain. Hasil uji statistik menggunakan Uji *Wilcoxon* dengan nilai $p = 0.001 < \alpha$ ($\alpha = 0.05$).

Upaya keberlanjutan kegiatan Terapi *Life Review* dengan *Snake Ladders* modifikasi akan diarahkan pada kegiatan pendampingan dan pembimbingan secara kontinue dengan memasukkan terapi tersebut kedalam aktifitas mingguan lansia di Posyandu Lansia. Melalui kegiatan ini diharapkan pihak kader dan perawat di wilayah Puskesmas Balongsari mampu mempertahankan aktifitas terjadwal lansia agar tingkat demensia lansia mengalami perbaikan dan fungsi kognitif lansia tetap dilatih dengan baik.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan kegiatan pengabdian masyarakat ini dapat disimpulkan bahwa terjadi perubahan yang signifikan dari fungsi kognitif lansia sebelum dan sesudah pemberian Terapi *Life Review* dengan menggunakan Modifikasi *Snakes Ladders* dengan rincian sebagai berikut

Tingkat demensia sebelum pemberian terapi modifikasi *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapi *Life Review* hampir separuh berada pada tingkat demensia sedang.

Tingkat demensia sesudah pemberian terapi modifikasi *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapi *Life Review* hampir separuh berada pada tingkat demensia ringan.

Modifikasi *Snakes Ladders Game* sebagai alat terapi *Life Review* berpengaruh signifikan terhadap perubahan tingkat demensia pada lansia demensia di Posyandu Lansia Cendrawasih wilayah Puskesmas Balongsari Surabaya.

REFERENSI

- Arumsari, NA. 2014. *Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Tingkat Stres Pada Lansia Di PSWT Unit Budi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta*. Program Sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta: Skripsi Dipublikasikan
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Aspiani, Reny. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Jilid 2*, Jakarta: Trans Info Medika.
- Efendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Fatimah, 2010. *Merawat Lansia Lanjut Usia*, Jakarta: Trans Info Media.
- Husna. 2009. *100+ Permainan Tradisional Indonesia Untuk Kreatifitas, Ketangkasan, dan Keakraban*. Yogyakarta: Andi.
- Ismayani, Ani. 2009. *Fun Math With Children*, Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Keliat, B.A. dan Pawirowiyono, Akemat, 2013. *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*, Jakarta: EGC.
- Maryam, R., et al., 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*, Jakarta: Salemba Medika.
- Nadesul, Hendrawan. 2011. *Menyayangi Otak*, Jakarta: Kompas Media Utama
- Nasir, Abdul. 2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*, Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, Wahyudi. 2009. *Komunikasi Dalam Keperawatan Gerontik*, Jakarta: EGC.
- Paula dan Janet. 2008. *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual*, Jakarta: EGC.
- Petrillo, Valerie. 2007. *A Kid's Guide To Asian American History*, Chicago: Chicago Review Press.
- Potter, Perry. 2007. *Fundamental Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Prastiwi et al. 2009. *Buku Tematik Pengalaman*, Jakarta: Grasindo.
- Ratnaningsih. 2014. *Penggunaan Permainan Ular Tangga Untuk Meningkatkan Motivasi Belajar IPS Kelas III A SDN Nogopuro Sleman*. Program Sarjana Universitas Negeri Yogyakarta: Skripsi Tidak Dipublikasikan.
- Rifai, D. 2015. *Pengaruh Terapi Modalitas Life Review (Telaah Pengalaman Hidup) Terhadap Tingkat Stres Pada Lansia Di Panti Tresna Wredha Ilomata Kota Gorontalo*. Program Sarjana Universitas Negeri Gorontalo: Skripsi Tidak Dipublikasikan
- Robertson, Mary., et al., 2012. *At a Glance Psikiatri Edisi Keempat*, Jakarta: Erlangga.
- Sholihah, Halimatus. 2011. *Pengaruh Life Review Therapy Terhadap Tingkat Harga Diri Pada Lansia Di Tejkusuman Notoprajan Ngampilan Yogyakarta*. Program Sarjana Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisiyah Yogyakarta: Skripsi Tidak Dipublikasikan.
- Sugiwati. 2013. *Metode bermain ular tangga untuk meningkatkan perkembangan kognitif kelompok A di TK. Ria Baruk Utara VIII/35 Rungkut – Surabaya* diunduh pada Rabu, 14 Januari 2016 pukul 09.02 WIB.

22. Susana, S.A dan Hendarsih, Sri. 2011. *Terapi Modalitas Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
23. Setyoadi dan Kushariyadi. 2011. *Terapi Modalitas Keperawatan pada Klien Psikogeratrik*, Jakarta: Salemba Medika.
24. Stanley, M. dan Patricia Gauntlett Bearce. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2*, Jakarta: EGC.
25. Videbeck, Sheila. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
26. Widyanto, F.C. 2014. *Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*, Yogyakarta: Nuha Medika.
27. Widyanto, Candra. 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*, Yogyakarta: Nuha Medika.
28. <http://www.carigold.com/portal/forms/archive/index.php/t371618.tml> diakses Minggu, 10 Januari 2016 pukul 20.05 WIB).
29. <http://eprints.uny.ac.id> diakses Senin, 11 Januari 2016 pukul 07.56 WIB.

UPAYA PENINGKATAN PENGUATAN *CHAIN OF SURVIVAL* KORBAN HENTI JANTUNG DI LUAR RUMAH SAKIT MELALUI PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR KEPADA KADER KESEHATAN

Ika Suhartanti¹, Fitria Wahyu Ariyanti², Anndy Prastya³

STIKes Majapahit Mojokerto

ikanerstanti@gmail.com¹, fitria.hariyadi@gmail.com², anndyprastya@gmail.com³

Abstract

The occurrence of cardiac arrest was an emergency condition of heart disease that often occurs. It happened not only in old age but also in young age. The high incidence of cardiac arrest was the underlying importance of knowledge about early management of cardiac arrest patients with the application of Basic Life Support (BLS). This devotion was done as an effort to create a layman who is able to recognize the condition of cardiac arrest that occurred in the surrounding community and make efforts CPR as early as possible and efforts quickly and precise referrals. This activity was held within 250 minutes per day for 5 days, with target audience in this activity was health cadre in Petak Village, Kecamatan Pacet, Mojokerto regency as many as 57 people. The method used tutorial method, role play and simulation and evaluation in the form of understanding and skill. In the implementation of the basic life support training program (BLS), the level of knowledge of participants about the definition of BLS was good at 74.8%, knowledge of danger theory was good at 72.4%, the level of knowledge about the theory of call for help (call for help) was good at 75.2%, the level of knowledge of the participants about the compression technique (CPR only) was good at 42.3% and the level of knowledge about the theory of "the right time to stop CPR" was either 37.4%. The success of this activity was expected to be a guide for puskesmas in an effort to increase the understanding and skill of health cadres in giving BLS to heart stop victims and the availability of educational media for public about BHD effort.

Keywords: Cardiac arrest, basic life support (BLS), health cadres

1. PENDAHULUAN

Kejadian henti jantung merupakan kondisi kegawatdaruratan dari penyakit jantung yang sering terjadi. Kejadianya tidak hanya pada usia tua tetapi juga usia muda. Penyebab utama kematian di kalangan orang dewasa di negara-negara Eropa dan di Amerika Serikat, adalah henti jantung di luar rumah sakit (*Out of Hospital Cardiac Arrest/OHCA*) dan perkiraan kejadian di Eropa adalah 38 per 100.000 orang per tahun untuk semua irama OHCA dan 17 per 100.000 orang per tahun untuk OHCA karena VT/VF (Proclemer et al. 2012). *of Hospital Cardiac arrest* (OHCA) didefinisikan sebagai terhentinya aktivitas mekanik jantung yang dikonfirmasi oleh tidak adanya tanda-tanda sirkulasi yang terjadi di luar rumah sakit (Proclemer et al. 2012).

Korban dengan henti jantung kemampuan untuk bertahan akan berkurang 7-10% setiap menitnya, sedangkan untuk meminta bantuan dan menunggu sampai dengan tenaga medis datang memerlukan waktu yang tidak sebentar. Oleh karena itu diperlukan pertolongan segera oleh orang yang berada disekitar korban dapat

melakukan pertolongan pertama tersebut secara cepat dan tepat. Sebuah studi menyebutkan bahwa kembalinya sirkulasi spontan dalam jangka waktu kurang dari 20 menit setelah *kolaps* memiliki asosiasi positif terhadap angka *survival* pasien OHCA (Wibrandt et al. 2015). Insiden henti jantung yang cukup tinggi inilah yang mendasari pentingnya pengetahuan tentang penatalaksanaan awal pasien henti jantung dengan penerapan *Basic Life Support* (BLS).

Di Indonesia belum ada sistem ambulan darurat dan rujukan pasien. Sistem ambulan darurat 119 hanya tersedia di beberapa kota besar seperti Jakarta, Surabaya, Palembang, Makassar, Denpasar dan Malang. Banyak sekali tantangan dalam proses pengembangan sistem layanan prehospital diantaranya adalah budaya penerimaan masyarakat, wilayah geografis yang luas, kepadatan lalu-lintas, keterbatasan jumlah ambulan bahkan banyak sekali pasien menggunakan transportasi umum atau kendaraan pribadi untuk sampai ke rumah sakit. Selain itu keterbatasan jumlah tenaga paramedis yang tersedia juga merupakan

tantangan tersendiri dalam upaya pengembangan sistem layanan prehospital (Pitt & Pusponegoro 2005). Kelangsungan hidup korban henti jantung jauh lebih besar ketika menerima *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) segera oleh orang yang menemukan korban pertama kali atau disebut *bystander*. Keterampilan bantuan hidup dasar (BHD) dapat diajarkan kepada siapa saja. Setiap orang dewasa seharusnya memiliki keterampilan BHD. Idealnya di dunia, semua orang akrab dengan teknik dasar pertolongan pertama dan mengambil pelatihan teratur untuk memastikan pengetahuan tetap berjalan. Jika CPR dilakukan segera dan berkualitas tinggi (*high quality CPR*), fungsi jantung dapat kembali dan sirkulasi dapat dipertahankan sampai tiba di RS atau petugas medis mengambil alih (Kleinman et al. 2015).

Pacet merupakan kecamatan pada bagian ujung dari wilayah kabupaten Mojokerto. Jarak tempuh rata-rata wilayah kecamatan Pacet ke rumah sakit yang menyediakan alat defibrilasi dan obat-obatan untuk kondisi korban henti jantung sekitar 40 menit. Kondisi tersebut apabila korban henti jantung dilarikan menuju rumah sakit tanpa bantuan intervensi dari masyarakat awam akan dapat menurunkan kemampuan bertahan. upaya pelatihan tentang tatacara melakukan BHD sendiri belum pernah dilakukan kepada masyarakat awam. Sejauh ini kader hanya dibekali tentang upaya promosi kesehatan non emergensi terutama terkait dengan kesehatan ibu, bayi dan balita. Pelatihan terkait penanganan kondisi gawat darurat bisa dikatakan tidak ada.

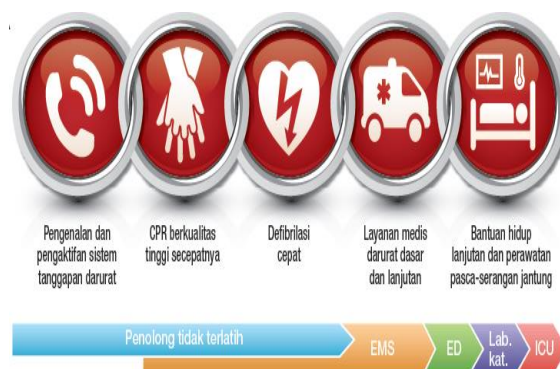
Tujuan yang akan dicapai dalam pelatihan bantuan hidup dasar (BHD) kepada kader kesehatan ini adalah terciptanya tenaga awam yang mampu mengenali kondisi henti jantung yang terjadi di masyarakat sekitar dan melakukan upaya CPR sedini mungkin serta upaya rujukan yang cepat dan tepat. Target dalam kegiatan ini adalah peningkatan pemahaman dan ketrampilan kader kesehatan dalam upaya pemberian BHD kepada korban henti jantung.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

Out of Hospital Cardiac arrest (OHCA) didefinisikan sebagai terhentinya aktivitas

mekanik jantung yang dikonfirmasi oleh tidak adanya tanda-tanda sirkulasi yang terjadi di luar rumah sakit (Proclemer et al. 2012). Henti jantung terjadi ketika jantung tidak berfungsi (*malfunctions*) dan berhenti berdenyut tiba-tiba (*unexpectedly*). Kerja (*action*) pompayangterganggu, menyebabkan jantung tidak dapat memompa darah ke otak, paru-paru dan organ lainnya. Beberapa detik kemudian, seseorang dengan henti jantung menjadi tidak responsif, tidak bernapas atau hanya terengah-engah. Kematian terjadi dalam beberapa menit jika korban tidak menerima intervensi (Berg et al. 2010).

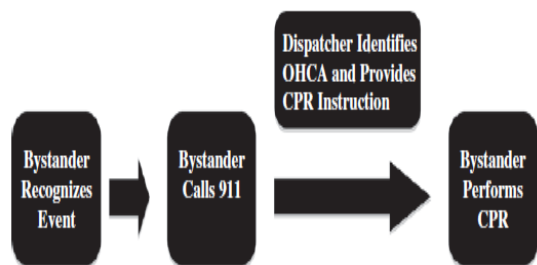
Faktor pertama yang menjadi penentu keberhasilan resusitasi pada pasien henti jantung adalah adanya pengenalan yang cepat dan segera menghubungi ambulans gawat darurat 119 (EMS). Pengenalan terjadinya henti jantung yang cepat dan aktivasi segera EMS ini dapat diajarkan kepada masyarakat melalui program pendidikan kesehatan atau sejenisnya (Suharsono dan Kartikawati, 2009).



Gambar 1. Chain of Survival pasien henti jantung di luar rumah sakit (AHA 2015)

Menurut Sasson et al., (2013) ada empat langkah penting yang dilakukan *bystander* CPR sebagai bagian dari respon tanggap darurat masyarakat (Gambar 1). Pertama, penolong harus menyadari bahwa korban membutuhkan bantuan. *Early recognition* yang dilakukan oleh penolong atau *bystander* adalah menyadari bahwa korban telah mengalami serangan henti jantung, atau secara sederhana mengenali bahwa korban membutuhkan bantuan dari *Emergency Medical Services* (EMS). Kedua, penolong dengan segera harus memanggil 119 (atau nomor akses EMS setempat). ketiga, panggilan

tersebut akan dialihkan ke *dispatcher*, yang harus mengidentifikasi bahwa serangan henti jantung memang telah terjadi pada korban dan akan memproses respon EMS yang sesuai. Operator atau *dispatcher* akan menyediakan instruksi CPR yang memandu penolong untuk melakukan CPR. Untuk selanjutnya, penolong akan memulai dan terus melakukan CPR pada korban OHCA sampai bantuan datang.



Gambar 2. Empat langkah utama pelaksanaan CPR oleh bystander (Sasson et al. 2013)

Kompresi/penekanan pada dada akan menekan jantung yang ada di antara tulang dada (*sternum*) dengan tulang belakang (*vertebrae*) sehingga membantu mengalirkan darah dan mengirimkan oksigen menuju organ - organ vital, terutama otak, jantung, dan ginjal. Metode CPR dapat mengirimkan 1/3 dari jumlah darah normal ke otak, oleh karena itu CPR harus segera dimulai untuk menolong korban henti jantung. Jika CPR dilakukan segera dan berkualitas tinggi (*high quality CPR*), fungsi jantung dapat kembali dan sirkulasi dapat dipertahankan sampai tiba di RS atau petugas medis mengambil alih (Kleinman et al. 2015). Secara garis besar AHA (2015), dalam panduan terbarunya menyebutkan beberapa point dalam pelaksanaan CPR kualitas tinggi, diantaranya adalah:

- Melakukan kompresi dada dengan kecepatan 100 sampai dengan 120 kali per menit.
- Melakukan kompresi dada dengan kedalaman minimum 2 inci (5cm).
- Memberikan kesempatan dada untuk rekoil sempurna setiap kali kompresi.
- Meminimalkan jeda dalam kompresi.
- Memberikan ventilasi yang cukup (2 napas buatan setelah 30 kompresi, setiap napas buatan dilaksanakan dalam waktu 1 detik sampai membuat dada terangkat).

Upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam memberikan bantuan hidup dasarsudah pernah diteliti Nurcahyati dkk (2006). Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui keefektifan penerapan ipteks dalam peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam pemberian bantuan hidup dasar pada keadaan gawat darurat masyarakat nelayan di kabupaten Cilacap. Hasil penelitian tersebut terjadi peningkatan pengetahuan dan keterampilan tentang pemberian bantuan hidup dasar pada keadaan gawat darurat masyarakat nelayan di kelurahan Cilacap.

3. METODE PENGABDIAN

Kegiatan ini dilaksanakan di Desa Petak Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto dalam waktu 250 menit per hari selama 5 hari pada tanggal 10 – 14 Oktober 2017 dengan jumlah peserta kader kesehatan sebanyak 57 orang. Dalam pelaksanaan program pelatihan bantuan hidup dasar ini, tim telah melakukan penyusunan rencana metode yang akan dilakukan selama proses awal sosialisasi dan rencana selama kegiatan berlangsung. Adapun dalam sosialisasi awal, tim terlebih dahulu mengundang perangkat Desa Petak Kecamatan Pacet Kabupaten Mojokerto guna mensosialisasikan kegiatan yang akan dilangsungkan. Dalam sosialisasi awal, tim memiliki tujuan agar didapatkan kesepahaman dengan perangkat desa tentang tujuan dan manfaat dari diadakannya kegiatan pelatihan ini. Setelah itu baru diadakan sosialisasi terhadap kader kesehatan yang akan terlibat langsung sebagai peserta dalam kegiatan pelatihan ini. Kegiatan pelatihan menggunakan Metode Training of Trainer (TOT) dengan cara pemberian materi melalui ceramah, kemudian dilanjutkan dengan praktik langsung oleh para kader kesehatan. Cara ini dianggap efektif karena transfer pengetahuan yang diperoleh selama pelatihan akan lebih tersampaikan dengan baik jika peserta pelatihan itu sendiri yang menyampaikannya dan merasa bahwa kegiatan pelatihan tersebut bermanfaat bagi mereka.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tingkat pengetahuan kader tentang bantuan hidup dasar umumnya baik setelah

dilakukan pelatihan (52,8%). Penelitian lain yang dilakukan Pergola (2009) menunjukkan sebagian kecil masyarakat memiliki pengetahuan yang cukup tentang bantuan hidup dasar. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Rajapakse, Noc, & Kersnik (2010) pengetahuan tentang keterampilan resusitasi pada umumnya rendah. Perbedaan hasil penelitian yang dilakukan peneliti dengan dua penelitian sebelumnya terjadi karena perbedaan kuesioner yang digunakan, pada dua penelitian terdahulu belum didasarkan rekomendasi American Heart Association 2010.

Selama beberapa tahun, CPR berkembang dari teknik yang hanya dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan. Sekarang teknik penyelamatan nyawa ini cukup mudah untuk dipelajari oleh siapapun. Bagaimanapun penelitian menunjukkan beberapa faktor yang membatasi bystander untuk melakukannya, meliputi ketakutan bahwa mereka akan melakukan CPR yang salah, ketakutan tentang kewajiban hukum, dan ketakutan akan infeksi ketika melakukan mouth-to-mouth (American Heart Association, 2010).

Rekomendasi sesuai 2010 AHA Guidelines for CPR & ECC (*Emergency Cardiovascular Care*) berlanjut menjadi lebih mudah bagi penyelamat misalnya urutan A-B-C dirubah menjadi C-A-B, hal ini memungkinkan kompresi dada dapat dilakukan lebih dini, selain itu “*look, listen, and feel*” dihilangkan dari algoritme, dan masyarakat awam tidak diwajibkan memberikan ventilasi bagi korban, sehingga lebih banyak masyarakat dapat beraksi ketika terjadi kegawatdaruratan. Berdasarkan uraian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa rekomendasi American Heart Association 2010 tentang *hands-only CPR for bystander* dirasa lebih mudah dipelajari bagi masyarakat.

Mayoritas kader memiliki pengetahuan baik tentang teknik kompresi yakni sebanyak 24 orang (42,3%). Sejalan dengan hasil penelitian ini, sebanyak 66% siswa mengetahui dengan benar rasio kompresi-ventilasi selama CPR yakni sebanyak 30:2 (Aaberg. Anne Marie Roust et al, 2014). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Hutapea. Elda Lunera (2012) hasil penelitian menggambarkan bahwa 69,6% atau 32 responden memiliki pengetahuan dalam

tingkatan kurang dan tidak ada responden yang mewakili tingkatan pengetahuan baik dalam variabel ini. Perbedaan yang terjadi pada hasil penelitian dikarenakan penelitian yang dilakukan oleh Hutapea. Elda Lunera (2012) belum menggunakan rekomendasi ANA 2010, sedangkan penelitian yang dilakukan peneliti telah menggunakannya. Pedoman AHA (2010) mengatur ulang langkah RJP dari “A-B-C” menjadi “C-A-B”, sehingga memungkinkan setiap penolong memulai kompresi dada sesegera mungkin. Dengan perubahan urutan ke CAB, kompresi dada akan dimulai lebih cepat dan penundaan karena ventilasi menjadi minimal. Kecepatan kompresi dada 100 x/menit dengan kedalaman kompresi dada menjadi 2 inchi (5 cm) (*American Heart Association*, 2010).

Hasil menunjukkan tingkat pengetahuan kader tentang saat yang tepat untuk menghentikan RJP. Didapatkan hasil bahwa memiliki pengetahuan baik sebanyak 37,4%, cukup sebanyak 27,2%, dan kurang sebanyak 35,4%, artinya kader mengetahui saat kapan saja bantuan hidup dasar dapat dihentikan. Menurut American Red Cross (2011) lakukan CPR secara terus menerus, jangan berhenti melakukan CPR kecuali terdapat salah satu dari beberapa situasi diantaranya menemukan tanda-tanda kehidupan misalnya bernapas, terdapat AED yang siap digunakan, ada penyelamat terlatih atau tim EMS telah tiba, penolong kelelahan, dan situasi yang tidak aman untuk dilakukan CPR.

Ada beberapa alasan kuat bagi penolong untuk menghentikan RJP antara lain penolong sudah melakukan bantuan secara optimal mengalami kelelahan atau jika petugas medis sudah tiba di tempat kejadian, penderita yang tidak berespon setelah dilakukan bantuan hidup jantung lanjutan minimal 20 menit serta adanya tanda-tanda kematian pasti.

5. KESIMPULAN

Tingkat pengetahuan masyarakat tentang tahapan-tahapan BHD dijabarkan melalui beberapa bahasan antara lain, masyarakat memiliki pengetahuan yang baik tentang definisi BHD yakni sebesar 74,8%, masyarakat memiliki pengetahuan yang baik tentang teori danger sebesar 72,4%, masyarakat memiliki pengetahuan yang baik tentang teori meminta bantuan (*call for help*) sebesar 75,2%,

pengetahuan masyarakat baik tentang teknik kompresi (*CPR only*) yakni sebesar 42,3%, dan memiliki pengetahuan yang baik tentang teori “saat yang tepat untuk menghentikan RJP” yakni sebesar 37,4%. Keberhasilan kegiatan ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi puskesmas dalam upaya peningkatan pemahaman dan ketrampilan kader kesehatan dalam pemberian BHD kepada korban henti jantung serta tersedianya media edukasi untuk masyarakat umum tentang upaya BHD.

REFERENSI

1. AHA, 2015. *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*, Texas.
2. Berg, R. a et al., 2010. Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), pp.S685–705. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956221> [Accessed February 15, 2016].
3. Hock, M.O.E., Pin, P.P. & Alhoda, M., 2014. Pan-Asian Network Promotes Regional Cardiac Arrest Research. *Emergency Physician International Journal*.
4. Kleinman, M.E. et al., 2015. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality. *Circulation*, 132(18 suppl 2), pp.S414–S435. Available at: <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.0000000000000259> [Accessed October 16, 2015].
5. Lenjani, B. et al., 2014. Cardiac arrest – cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Acute Disease*, 3(1), pp.31–35. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S222161891460007X> [Accessed February 15, 2016].
6. Pitt, E. & Pusponegoro, a, 2005. Prehospital care in Indonesia. *Emergency medicine journal : EMJ*, 22(2), pp.144–7. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1726665&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed March 7, 2016].
7. Proclemer, A. et al., 2012. Current practice in out-of-hospital cardiac arrest management: a European heart rhythm association EP network survey. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 14(8), pp.1195–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22832576> [Accessed February 15, 2016].
8. Sasson, C. et al., 2013. Provision in Communities With Low Bystander Cardiopulmonary Resuscitation Rates. *Circulation*, pp.1–10.
9. Wibrandt, I. et al., 2015. Predictors for outcome among cardiac arrest patients: the importance of initial cardiac arrest rhythm versus time to return of spontaneous circulation, a retrospective cohort study. *BMC emergency medicine*, 15, p.3. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4320834&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [Accessed March 15, 2016].

IMPLEMENTASI SENAM YOGA TERHADAP PENINGKATAN KADAR SPO₂ PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI DERAJAT I DI GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA

Hidayatus Sya'diyah¹⁾, Diyah Arini²⁾, Astrida Budiarti³⁾, Ninik Ambar Sari⁴⁾, Agung Pranoto⁵⁾,
Ratna Wulan⁶⁾, Dedi Irawadi⁷⁾, Diyan Mutyah⁸⁾, Christina Hardiana Putri⁹⁾

¹Prodi d3 KeperawatanStikes Hang Tuah Surabaya

Email : mahisyah_sht@yahoo.com

²Prodi d3 KeperawatanStikes Hang Tuah Surabaya

Email : diyaharini76@yahoo.co.id

Abstract

Background : Hypertension is blood pressure where systolic pressure ≥ 140 mmHg and diastolic pressure ≥ 90 mmHg. The purpose of this study is to analyze the influence of yoga exercises on increasing SpO₂ levels in elderly with first degree hypertension in Griya Werdha Jambangan Surabaya Method : The instrument uses an observation sheet and pulse oximetry. Result : The results showed that there was a significant influence between yoga exercises on the increase of SpO₂ level in elderly with first degree hypertension Conclusion : The implication of this research is yoga gymnastics influence on the increase SpO₂ level in elderly, so hopefully hypertension patients do yoga gymnastics to avoid complication from hypertension.

Keywords : Hypertension, Gymnastics Yoga, Oxygen Saturation.

1. PENDAHULUAN

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan sistolik atau tekanan diastolik atau tekanan keduanya. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Brunner & Suddarth (2005, dalam Saferi, Andra & Yessie, 2013 : 52)). Sampai saat ini, hipertensi merupakan tantangan besar masyarakat di Indonesia. Betapa tidak, hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Banyak pra lansia yang mengalami hipertensi. “Sejak sepuluh tahun terakhir, penyakit hipertensi banyak menyerang masyarakat, terutama mereka yang berusia di atas 40 tahun, bahkan ada yang telah terserang mulai umur 30 tahun” (Dalimarta, Setiawan, et al, 2008 : 7).

Penderita hipertensi yang tidak terkontrol jumlahnya meningkat menjadi sekitar 1 miliar di seluruh dunia dalam tiga dekade terakhir. Menurut *American Heart Association (AHA)*,

penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90 – 95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi yaitu sebesar 25,8%, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, kecenderungan prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara pada usia ≥ 18 tahun di Indonesia, Jawa Timur berada pada urutan ke-6 (Kemenkes RI, 2013). Dalam data 10 penyakit terbanyak di Kota Surabaya bulan Januari – Desember 2015 menunjukkan bahwa penyakit tekanan darah tinggi berada di posisi ke 7 (Dinkes Surabaya, 2015). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 16 Oktober 2017 pukul 08.00 WIB dengan melakukan metode observasi tekanan darah dan wawancara pada lansia yang hadir di Griya Werdha Jambangan Surabaya, hasilnya terdapat 34 orang (29%) lansia yang teridentifikasi hipertensi dengan tekanan darah rata-rata lebih dari 140/90 mmHg dari jumlah populasi 117 orang. Saat dilakukan pengkajian, lansia di Griya Werdha Jambangan Surabaya mengatakan bahwa rutin mengkonsumsi obat hipertensi diantaranya adalah amlodipin dan acetosol. Saat dilakukan wawancara, lansia mengatakan bahwa tidak pernah tahu cara mengatasi penyakit hipertensi dengan

berolahraga seperti senam yoga dan belum pernah dilakukan penelitian tentang pengaruh senam yoga terhadap peningkatan kadar SpO_2 pada lansia dengan hipertensi derajat I di Griya Werdha Jambangan Surabaya.

2. KAJIAN LITERATUR

Hipertensi merupakan penyebab dari penyakit jantung dan stroke di seluruh dunia. Menurut Triyanto (2014 : 12) Tekanan darah yang meningkat di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena *arteriosklerosis*. Jika dibiarkan tidak terkontrol, hipertensi dapat menyebabkan serangan jantung, pembesaran jantung dan gagal jantung. Pembuluh darah dapat mengembangkan tonjolan (*aneurisma*) dan titik-titik lemah yang membuat mereka lebih mungkin untuk menyumbat dan meledak. Tekanan di dalam pembuluh darah dapat menyebabkan darah bocor keluar ke otak dan menyebabkan stroke. Hipertensi juga dapat menyebabkan gagal ginjal. Hipertensi bisa diperparah oleh faktor lain yang meningkatkan kemungkinan serangan jantung, stroke dan gagal ginjal. Faktor-faktor ini termasuk penggunaan tembakau, diet yang tidak sehat, penggunaan alkohol berbahaya, kurangnya aktivitas fisik, dan paparan stres yang terus-menerus serta obesitas, kolesterol tinggi dan diabetes mellitus (WHO).

Cara menghindari stres yang dapat diberikan untuk menciptakan suasana yang menyenangkan bagi penderita hipertensi dengan metode seperti yoga atau meditasi dimana yoga dapat mengontrol sistem saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah (pfizerpeduli.com dalam Saferi, A dan Yessie M, 2013 : 57). Sindhu (2006, dalam Triyanto, 2014 : 29) mengemukakan “senam yoga terbukti dapat meningkatkan kadar *b-endorphin* sampai lima kali di dalam darah. Semakin banyak melakukan senam maka akan semakin tinggi pula kadar *b-endorphin*-nya.

Ketika seseorang melakukan senam maka *b-endorphin* akan keluar dan ditangkap oleh reseptor di dalam *hypothalamus* dan sistem limbik yang berfungsi untuk mengatur emosi. Peningkatan *b-endorphin* terbukti berhubungan erat dengan penurunan rasa nyeri, peningkatan daya ingat, memperbaiki nafsu makan, kemampuan seksual, tekanan darah dan pernafasan”. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti ingin melakukan penelitian mengenai pengaruh senam yoga terhadap peningkatan kadar SpO_2 pada lansia dengan hipertensi derajat I di Griya Werdha Jambangan Surabaya. Penelitian ini penting untuk dilakukan karena banyak lansia yang tidak mengetahui terapi lain selain minum obat anti hipertensi.

3. METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

Metode penelitian yang digunakan adalah eksperimental semu atau *quasi eksperiment* dengan *Pretest-Posttest Control Group Design* dan *Time Series Design* yang dilakukan pada 2 kelompok subjek yaitu kontrol dan eksperimental. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan pendekatan *simple random sampling* dengan sampel sebanyak 30 orang. Pengumpulan data dilakukan pada menggunakan lembar observasi dan mengukur kadar SpO_2 setiap sebelum senam yoga pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, kemudian kelompok eksperimen sebanyak 15 orang diberikan senam yoga sedangkan kelompok kontrol sebanyak 15 orang tidak diberikan senam yoga. Kemudian setelah senam yoga, kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diukur kadar SpO_2 nya. Instrumen pada variabel dependen penelitian ini adalah untuk pengukuran kadar SpO_2 yang dilakukan dengan menggunakan *pulse oximetry* dan lembar observasi.

3.1. Tempat dan Waktu

Kegiatan senam yoga dilaksanakan di Griya Werdha Jambangan Surabaya pada tanggal 18 – 22 Oktober 2017

3.2. Tahapan dan Metode Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan pelaksanaan senam yoga terdiri atas beberapa tahapan, yaitu 1) Sosialisasi dan perijinan, 2) Persiapan alat dan sarana, 3)

Pengukuran SpO₂ sebelum dilaksanakan senam yoga, 4) Melakukan gerakan senam yoga, 5) Pengukuran SpO₂ sesudah dilaksanakan senam yoga, 6) Evaluasi hasil kegiatan

1). Sosialisasi dan Perijinan

Sosialisasi dan perijinan merupakan tahapan awal dari kegiatan. Tujuannya untuk menginformasikan kepada pihak Griya Werdha Jambangan Surabaya, dan kelompok lansia yang menjadi sasaran mengenai rencana kegiatan senam yoga.

2). Persiapan alat dan sarana

Alat dan sarana yang dipersiapkan pada kegiatan ini adalah *pulse oximetry*, lembar obserasi, bolpoin, sarana menggunakan aula.

3). Pengukuran SpO₂ sebelum dilaksanakan senam yoga

Pengukuran saturasi oksigen perifer dengan menggunakan *pulse oximetry* dilakukan untuk mengetahui hasil saturasi oksigen sebelum senam yoga.

4). Melakukan Gerakan Senam yoga

Gerakan senam yoga yang pertama adalah pemanasan, kedua adalah pernafasan oase, ketiga adalah bidalaksana, keempat adalah janu sirsana, kelima adalah *lying twist*, dan yang keenam adalah nadi shodan.

5). Pengukuran SpO₂ setelah dilaksanakan senam yoga

SpO₂ diukur kembali sesaat setelah senam yoga selesai dilakukan. Tujuannya untuk mengetahui apakah ada peningkatan atau penurunan kadar oksigen pada lansia dengan hipertensi derajat I di Griya Werdha Jambangan Surabaya

6). Evaluasi Hasil Kegiatan

Evaluasi yang dilakukan dalam kegiatan ini meliputi tiga hal, yaitu kehadiran dan keaktifan anggota kelompok, perubahan hasil saturasi oksigen pada lansia yang diberikan maupun yang tidak diberikan senam yoga.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Saturasi Oksigen Perifer pada Kelompok Eksperimen

Dari hasil pengukuran saturasi oksigen perifer didapatkan hasil rata-rata kadar saturasi oksigen perifer (SpO₂) dari 15 responden sebelum senam yoga adalah 97,33% (normoksemia) dan nilai rata-rata kadar saturasi oksigen perifer (SpO₂) setelah senam yoga adalah 98,46% (normoksemia). Dari 15

responden yang diberikan senam yoga mengalami peningkatan kadar saturasi oksigen perifer (SpO₂) sebanyak 1,13%.

b. Saturasi Oksigen Perifer pada Kelompok Kontrol

Dari hasil pengukuran saturasi didapatkan hasil rata-rata kadar saturasi oksigen perifer (SpO₂) dari 15 responden yang tidak diberikan senam yoga sebelum senam yoga adalah 96,86% (normoksemia) dan nilai rata-rata kadar saturasi oksigen perifer (SpO₂) setelah senam yoga adalah 95,86% (normoksemia). Dari 15 responden yang tidak diberikan senam yoga mengalami penurunan kadar saturasi oksigen perifer (SpO₂) sebanyak -1%.

4. PEMBAHASAN

Kegiatan ini dirancang untuk menganalisa pengaruh senam yoga terhadap peningkatan kadar SpO₂ pada lansia dengan hipertensi derajat I. Sesuai dengan tujuan penelitian, maka akan dibahas hal-hal sebagai berikut :

4.1. Kadar SpO₂ Lansia Hipertensi Derajat I pada Kelompok Eksperimen yang Diberikan Senam Yoga

Berdasarkan hasil pengukuran SpO₂ menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok eksperimen didapatkan hasil empat dari 15 responden tidak mengalami peningkatan maupun penurunan dari SpO₂. Faktor yang mempengaruhi tidak terdapat peningkatan maupun penurunan kadar SpO₂ adalah lama hipertensi 5 - 10 tahun yang dialami oleh tujuh responden. Penyebab terjadinya penyakit jantung dan pembuluh darah pada lansia karena umumnya organ jantung mengalami penurunan kekuatan otot dan berkurangnya elastisitas jantung serta pembuluh darah. Hal inilah yang menyebabkan tekanan darah tinggi atau hipertensi pada lansia (Gray et al., (2005, dalam Eka, 2015 : 5)). Peneliti berasumsi bahwa lansia yang mengalami hipertensi mengalami penurunan fungsi pembuluh darah, jantung, serta fungsi tubuh yang lainnya. Hipertensi yang sudah lama mengakibatkan pembuluh darah menyempit karena terjadi sumbatan lemak (arteriosklerosis) maka ketika oksigen ditranspor ke pembuluh darah mengalami kesulitan karena terhambat oleh lemak atau plak yang menempel pada dinding pembuluh darah.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok eksperimen didapatkan hasil empat dari 15 responden mengalami peningkatan kadar SpO_2 sebanyak 1%. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar SpO_2 adalah berat badan berlebih dan kebiasaan tidak berolahraga. Berat badan yang berlebih menyebabkan terganggunya fungsi tubuh, salah satunya adalah pembuluh darah. Menurut Suhadak (2010, dalam Kiki, 2013 : 112) mengatakan bahwa faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor) yaitu obesitas, kurang olahraga atau aktivitas, merokok, minum kopi, sensitivitas natrium, kadar kalium rendah, alkoholisme, stres, pekerjaan, pendidikan, dan pola makan. Peneliti berasumsi bahwa berat badan berlebih menyebabkan oksigen yang masuk ke dalam tubuh berkurang karena pembuluh darah yang menyerap oksigen terhambat oleh plak yang menempel di dinding pembuluh darah. Kemudian tubuh berkompensasi untuk tetap memenuhi kebutuhan oksigenasi dengan peningkatan beban kerja jantung. Sehingga terjadi peningkatan kadar SpO_2 sebanyak 1% pada lansia yang benar - benar serius mengikuti senam yoga dengan baik.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok eksperimen didapatkan hasil dua dari 15 responden mengalami peningkatan kadar SpO_2 sebanyak 2%. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar SpO_2 adalah olahraga. Menurut Annisa (2017 : 7) komponen kebugaran fisik salah satunya adalah untuk daya tahan jantung – paru (*cardiorespiratory endurance*) yaitu kemampuan paru-paru untuk proses pertukaran gas serta kemampuan jantung dan pembuluh darah untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh. Peneliti berasumsi bahwa olahraga dilakukan untuk kesehatan tubuh, salah satunya adalah untuk jantung dan paru – paru. Kedua organ ini fungsinya saling berkaitan, paru-paru sebagai tempat bertukar masuknya oksigen dengan karbon dioksida sedangkan jantung sebagai penyalur oksigen untuk disebarkan ke seluruh tubuh lewat darah. Sehingga responden yang banyak melakukan olahraga maka kadar oksigen di dalam tubuh akan meningkat. Pada penelitian ini terjadi

peningkatan kadar SpO_2 pada responden yang rajin berolahraga minimal 1x/minggu.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok eksperimen didapatkan hasil tiga dari 15 responden mengalami peningkatan kadar SpO_2 sebanyak 3%. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar SpO_2 adalah rajin berolahraga, tidak makan asin, tidak obesitas, dan jenis pekerjaannya ringan. Jenis pekerjaan menentukan terjadinya stres pada seseorang. Menurut Yenni (2013 : 25) stres merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi dimana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu). Stres yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Peneliti berasumsi bahwa keadaan psikologi bisa menyebabkan hipertensi karena menegangkan saraf di otak. Pada penelitian ini responden mengalami peningkatan kadar SpO_2 pada lansia dengan hipertensi derajat I sebanyak 3%. Responden tidak mengalami stres karena jenis pekerjaannya ringan. Kemudian responden juga aktif dalam kegiatan di bidang olahraga setiap minggunya, dan pantang makan asin. Saat melakukan senam yoga, responden sangat aktif dan antusias dalam mengikuti senam selama 3 kali dalam satu minggu.

Secara umum hasil penelitian didapatkan bahwa kelompok eksperimen sebelum diberikan senam yoga memiliki rata-rata kadar SpO_2 sebesar 97,33% (normoksemia) dan rata-rata kadar SpO_2 sesudah diberikan senam yoga sebesar 98,46% (normoksemia). Dari data tersebut, maka didapatkan 15 orang responden pada kelompok eksperimen mengalami peningkatan kadar SpO_2 rata-rata sebesar 1,13%.

4.2. Kadar SpO_2 Lansia Hipertensi Derajat I pada Kelompok Kontrol yang Tidak Diberikan Senam Yoga

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil tiga dari 15 responden tidak mengalami peningkatan maupun penurunan dari SpO_2 . Faktor yang mempengaruhi kadar SpO_2 tidak ada perubahan adalah pekerjaan fisik yang berat. Pada kerja fisik berat, pemakaian oksigen dan

pembentukan karbon dioksida dapat meningkat sampai 20 kali lipat (Guyton, 2014 : 546). Peneliti berasumsi bahwa seseorang yang melakukan pekerjaan berat tentunya mengalami kompensasi tubuh untuk bernafas sehingga *respiration rate* meningkat. Pada saat penelitian, pengukuran kadar SpO_2 saat *pre test* dan *post test* hasilnya tidak ada perubahan pada hasil kadar SpO_2 . Karena pada pagi harinya mereka bekerja dengan keras, sehingga mereka merasa kelelahan.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil satu dari 15 responden mengalami peningkatan kadar SpO_2 sebanyak 1%. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar SpO_2 adalah kebiasaan berolahraga. Manfaat olahraga pada lansia antara lain dapat memperpanjang usia, menyehatkan jantung, otot, dan tulang, membuat lansia lebih mandiri, mencegah obesitas, mengurangi kecemasan dan depresi, dan memperoleh kepercayaan diri yang lebih tinggi (Rachmah, 2010 : 4). Peneliti berasumsi bahwa pra lansia yang rajin melakukan olahraga maka dapat memperlancar oksigen untuk masuk ke dalam tubuh, membakar lemak yang ada di tubuh, serta menyegarkan tubuh. Pada saat penelitian, responden sebanyak orang mengatakan bahwa setiap pagi pukul 05.00 WIB selalu rutin lari pagi. Sehingga saat penelitian, hasilnya ada peningkatan padahal tanpa diberikan senam yoga.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil satu dari 15 responden mengalami peningkatan kadar SpO_2 sebanyak 3%. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar SpO_2 adalah olahraga. Aktivitas fisik yang bermanfaat untuk kesehatan lansia sebaiknya memenuhi kriteria FITT (*frequency, intensity, time, type*). Frekuensi adalah seberapa sering aktivitas dilakukan, berapa hari dalam satu minggu. Intensitas adalah seberapa keras suatu aktivitas dilakukan. Biasanya diklasifikasikan menjadi intensitas rendah, sedang, dan tinggi. Waktu mengacu pada durasi, seberapa lama suatu aktivitas dilakukan dalam satu pertemuan, sedangkan jenis aktivitas adalah jenis-jenis aktivitas fisik yang dilakukan (Rachmah, 2010 : 4). Peneliti berasumsi bahwa olahraga penting untuk dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

Sebelum melakukan olahraga hendaknya tahu jenis olahraga apa yang akan dilakukan, sehingga dapat menyesuaikan dengan keadaan tubuh. Meskipun tanpa senam yoga, kadar saturasi oksigen dapat meningkat karena adanya kebiasaan olahraga.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil satu dari 15 responden mengalami penurunan kadar SpO_2 sebanyak 5%. Faktor yang mempengaruhi peningkatan kadar SpO_2 adalah jenis pekerjaan. Menurut Ariani (2000, dalam Kiki, 2013 : 116) stres merupakan suatu pengaruh kekuatan yang cukup besar terhadap suatu objek atau sistem, baik untuk merusak atau merubah bentuknya. Stres berkaitan dengan adanya perubahan yang meliputi perubahan fisiologi, kondisi psikologi, maupun tekanan lingkungan. Peneliti berasumsi bahwa seseorang yang tidak mempunyai beban pikiran berat maka resiko untuk mempunyai tekanan darah tinggi semakin minimal, sehingga oksigen yang dihirup melalui hidung lebih cepat masuk ke dalam darah apabila dalam kondisi rileks tanpa melakukan senam yoga.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil dua dari 15 responden mengalami penurunan kadar SpO_2 sebanyak 2%. Faktor yang mempengaruhi penurunan kadar SpO_2 adalah pendidikan. Secara teoritis pendidikan formal akan sangat mempengaruhi pengetahuan seseorang sehingga apabila seseorang mempunyai pendidikan formal tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding dengan seseorang yang berpendidikan rendah (Feldstein (1999, dalam Rizky, 2017 : 8 - 9)). Peneliti berasumsi bahwa seseorang yang memiliki pendidikan tinggi maka akan semakin mudah menyerap ilmu baru yang diberikan orang lain, serta dapat menyaring atau memilah informasi dengan baik. Responden sebanyak dua orang memiliki pendidikan tingkat SD, sehingga kurang memperhatikan ilmu baru tentang senam yoga yang disampaikan oleh orang lain.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil tiga dari 15 responden mengalami penurunan kadar SpO_2

sebanyak 3%. Faktor yang mempengaruhi penurunan kadar SpO_2 adalah berat badan. Menurut Barnard (2002, dalam Kiki, 2013 : 117) mengatakan bahwa kebanyakan lansia mengonsumsi gula untuk membuat teh atau makan lain. Gula tersebut jika dikonsumsi berlebih dapat meningkatkan berat badan. Kelebihan berat badan memberikan pengaruh buruk pada tekanan darah. Peneliti berasumsi bahwa gula berpengaruh pada sistem peredaran darah. Apabila terlalu banyak gula di dalam tubuh, maka oksigen tidak akan bisa masuk ke pembuluh darah dan berikatan dengan darah secara maksimal karena pada darah terjadi pengentalan (viskositas). Pada saat penelitian, responden mengatakan mengontrol penggunaan gula setiap harinya untuk menjaga berat badan tubuh yang ideal.

Berdasarkan hasil pengukuran SpO_2 menunjukkan bahwa dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan hasil satu dari 15 responden mengalami penurunan kadar SpO_2 sebanyak 4%. Faktor yang mempengaruhi penurunan kadar SpO_2 adalah berat badan. Status gizi menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tekanan darah karena seseorang yang memiliki berat badan berlebih cenderung mempunyai tekanan darah tinggi daripada mereka yang kurus. Hal ini disebabkan karena semakin besar massa tubuh seseorang maka semakin banyak darah yang dibutuhkan untuk menyampaikan oksigen dan zat gizi ke dalam jaringan tubuh sehingga volume darah di pembuluh darah bertambah yang memberikan tekanan yang lebih besar pada dinding pembuluh darah arteri yang mengakibatkan tekanan darah tinggi (Palmer dan William (2007 dalam Nina, 2016 : 3)). Peneliti berasumsi bahwa berat badan yang ideal membantu jantung untuk tidak bekerja lebih berat, sehingga kebutuhan oksigen yang diperlukan tubuh tidak bertambah. Pada saat penelitian, responden mengatakan rajin menjaga tubuhnya terutama berat badan.

Secara umum hasil penelitian didapatkan bahwa kelompok kontrol sebelum diberikan senam yoga memiliki rata-rata kadar SpO_2 sebesar 96,86% (normoksemia) dan rata-rata kadar SpO_2 sesudah diberikan senam yoga sebesar 95,86% (normoksemia). Dari data tersebut, maka didapatkan 15 orang responden pada kelompok kontrol mengalami penurunan kadar SpO_2 rata-rata sebesar 1%.

4.3. Analisis Pengaruh Senam Yoga terhadap Peningkatan Kadar SpO_2 pada Lansia Hipertensi Derajat I

Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Simanjutak dkk, (2016 : 22) dengan judul “Pengaruh Latihan Fisik Akut Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pemain Basket Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unsrat” mengatakan bahwa nilai saturasi oksigen meningkat sesudah diberikan latihan fisik. Hal ini dimungkinkan karena 4 menit setelah latihan fisik dimulai akan terjadi peningkatan ambilan oksigen oleh paru – paru sebesar 15 kali dari normalnya dan menurun sedikit demi sedikit sampai 40 menit setelah latihan fisik. Selain itu akan terjadi peningkatan aliran darah sampai 25 kali lipat selama latihan. Dengan meningkatnya ventilasi dan aliran darah, akan semakin banyak oksigen yang berdifusi ke kapiler paru dan berikatan dengan hemoglobin. Berdasarkan hal tersebut di atas, maka tubuh dapat mempertahankan kadar oksigen dalam darah agar tidak menurun selama latihan fisik, dan nilai saturasi oksigen setelah latihan fisik akan tetap atau mengalami peningkatan. Hasil penelitian yang dilakukan, didapatkan bahwa terdapat peningkatan nilai saturasi oksigen yang signifikan dengan nilai $p = 0,041$ setelah melakukan latihan fisik akut.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Mahardika dkk, (2016 : 77) dengan judul “Pengaruh Minuman Berkadar Oksigen Tinggi Terhadap Saturasi Oksigen Pada Olahraga Lari” mengatakan bahwa aktivitas fisik adalah segala gerakan tubuh yang berasal dari otot rangka yang membutuhkan pengeluaran energi. Pentingnya fungsi hemoglobin pada tubuh manusia dan pentingnya seseorang melakukan aktivitas fisik secara tertatur merupakan dua hal yang saling berhubungan. Hubungan antara aktivitas fisik yang dilakukan seseorang terhadap kadar hemoglobin dalam suatu penelitian bahwa saat seseorang melakukan aktivitas fisik, seperti berolahraga, terjadi peningkatan aktivitas metabolisme yang tinggi, asam yang diproduksi (ion hidrogen, asam laktat) pun semakin banyak sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan pH. pH yang rendah akan mengurangi daya tarik antara oksigen dan hemoglobin. Hal ini menyebabkan hemoglobin melepaskan lebih banyak oksigen sehingga meningkatkan pengiriman oksigen ke otot.

Menurut penelitian Putu (2009, dalam Triyanto, 2014 : 28) senam yoga dengan teratur selama 30 - 45 menit dan dilakukan 3 - 4 kali seminggu terbukti lebih efektif menurunkan tekanan darah (tekanan darah sistolik turun 4 - 8 mmHg). Viklund (2010, dalam Eva, 2013 : 11) Selain itu, senam yoga dapat melancarkan aliran oksigen di dalam tubuh sehingga tubuh pun sehat. Senam yoga merupakan intervensi holistik yang menggabungkan postur tubuh (*asanas*), teknik pernapasan (*pranayamas*) dan meditasi. Olahraga mempunyai multi manfaat antara lain manfaat fisik (meningkatkan komponen kebugaran), manfaat psikis (lebih tahan terhadap stres, lebih mampu berkonsentrasi), dan manfaat sosial (menambah percaya diri dan sarana berinteraksi). Senam ini memberikan manfaat bagi kesehatan tubuh, kekuatan maupun vitalitas. Senam yoga juga bisa menyeimbangkan tubuh dan pikiran. Yoga mengurangi kecemasan, membuat merasa sehat, dan dapat meningkatkan kualitas hidup secara umum (Garnadi, 2012 : 116). Peneliti berasumsi bahwa senam yoga menggunakan teknik pernapasan, meditasi dan postur tubuh sehingga oksigen yang masuk lebih banyak ke dalam tubuh karena senam ini sifatnya tenang. Apabila oksigen banyak yang masuk ke dalam tubuh, maka darah bisa mengambil oksigen untuk terikat dengan hemoglobin kemudian melakukan proses pertukaran darah dengan gas.

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa kelompok eksperimen mengalami peningkatan kadar SpO_2 yang didapatkan dari hasil pengukuran *pre post* menggunakan *pulse oximetry*. Kelompok kontrol mengalami penurunan kadar SpO_2 yang didapatkan dari hasil pengukuran *pre post* menggunakan *pulse oximetry*.

5. KESIMPULAN

Pada kelompok eksperimen lansia yang diberikan senam yoga selama 3 kali dalam 1 minggu mengalami peningkatan kadar saturasi oksigen perifer rata-rata 1,13% dengan saturasi oksigen sebelum senam yoga rata-rata 97,33% dan sesudah senam yoga rata-rata 98,46% (normoksemia).

Pada kelompok kontrol lansia yang tidak diberikan senam yoga selama 3 kali dalam 1

minggu mengalami penurunan kadar saturasi oksigen perifer rata-rata 1% dengan saturasi oksigen sebelum senam yoga rata-rata 96,86% dan sesudah senam yoga rata-rata 95,86% (normoksemia).

Terdapat pengaruh yang signifikan antara kelompok eksperimen yang diberikan senam yoga dan kelompok kontrol yang tidak diberikan senam yoga di Griya Werdha Jambangan Surabaya.

REFERENSI

1. Andarmoyo, Sulisty. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia (Oksigenasi) Konsep, Proses dan Praktik Keperawatan*, Yogyakarta : Graha Ilmu
2. Arum, Nina. (2016). *Hubungan Asupan Lemak, Asupan Natrium Dan Status Gizi Dengan Tekanan Darah Sistolik Pada Wanita Pralansia Di Pos Kesehatan Pralansia Kelurahan Bojongsata Kecamatan Pemalang Kabupaten Pemalang*, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya : Skripsi dipublikasikan
3. Ary, Saputri. (2017). *Faktor-Faktor Yang Mendukung Pemilihan Puskesmas Baki Sukoharjo Sebagai Layanan Kesehatan Bagi Penderita Hipertensi*, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta : Skripsi dipublikasikan
4. Bahkrudinsyah, Rama. (2016). *Makna Hidup dan Arti Kebahagiaan pada Lansia di Panti Werdha Nirwana Puri Samarinda*, *eJournal Psikologi*, Volume 4, Nomor 4. Samarinda : Universitas Mulawarman
5. Dalimartha, S, Basuri T. Purnama, Nora Sutarina, B. Mahendra dan Rahmat Darmawan. (2008). *Care Your Self, Hipertensi*, Jakarta : Penebar Plus
6. Departemen Kesehatan. (2015). *Kategori Umur*. Jakarta : Departemen Kesehatan
7. Dinas Kesehatan. (2015). *10 Penyakit Terbanyak*, <http://dinkes.surabaya.go.id/portal/profil/dkk-dalam-angka/statistik-10-penyakit-terbanyak/> diakses tanggal 8 Desember 2016 jam 19.00 WIB
8. Djojodibroto, Darmanto. (2007). *Respirologi (Respiratory Medicine)*, Jakarta : EGC
9. Eva, Wahyu. (2013). *Perbedaan Tingkat Stres pada Lansia Sebelum dan Setelah*

- Diberikan Senam Yoga di Unit Rehabilitasi Sosial Wening Wardoyo Ungaran, Semarang : STIKES Ngudi Waluyo Ungaran*
10. Fajri, Yenni. (2013). *Hubungan Pengetahuan Dan Kepercayaan Dengan Penggunaan Obat Pada Penderita Hipertensi Di Daerah Laminga Kecamatan Mesjid Raya Kabupaten Aceh Besar, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U' Budiyah Banda Aceh : Karya Tulis Ilmiah* dipublikasikan
 11. Fitriani, Idial. (2015). *Pengaruh Latihan Aerobik Terhadap Nilai Saturasi Oksigen Dalam Tubuh Pada Pemain Futsal Di Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta : Naskah Publikasi*
 12. Ganong, William. (2005). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, Edisi 22, Jakarta : EGC*
 13. Garnadi, Yudi. (2012). *Hidup Nyaman dengan Hipertensi, Jakarta : AgroMedia Pustaka*
 14. Haryati, Mohammad Bakhriansyah, dan Athira Sukmawati. (2013). *Hubungan Antara Saturasi Oksigen dan Kadar Hemoglobin pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis Di RSUD Ulin Banjarmasin, Majalah Kedokteran Respirasi Volume 4 Nomor 1, Maret 2013. Surabaya : Departemen Ilmu Penyakit Paru FK Unair/RSUD Dr.Soetomo*
 15. Hall, John. (2014). *Guyton dan Hall Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, Edisi Keduabelas, Singapura : Elsevier*
 16. Ikawati, Zullies. (2009). *Anatomi dan Fisiologi Saluran Pernafasan, Yogyakarta : UGM*
 17. Ikawati, Zullies. (2016). *Penatalaksanaan Terapi Penyakit Sistem Pernapasan, Edisi 1, Yogyakarta : Bursa Ilmu*
 18. Iqbal, W, Bambang Adi, Khoirul Rozikin, dan Siti Patonah. (2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2, Jakarta : CV. SAGUNG SETO*
 19. Kaminoff, Leslie. (2007). *The Wonder of Yoga. New York : OPUS*
 20. Khair, Masykur. (2016). *Keperawatan Dasar, Teori-Teori Kebutuhan Dasar Manusia, Akper Al Ikhlas*
 21. Kuswardhani, RA Tuty. (2006). *Penatalaksanaan Hipertensi Pada Lanjut Usia, Denpasar : Bagian Penyakit Dalam FK. Unud, RSUP Sanglah Denpasar*
 22. Lalvani, Vimla. (2004). *Dasar-Dasar Yoga. Erlangga*
 23. Laksmi, Rachmah. (2010). *Aktivitas Fisik Pada Lanjut Usia. Universitas Negeri Yogyakarta : Yogyakarta*
 24. Manurung, Nixon. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory, Jakarta Timur : CV. Trans Info Media*
 25. Mellisa, Kiki. (2013). *Hubungan Antara Perilaku Olahraga, Stress, Dan Pola Makan Dengan Tingkat Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lansia Kelurahan Gebang Putih Kecamatan Sukolilo Kota Surabaya. Jurnal Promkes, Volume 1. No 2 Desember 2013.*
 26. M. Black, Joyce dan Jane Hokanson Hawks. (2014). *Buku Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8 Buku ke 3, Singapura : Elsevier*
 27. Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Jakarta : Salemba Medika*
 28. Ovianasari, Anis. (2015). *Pengaruh Latihan Yoga Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi di Dusun Niten Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta, Yogyakarta : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Yogyakarta*
 29. Palmer, Anna dan Bryan Williams. (2007). *Simple Guide Tekanan Darah Tinggi, Jakarta : Erlangga*
 30. Potter, P dan Perry, A. (1999). *Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik, Volume 1, Edisi 4, Jakarta : EGC*
 31. Potter, P dan Perry, A. (2010). *Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku 2, Jakarta : Salemba Medika*
 32. Puskesmas Kenjeran Surabaya. (2016). *Laporan LB1, Surabaya : Laporan tidak dipublikasikan*
 33. Ria, Dewi. (2016). *Mekanisme Pertukaran Gas, Magetan : Galerimageti*
 34. Saferi, A dan Yessie M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa), Bengkulu : Nuha Medika*
 35. Sarwadi dan Erfanto Linangkung. (2014). *Buku Pintar Anatomi Tubuh Manusia, Jakarta Timur : Dunia Cerdas*

36. Shindu, Pujiastuti. (2009). *Hidup Sehat dan Seimbang Dengan Yoga : Daily Practice*, Bandung : Qanita
37. Simanjutak, R, Joice dan Sylvia. (2016). Pengaruh Latihan Fisik Akut terhadap Saturasi Oksigen pada Pemain Basket Mahasiswa Fakultas Kedokteran Unsrat, *Jurnal e-Biomedik (eBm)*, Volume 4, Nomor 1, Januari-Juni
38. Siokal, Brajakson, Patmawati dan Sudarman. (2017). *Falsafah Dan Teori Dalam Keperawatan*, Jakarta Timur : CV. Trans Info Media
39. Sumardjo, Damin. (2006). *Pengantar Kimia : Buku Panduan Kuliah Mahasiswa Kedokteran dan Program Strata I Fakultas Bioeksakta*, Jakarta : EGC
40. Sunaryo.,et al. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*, Yogyakarta : CV. ANDI OFFSET
41. Susilo, Yekti dan Ari Wulandari. (2011). *Cara Jitu Mengatasi Hipertensi*, Yogyakarta : C.V ANDI OFFSET
42. Tarwoto dan Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*, Edisi 5, Jakarta Selatan : Salemba Medika
43. Triana, W, Yasin Wahyu Rianto, Hadi Purwanto. (2008). Pengaruh Senam Lansia Terhadap Tingkat Depresi pada Lansia di Posyandu Lansia Mekarsari Kelurahan Kutorejo Tuban, *Jurnal Keperawatan Vol 1 No. 1*, Surabaya : Politeknik Kesehatan Depkes Surabaya dan PPNI Provinsi Jawa Timur
44. Triyanto, Endang. (2014). *Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*, Yogyakarta : Graha Ilmu
45. Universitas Sumatera Utara. (2016). *Anatomi Saluran Pernafasan*. Sumatera Utara : Universitas Sumatera Utara
46. Wahyu, Angga. (2016). *Pengaruh Pemberian Senam Yoga Untuk Mengurangi Insomnia Pada Lanjut Usia*, Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
47. WHO. (2016). *Hipertensi*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/13-121954/en/> diakses tanggal 26 Desember 2016 jam 09.00 WIB
48. WHO. (2016). *Hipertensi*, <http://www.who.int/features/qa/82/en/> diakses pada tanggal 26 Desember 2016 pukul 10.15 WIB
49. Wulan, Mahardika, Jimmy F. Rumampuk, Fransisca Lintong. (2016). Pengaruh Minuman Berkadar Oksigen Tinggi Terhadap Saturasi Oksigen Pada Olahraga Lari, *Jurnal Kedokteran Klinik (JKK)*, Volume 1 No 1, Desember 2016. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi.

IMPLEMENTASI TERAPI *REMINISCENCE* TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI LANSIA DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA

Dya Sustrami¹⁾, Setiadi²⁾, Puji Hastuti³⁾, Lela Nurlela⁴⁾, MeianaHarfika⁵⁾, Baidhowi⁶⁾, Giska Wulan Kusuma⁷⁾, Nur Muji⁸⁾, DitaApriani⁸⁾

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Prodi d3 KeperawatanStikes Hang Tuah Surabaya

email : ¹dyastaufan@gmail.com, ²setiadiadi15@yahoo.co.id

Abstract

Aging is proses loose of tissue capability to repairmen his self to defend the structure and function normally. As a result of the aging process the elderly who have maladaptive coping will be vulnerable experience problems low self-esteem. One of the interventions that can be done to overcome the issues of low self-esteem is reminiscence therapy. Using method pre-post test with sharing experience they have in the past. The result was obtained increase self esteem level before and after the reminiscence therapy was given in UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Keywords : Self-concept, Reminiscence Therapy, Elderly

1. PENDAHULUAN

Menua merupakan proses alamiah yang terjadi terus menerus dan berkesinambungan yang umumnya terjadi pada semua makhluk hidup yang berumur panjang dimulai dari bayi hingga menjadi tua. Ketika memasuki masa tua, sebagian para lansia dapat menjalaninya dengan bahagia, namun tidak sedikit dari mereka yang mengalami hal sebaliknya. Masa tua dijalani dengan rasa ketidakbahagiaan dan menyebabkan rasa ketidaknyamanan. Dalam menghadapi stress yang terjadi akibat proses penuaan tersebut, dibutuhkan mekanisme koping yang adaptif agar lansia dapat menjalani masa tua dengan bahagia dan sejahtera serta tidak jatuh pada kondisi maladaptif. Hal ini dapat menyebabkan perubahan konsep diri: harga diri rendah pada lansia (Syam'ani, 2013). Konsep diri yang dimiliki lansia akan menentukan bagaimana lansia menerima, merasakan, dan merespon lingkungannya. Konsep diri yang rendah akan mengembangkan perasaan *inadequacy* (ketidakcukupan), perasaan rendah diri dan ragu-ragu, sehingga akan mempengaruhi penyesuaian diri, mempengaruhi aktifitas, dan mendorong rasa pesimistis. Gangguan konsep diri yang terjadi pada lansia seringkali terlewatkan sehingga membuat konsep diri pada lansia tidak terkaji (Mutya et al, 2016)

Menurut data dari *World Population Prospects the 2015 Revision*, terdapat 901 juta orang berusia 60 tahun atau yang terdiri atas 12% dari jumlah populasi global. Populasi orang yang berusia 60 tahun keatas meningkat

rata-rata 3.26% per tahun (*United Nation Population Division*, 2015). Data dari Badan Pusat Statistik (2014) populasi lansia di Indonesia mencapai 20,24 juta jiwa, setara dengan 8,03% dari seluruh penduduk Indonesia. Menurut data dari Badan Pusat Statistik (2012) Jawa Timur merupakan Provinsi yang menempati urutan kedua dengan jumlah lansia terbanyak di Indonesia dengan persentase 10,40% dari total seluruh penduduk.

Jumlah lansia yang berada di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya saat ini sebanyak 117 lansia. Dengan jumlah persentase lansia berjenis kelamin perempuan sebanyak 73 (62,4%), sedangkan lansia berjenis kelamin laki-laki sebanyak 44 (37,6%). Permasalahan yang paling banyak terjadi adalah masalah psikososial yang dirasakan lansia diantaranya adalah lansia mengungkapkan perasaan tidak berdaya karena terjadinya kemunduran fungsi fisiknya, kurang sosialisasi dengan lansia lain, dan lebih senang menyendiri.

Stresor yang terjadi pada lanjut usia antara lain adalah sebagai dampak negatif terjadinya penurunan fungsi tubuh dan perubahan psikososial, seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan/jabatan, kesepian dan kesendirian, perasaan kosong, berkurangnya interaksi sosial dan dukungan sosial. Stresor-stresor tersebut dapat menimbulkan stress pada lansia, yang antara lain ditandai dengan adanya perasaan tidak berguna, merasa disingkirkan dan tidak dibutuhkan lagi (Hawari, 2007). Pada lansia banyak aktivitas yang sebelumnya mampu

dilakukan dengan baik, perlahan menjadi berkurang kemampuannya dalam melakukan aktivitas-aktivitas tersebut, hal ini yang sering kali berpengaruh terhadap konsep diri, khususnya harga diri pada lansia (Syam'ani 2013).

Metode terapi nonfarmakologis yang bisa dilakukan untuk meningkatkan harga diri pada lansia adalah dengan pendekatan perilaku dan kognitif yaitu dengan terapi kenangan (*reminiscence therapy*) (Rahayuni et al, 2015).

2. KAJIAN LITERATUR

Terapi *Reminiscence* atau terapi kenangan merupakan tindakan atau proses mengingat masa lalu yang indah atau menyenangkan. Terapi *Reminiscence* bertujuan untuk meningkatkan harga diri, membantu individu mencapai kesadaran diri memahami diri, beradaptasi terhadap stres, meningkatkan kepuasan hidup dan melihat dirinya dalam konteks sejarah dan budaya. Dalam kegiatan terapi ini, memfasilitasi lansia untuk mengumpulkan kembali memori-memori masa lalu yang menyenangkan sejak masa anak, remaja dan dewasa serta hubungan klien dengan keluarga, kemudian dilakukan *sharing* dengan orang lain (Syarniah, 2010).

3. METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

3.1. Tempat dan waktu

Terapi *reminiscence* dilakukan di aula UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dan dilakukan mulai tanggal 23 Oktober – 27 Oktober 2017. Terapi *reminiscence* terdiri dari 5 sesi, setiap pertemuan dilakukan 1 sesi yang dilakukan selama 30-60 menit dengan jumlah anggota kelompok 10-15 orang.

3.2. Tahapan dan metode pelaksanaan kegiatan

Pada kegiatan terapi *reminiscence* terdiri atas 5 sesi yaitu: 1) berbagi pengalaman masa anak, 2) berbagi pengalaman masa remaja, 3) berbagi pengalaman masa dewasa, 4) berbagi pengalaman keluarga dan di rumah, 5) evaluasi integritas diri. Metode yang digunakan adalah *sharing* pengalaman di masa lalu lansia baik yang bersifat pengalaman menyenangkan, pengalaman

paling berkesan, atau keberhasilan dan kesuksesan yang pernah dicapai.

3.3. Sosialisasi dan Perijinan

Tahap awal yang harus dilakukan adalah sosialisasi dan perijinan kepada pihak UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya, setelah mendapat ijin tahap selanjutnya yaitu mengajak para lansia untuk ikut serta dalam kegiatan terapi *reminiscence*.

3.4. Persiapan alat dan bahan

Alat dan bahan yang dipersiapkan pada kegiatan ini adalah barang-barang yang menstimulus ingatan masa lalu lansia diantaranya yaitu permainan/benda jaman dulu seperti congklak, lampu tempel, papan catur, coek, kaset, bola bekel, permainan ular tangga dan kartu TAK.

3.5. Terapi *reminiscence*

Proses kerja terapi *reminiscence* yang pertama adalah menyeleksi para lansia yang memenuhi kriteria inklusi yaitu lansia yang tidak memiliki keterbatasan fisik, tidak memiliki gangguan pengelihan, lansia yang tidak memiliki penyakit kronis, dan lansia yang mau menjadi responden. Kemudian lansia dikumpulkan di aula UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya, dilakukan kontrak waktu dan topik yang didiskusikan meliputi: 1) pengalaman masa anak, 2) pengalaman remaja, 3) pengalaman masa dewasa, 4) pengalaman keluarga dan di rumah, 5) evaluasi integritas diri. Tiap pertemuan dilakukan 1 sesi secara berurutan, pertama lansia akan disuruh memegang bola saat musik dimainkan bola diputar secara bergantian ke lansia disebelahnya dan apabila musik berhenti lansia yang terakhir memegang bola harus memperkenalkan diri dan diberi kesempatan untuk menyampaikan pengalaman yang dimilikinya sesuai topik pada tiap sesi. Lansia juga diminta untuk memainkan alat/permainan yang telah disediakan untuk menstimulus ingatan di masa lalunya.

3.6. Evaluasi

Tahap evaluasi dilakukan di akhir sesi yaitu sesi ke 5 yang merupakan sesi

evaluasi integritas diri meliputi bagaimana perasaan lansia setelah mengikuti kegiatan terapi *reminiscence* dari sesi 1 sampai 4, harapan setelah dilakukan terapi *reminiscence* dan yang terakhir ditutup dengan terminasi kelompok.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Tingkat Harga Diri Sebelum Dilakukan Terapi *Reminiscence*

Sebelum dilakukan kegiatan terapi *reminiscence* di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dilakukan pre test menggunakan kuesioner RSES yaitu untuk mengukur tingkat harga diri lansia sebelum dilakukan terapi. Hasilnya menunjukkan lansia dengan harga diri normal sebanyak 12 orang (80%) dan sebanyak 3 orang (20%) mengalami harga diri rendah. Permasalahan yang paling banyak terjadi adalah masalah psikososial yang dirasakan lansia diantaranya adalah lansia mengungkapkan perasaan tidak berdaya karena terjadinya kemunduran fungsi fisiknya, kurang sosialisasi dengan lansia lain, dan lebih senang menyendiri.

Selama proses terapi, lansia dimotivasi untuk menceritakan kenangan yang menyenangkan di masa lalunya dengan menggunakan media berupa benda/permainan jaman dahulu. Saat mengingat pengalaman positif di masa lalu, lansia memperoleh pengetahuan umum, keterampilan dan strategi untuk beradaptasi dengan stresor penuaan. Lansia yang berhasil dalam penyesuaian diri terhadap perubahan dan kemunduran yang dialaminya akan memunculkan perasaan dan sikap-sikap yang positif bagi dirinya maupun lingkungannya.

4.2. Tingkat Harga Diri Sesudah Dilakukan Terapi *Reminiscence*

Setelah dilakukan terapi *reminiscence* selama 5 sesi berturut-turut dilakukan post test dengan menggunakan kuesioner RSES. Hasil didapatkan yang semula lansia berada pada kategori harga diri normal sebanyak 12 orang (80%) sesudah dilakukan terapi naik menjadi 14. Sehingga perlu menjadi kegiatan rutin yang dilakukan lansia sehari-hari.

orang (94%) dan yang tetap berada pada kategori harga diri rendah sebanyak 1 orang (6%). Hal tersebut menunjukkan adanya perbedaan tingkat harga diri sesudah dan sebelum dilakukan terapi *reminiscence*. Lansia akan terhindar dari stres karena memiliki perasaan masih tetap berguna, bijaksana, bahagia, mampu memanfaatkan waktu secara efektif dan efisien, melibatkan diri dalam aktivitas sosial, perasaan optimis, mengembangkan hobi, dan menjadi lebih religious. Terapi *reminiscence* diberikan pada lansia melalui proses motivasi dan diskusi tentang pengalaman masa lalu yang dialaminya.

Terapi *reminiscence* yang diberikan pada lansia dalam penelitian ini dibagi menjadi lima sesi dengan topik diskusi yang berbeda-beda pada tiap sesinya. Topik tersebut meliputi berbagai pengalaman pada saat anak-anak, saat remaja, saat dewasa, saat berada di keluarga dan di masyarakat, serta evaluasi integritas diri. Proses terapi yang diberikan secara bertahap dan berkesinambungan dapat meningkatkan ikatan lansia dengan masa lalunya sehingga menghasilkan rasa kontinuitas.

Melalui terapi *reminiscence* lansia dapat menemukan kelebihan dalam dirinya, membangun rasa kepercayaan diri lansia, dan mengembangkan pemikiran positif dari lansia itu sendiri. Hal tersebut dapat meningkatkan harga diri lansia. Pemberian terapi *reminiscence* untuk mengatasi stres pada lansia memang cukup penting mengingat efek negatif stres yang dapat menimbulkan tuntutan yang besar pada seseorang, dan jika orang tersebut tidak dapat beradaptasi maka akan menimbulkan penyakit.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil kegiatan terapi *reminiscence* dapat disimpulkan bahwa terapi *reminiscence* merupakan kegiatan yang menarik bagi lansia, sangat mudah untuk dilakukan dan memiliki manfaat positif terhadap psikologis lansia.

REFERENSI

1. Hawari, D., 2007. *Sejahtera Di Usia Senja : Dimensi Psikoreligi Pada Lanjut Usia (Lansia)* Cetakan 1., Jakarta: Balai Penerbit: FK UI.
2. Mutya, D., Sustrami, D. & Pranatha, L., 2016. Hubungan Glaukoma Dengan Perubahan Konsep Diri Pada Lansia Di Rumah Sakit Mata Masyarakat (RSMM) Jawa Timur. *Jurnal Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*, 11, pp.1040–1047.
3. Rahayuni, N.P.N., Utami, P.A.S. & Swedarma, K.E., 2015. Pengaruh Terapi Reminiscence Terhadap Stres lansia Di Banjar Luwus Baturiti Tabanan Bali. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2355), pp.130–138.
4. Syam'ani, 2013. Studi Fenomenologi Tentang Pengalaman Dalam Menghadapi Perubahan Konsep Diri : Harga Diri Rendah PADA Lansia Di Kecamatan Jekan Raya Kota Palangka Raya. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1(30), pp.60–69.
5. Syarniah, 2010. *Pengaruh terapi kelompok reminiscence terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera provinsi Kalimantan Selatan*. FK UI.

**PEMERIKSAAN KADAR Hb DAN PENILAIAN STATUS GIZI BALITA SEBAGAI
SKRINING AWAL ADB****Atik Pramesti Wilujeng¹⁾, Muhammad Al Amin²⁾, Titis Sriyanti³⁾, Elita Indah⁴⁾**^{1,2,3,4} Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi

email: atikpramesti@stikesbanyuwangi.ac.id

Abstract

Iron deficiency is the most common cause of nutritional anemia. The negative impacts caused by iron deficiency anemia in toddlers are very serious. In Indonesia and other developing countries, the prevalence of iron deficiency anemia in children is still quite high. The highest prevalence is found at the end of infancy and early childhood. One of the basic steps for early detection of iron deficiency anemia in infants is to perform health screening, ie hemoglobin level and nutritional status assessment of children, and education. This activity is done as a form of concern for devotees to support the government in order to prevent iron deficiency anemia of children under five, especially in Banyuwangi. This activity is done by direct inspection method to the participants of activity and education about the result of examination. Examination of hemoglobin level of children by taking blood on the index finger as much as 0.5 cc with one time using the quik check. The activities were carried out at several public health centres and villages in Banyuwangi. The number of participants as many as 132 children. The results of hemoglobin examination, obtained a number of 95 children had normal hemoglobin level, 34 children had mild anemia, 2 children had moderate anemia and 1 children had severe anemia. While on the assessment of nutritional status, found a number of 53 children underweight malnutrition, 53 children have less nutrition and 26 children a good nutrition.

Keywords: anemia, nutritional status**1. PENDAHULUAN**

Masalah gizi merupakan salah satu masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia (Setyoningsih, 2008). Defisiensi nutrisi bukanlah semata-mata hanya karena kuantitasnya saja tetapi menyangkut ketidakserasian dalam mengkomposisi nutrisi secara optimal. Salah satu elemen mikronutrien yang penting ialah besi (Fe) [Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), 2011]. Kekurangan zat besi adalah penyebab yang paling umum terjadinya anemia gizi (TM Kemmer, 2008). Zat besi merupakan unsur yang sangat penting untuk membentuk hemoglobin (Hb) (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Defisiensi endemik zat besi, iodium dan vitamin A, yang sejak lama sudah berada di urutan pertama dalam daftar status defisiensi di seluruh dunia, telah menjadi persoalan utama dan mendapatkan perhatian yang besar (Gibney, 2009). Penelitian di Indonesia mendapatkan prevalensi anemia defisiensi besi pada anak balita sekitar 30% - 40%, pada anak sekolah 25% - 35%, hal ini disebabkan oleh kemiskinan, malnutrisi, defisiensi vitamin A dan asam folat (WHO, 2008). Tidak hanya di negeri yang sedang berkembang saja, tetapi juga di negeri yang

sudah maju, terutama mengenai anak yang sedang tumbuh (Latief., dkk, 2007). Kelompok usia yang paling tinggi mengalami Defisiensi Besi (DB) adalah usia balita (0-5 tahun) sehingga kelompok usia ini menjadi prioritas pencegahan DB (IDAI, 2011).

Defisiensi besi dalam makanan merupakan salah satu penyebab penting terjadinya anemia defisiensi besi. Hal ini dapat terjadi pada anak yang mengkonsumsi makanan yang kurang beragam. Jumlah besi dalam makanan di negara berkembang pada umumnya rendah sekitar 12-19 mg/hari, lebih rendah dari jumlah yang dianjurkan (Bakta M, 1995; K.Melisa L.Dewi, 2012). Kecukupan zat gizi menjadi hal utama yang wajib dipenuhi oleh keluarga (K.Melisa L.Dewi, 2012). Sebelum manifestasi anemia muncul, defisiensi zat besi sudah memberikan dampak terhadap tumbuh kembang anak (Lestari, 2011). Dampak negatif yang diakibatkan oleh anemia defisiensi besi pada anak balita sangat serius (Widiaskara, 2012). Khusus pada anak balita, keadaan anemia gizi secara perlahan-lahan akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan, anak-anak akan lebih mudah terserang penyakit karena

penurunan daya tahan tubuh (Wahyuni, 2004). Bahkan, lambatnya perkembangan kognitif maupun perilaku anak akibat kekurangan zat besi dapat menetap sehingga mengganggu tumbuh kembang dengan akibat dalam jangka waktu yang panjang (Sjarif dkk, 2011). Pada bayi atau anak yang menderita anemia gizi dapat mengakibatkan gangguan motorik dan koordinasi, gangguan perkembangan bahasa dan kemampuan belajar dan pengaruh pada psikologik dan perilaku serta aktifitas fisik menurun (Setyaningsih, 2008).

Jumlah kasus gizi buruk tahun 2013 sebanyak 909 kasus (0.96 %), 4,51% karena BBLR, 15,74 % sering sakit, 8,04 % disebabkan kemiskinan dan hampir 66,66 % kemungkinan disebabkan karena pengetahuan ibu atau keluarga masih kurang (Profil Kesehatan Banyuwangi, 2013). Penelitian di Indonesia mendapatkan prevalensi anemia defisiensi besi pada anak balita sekitar 30% - 40%, , hal ini disebabkan oleh kemiskinan, malnutrisi, defisiensi vitamin A dan asam folat (WHO, 2008). Berdasarkan laporan Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa anemia gizi besi masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan prevalensi pada anak balita sebesar 28,1%, Studi masalah gizi mikro di 10 provinsi tahun 2006 masih dijumpai 26,3% balita yang menderita anemia gizi besi dengan kadar haemoglobin (Hb) kurang dari 11,0 gr/dl (Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, 2013). Dari 38 kabupaten/kota se Jawa Timur, hanya 6 (enam) kabupaten/kota yang mencapai target pelayanan anak balita 83%. Begitu juga dengan angka capaian cakupan Provinsi Jawa Timur (70,34%) yang masih di bawah target yang telah ditentukan (Profil Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2012). Selama ini di Kabupaten Banyuwangi belum pernah dilakukan skrining kejadian anemia pada anak. Pada penelitian yang dilakukan oleh Thakur M.D (2014), menunjukkan presentase anemia yang sangat tinggi pada anak-anak yang kurang gizi. Dikatakan anak-anak dengan malnutrisi akut berat, 70% mengalami anemia dimana 26% mengalami anemia ringan, 40% mengalami anemia sedang dan 3% anemia berat. Secara epidemiologi, prevalensi tertinggi ditemukan pada akhir masa bayi dan awal masa kanak-kanak diantaranya karena terdapat defisiensi besi saat kehamilan dan percepatan tumbuh masa kanak-kanak yang disertai rendahnya

asupan besi dari makanan, atau karena penggunaan susu formula dengan kadar besi kurang (IDAI, 2013).

Sebagai bagian dari warga negara Indonesia, sekaligus sebagai tenaga kesehatan, tim pengusul peduli dan termotivasi untuk membantu pemerintah dalam upaya deteksi dini anemia defisiensi besi balita. Salah satu langkah dasar pengendalian ialah dengan melakukan skrining kesehatan, yakni pemeriksaan kadar hemoglobin dan penilaian status gizi, serta edukasi. Melalui kegiatan ini, tim pengusul berharap dapat menjadi masukan dalam merancang program penanganan anemia, kegiatan ini sebagai rangkaian pelaksanaan peran kerja dari perawat komunitas yang memberikan intervensi prevensi primer, sekunder dan tersier pada masyarakat.

2. KAJIAN LITERATUR

2.1 Konsep Anemia Defisiensi Besi

2.1.1 Definisi

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang timbul karena kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel-sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu (Adriani & Wirjatmadi, 2012)

2.1.2 Etiologi

1). Kebutuhan yang meningkat secara fisiologis

Pada periode pertumbuhan cepat yaitu pada umur 1 tahun pertama dan masa remaja kebutuhan besi akan meningkat, sehingga pada periode ini insiden ADB meningkat. Pada bayi umur 1 tahun, berat badannya meningkat 3 kali dan massa hemoglobin dalam sirkulasi mencapai 2 kali lipat dibanding saat lahir. Bayi prematur dengan pertumbuhan sangat cepat, pada umur 1 tahun berat badannya dapat mencapai 6 kali dan massa hemoglobin dalam sirkulasi mencapai 3 kali dibanding saat lahir.

2). Kurangnya besi yang diserap

Masukan besi dari makanan yang tidak adekuat Seorang bayi pada 1 tahun pertama kehidupannya membutuhkan makanan yang banyak mengandung besi. Bayi cukup bulan akan menyerap lebih kurang 200 mg besi selama 1 tahun pertama (0,5 mg/hari) yang terutama digunakan untuk pertumbuhannya (Manampiring, 2008).

3). Perdarahan

Kehilangan darah akibat perdarahan merupakan penyebab penting terjadinya ADB. Kehilangan darah akan mempengaruhi keseimbangan status besi. Kehilangan darah 1 ml akan mengakibatkan kehilangan besi 0,5 mg, sehingga kehilangan darah 3-4 ml/hari (1,5-2 mg besi) dapat mengakibatkan keseimbangan negatif besi.

4). **Transfusi fetomaternal**

Kebocoran darah yang kronis kedalam sirkulasi ibu akan menyebabkan ADB pada akhir masa fetus dan pada awal masa neonatus,

5). **Peningkatan Kesehatan**

Kebutuhan akan zat besi meningkat selama kehamilan, masa balita, anak usia sekolah dan masa remaja. Pada masa balita, usia sekolah dan remaja, zat besi dibutuhkan untuk proses tumbuh kembang yang cepat sehingga membutuhkan zat besi yang banyak.

2.1.3 **Manifestasi Klinis**

Gejala klinis ABD sering terjadi perlahan dan tidak begitu diperhatikan oleh penderita dan keluarganya. Pada yang ringan diagnosis ditegakkan hanya dari temuan laboratorium saja. Gejala yang umum terjadi adalah pucat. Menurut Supriasa dkk (2002), gejala atau tanda-tanda klinis yang dapat dilihat yaitu lelah, lemah, lesu, bibir tampak pucat, nafsu makan berkurang, kadang pusing dan mudah mengantuk. Pada ADB dengan kadar Hb 6-10 g/dl terjadi mekanisme kompensasi yang efektif sehingga gejala anemia hanya ringan saja.

2.1.4 **Dampak Anemia Defisiensi Besi**

Anemia defisiensi besi dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dari tingkat ringan sampai berat. Komplikasi ringan antara lain kelainan kuku, atrofi papil lidah, stomatitis dan komplikasi yang berat seperti penurunan daya tahan tubuh terhadap penyakit, gangguan pada pertumbuhan sel tubuh dan sel otak, penurunan kognitif, rendahnya kemampuan fisik gangguan motorik dan koordinasi, pengaruh psikologi dan perilaku penurunan prestasi belajar, rendahnya kemampuan intelektualitas yang dapat menyebabkan dampak secara luas yaitu menurunnya kualitas sumber daya manusia (DeMaeyer 1995; Depkes 2001; Almatsier, 2002; Abdulsalam M, 2005). Pada anak-anak > 2 tahun dan remaja yang mengalami defisiensi besi, hasil penelitian menunjukkan penurunan fungsi kognitif atau defisit perilaku (Ames ,

2007). ADB, merupakan hasil penipisan total besi tubuh dan gangguan produksi hemoglobin (Hb), pada anak menyebabkan berkurangnya fungsi kognitif, perubahan perilaku. Pertumbuhan dan perkembangan bayi terlambat, penurunan toleransi latihan, dan fungsi kekebalan tubuh terganggu pada anak. 1-5 ADB sangat penting bagi anak-anak miskin dengan peningkatan risiko untuk keterlambatan perkembangan (Debra L. Bogen, 2014). Berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan pada hewan coba tampak bahwa zat besi memiliki peran bervariasi pada sistem saraf seperti mielinisasi normal, sintesis neurotransmitter dan *neurometabolism*. Penyerapan Zat Besi di otak tertinggi pada periode pasca-natal dimana perkembangan otak berlangsung cepat dan peningkatan ini bertepatan dengan timbulnya mielinisasi (Madhulika Monga A, 2009)

2.1.5 **Pencegahan**

Ada lima pendekatan dasar pencegahan anemia defisiensi besi (Arisman, 2010):

1). **Pemberian tablet suntikan zat besi**

Pada anak sekolah 9-12 tahun) yaitu ½ tablet, 2 kali seminggu selama 3 bulan.

2). **Pendidikan**

Pendidikan gizi pada keluarga dan masyarakat merupakan hal yang penting dalam pencegahan anemia. Perlu dijelaskan pada keluarga atau masyarakat tersebut bahwa kadar besi yang berasal dari ikan, hati dan daging lebih tinggi dibandingkan kadar besi yang berasal dari beras, gandum, kacang kedelai dan bayam.

3). **Modifikasi makanan**

Asupan zat besi dari zat makanan dapat ditingkatkan melalui dua cara. Pertama, pemastian konsumsi makanan yang cukup mengandung kalori sebesar yang seharusnya dikonsumsi. Kedua, meningkatkan makanan yang dapat membantu penyerapan zat besi dan menghindari makanan yang dapat menghambat penyerapan zat besi

4). **Pengawasan penyakit infeksi**

Anak-anak biasanya merupakan kelompok yang rawan terkena penyakit infeksi dan parasit. Parasit seperti cacing tambang (*ancylostoma* dan *necator*) serta schistosoma dapat menyebabkan anemia.

5). **Fortifikasi makanan**

Fortifikasi makanan merupakan inti dari pengawasan anemia diberbagai negara.

Fortifikasi makanan merupakan salah satu cara terampuh dalam pencegahan defisiensi besi karena dapat diterapkan pada populasi yang besar dengan biaya yang relative murah.

2.2 Konsep Balita

Balita atau anak bawah 5 tahun adalah anak usia kurang dari 5 tahun. Sehingga bayi usia dibawah 1 tahun juga termasuk dalam golongan ini (Wiyono, 2006).

2.3 Penilaian Status Gizi Anak

Ada beberapa cara melakukan penilaian status gizi pada kelompok masyarakat. Salah satunya adalah dengan pengukuran tubuh manusia yang dikenal dengan Antropometri. Dalam pemakaian untuk penilaian status gizi, antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain.

2.3.1 Umur

Umur sangat memegang peranan dalam penentuan status gizi, kesalahan penentuan akan menyebabkan interpretasi status gizi yang salah. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Ketentuannya adalah 1 tahun, adalah 12 bulan, 1 bulan adalah 30 hari. Jadi perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan (Depkes, 2004).

2.3.2 Berat Badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan, termasuk cairan tubuh. Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak baik karena penyakit infeksi maupun konsumsi makanan yang menurun. Berat badan ini dinyatakan dalam bentuk indeks BB/U (berat badan menurut umur) atau melakukan penilaian dengan melihat perubahan berat badan pada saat pengukuran dilakukan, yang dalam penggunaannya memberikan gambaran keadaan kini.

3. METODE

Pengabdian ini dilakukan dengan cara memeriksa kadar hemoglobin melalui pemeriksaan kadar hemoglobin dengan melakukan pengambilan darah jari telunjuk sebanyak 0,5 cc dengan sekali pengambilan menggunakan alat *quik check*. dan penilaian status gizi dengan melakukan penimbangan berat badan balita kemudian hasil pengukuran berat badan dibandingkan dengan umur.

Penilaian Status Gizi berdasarkan Indeks BB/U disesuaikan dengan Standar Baku Antropometri WHO-NHCS dilanjutkan dengan konsultasi hasil secara bergilir. Masyarakat yang datang dicatat identitasnya (nama, umur, jenis kelamin) lalu dipersilahkan menuju meja pemeriksaan. Balita bersama ibunya yang telah diperiksa kadar hemoglobin dan status gizinya ditunjukkan hasil pemeriksaan untuk konsultasi bersama pakar secara dua arah. Kegiatan ini diselenggarakan pada bulan Desember 2015.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pengabdian pemeriksaan kadar hemoglobin, penilaian status gizi dan konsultasi hasil telah dilakukan kepada 132 peserta. Peserta yang mengikuti kegiatan ini dapat diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin balita, status gizi balita dan anemia

Tabel 4.1 Jenis Kelamin Balita Di Puskesmas Banyuwangi Tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
L	61	46,2	46,2
P	71	53,8	100,0
Total	132	100,0	

4.1 Identifikasi Status Gizi dan Anemia di masing-masing Puskesmas.

4.1.1 Puskesmas Tembokrejo

Tabel 4.2 Status Gizi Balita di Puskesmas Tembokrejo tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	25	54,3	54,3
Gizi Kurang	16	34,8	89,1
Gizi Baik	5	10,9	100,0
Total	46	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.2 diatas diketahui lebih dari setengahnya Status Gizi balita dengan kategori Gizi Buruk sebanyak 25 responden (54,3 %)

Tabel 4.3 Anemia Balita di Puskesmas Tembokrejo tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Berat	1	2,2	2,2
Sedang	1	2,2	4,3
Ringan	15	32,6	37,0
Normal	29	63,0	100,0
Total	46	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.3 diatas diketahui Sebagian Besar kejadian Anemia balita dengan kategori Normal sebanyak 29 responden (63%).

4.1.2 Puskesmas Sumberberas

Tabel 4.4 Status Gizi Balita di Puskesmas Sumberberas tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	1	12,5	12,5
Gizi Kurang	2	25,0	37,5
Gizi Baik	5	62,5	100,0
Total	8	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.4 diatas diketahui sebagian besar Status Gizi balita dengan Kategori Gizi Baik sebanyak 5 responden (62,5%).

Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan Anemia di Puskesmas Sumberberas tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ringan	3	37,5	12,5
Normal	5	62,5	37,5
Total	8	100,0	100,0

Berdasarkan Tabel 4.5 diatas diketahui Sebagian Besar Anemia dengan kategori Normal sebanyak 5 responden (62,5%).

4.1.3 Puskesmas Singotrunan

Tabel 4.6 Hasil pemeriksaan Gizi di Puskesmas Singotrunan tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	9	32,1	32,1
Gizi Kurang	11	39,3	71,4
Gizi Baik	8	28,6	100,0

Total	28	100,0

Berdasarkan Tabel 4.6 diatas diketahui Mayoritas Status Gizi Responden dengan Kategori Gizi Kurang sebanyak 11 responden (39,3 %).

Tabel 4.7 Hasil pemeriksaan Anemia Balita di Puskesmas Singotrunan tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ringan	4	14,3	14,3
normal	24	85,7	100,0
Total	28	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.7 diatas diketahui Sebagian Besar kejadian Anemia Balita dengan kategori Normal sebanyak 24 responden (85,7 %).

4.1.4 Puskesmas Klatak

Tabel 4.8 Hasil pemeriksaan Gizi di Puskesmas Klatak tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	10	28,6	28,6
Gizi Kurang	17	48,6	77,1
Gizi Baik	8	22,9	100,0
Total	35	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.8 diatas diketahui hampir tengahnya Status Gizi Balita dengan Kategori Gizi Kurang sebanyak 17 responden (48,6%).

Tabel 4.9 Hasil pemeriksaan Anemia Balita di Puskesmas Klatak tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ringan	11	31,4	31,4
normal	24	68,6	100,0
Total	35	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.9 diatas diketahui Sebagian Besar kejadian Anemia pada Balita dengan kategori Normal sebanyak 24 responden (68,6 %).

4.1.5 Puskesmas Bajulmati

Tabel 4.10 Hasil pemeriksaan Gizi di Puskesmas Bajulmati tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	8	53,3	53,3
Gizi Kurang	7	46,7	100,0
Total	15	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.10 diatas diketahui Lebih dari setengahnya Status Gizi Balita dengan Kategori Gizi Buruk sebanyak 8 responden (53,3 %).

Tabel 4.11 Hasil pemeriksaan Anemia Balita di Puskesmas Bajulmati tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
sedang	1	6,7	6,7
ringan	1	6,7	13,3
normal	13	86,7	100,0
Total	15	100,0	

Berdasarkan Tabel 4.11 diatas diketahui Sebagian Besar kejadian Anemia pada Responden dengan kategori Normal sebanyak 13 responden (86,7 %).

4.1.6 Distribusi Status Gizi Balita

Tabel 4.12 Status Gizi Balita di Banyuwangi tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	53	40	40
Gizi Kurang	53	40	40
Gizi Baik	26	20	20
Total	132	100	100

Berdasarkan tabel 4.12 diatas menunjukkan bahwa mayoritas status gizi responden adalah dengan kategori gizi buruk dan gizi kurang yakni masing-masing 53 responden (40,2%).

4.1.6 Distribusi Anemia Pada Balita

Tabel 4.13 Anemia Balita di Banyuwangi tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent

berat	1	0,8	0,8
sedang	2	1,5	2,3
ringan	34	25,8	28,0
normal	95	72,0	100,0
Total	132	100,0	100,0

Sumber : (Amin, 2015)

Berdasarkan tabel 4.13 diatas diketahui Distribusi Kejadian Anemia pada anak di Puskesmas Banyuwangi tahun 2015 sebagian besar dengan kategori normal, yaitu sebanyak 92 Responden (72 %).

4.1.6 Puskesmas Sumberberas

Tabel 4.13 Status Gizi Balita di Puskemas Sumberberas tahun 2015

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Gizi Buruk	1	12,5	12,5
Gizi Kurang	2	25,0	37,5
Gizi Baik	5	62,5	100,0
Total	8	100,0	

Sumber : (Amin, 2015)

Berdasarkan tabel 4.13 diatas diketahui Distribusi Kejadian Anemia pada anak di Puskesmas Banyuwangi tahun 2015 sebagian besar dengan kategori normal, yaitu sebanyak 92 Responden (72 %).

PEMBAHASAN

1. Pemeriksaan Hemoglobin

Pada pemeriksaan hemoglobin anak dapat diketahui status anemia pada anak rata-rata normal, yaitu sebanyak 92 orang. Seluruh sampel anak usia 0-5 tahun yang diambil darahnya menggunakan *quik check* untuk pengukuran kadar hemoglobin.

Menurut Kisworini dan Mulatsih (2005), penyebab terbanyak kejadian anemia pada anak yaitu kurangnya asupan besi dalam makanan, baik pola konsumsi makanan yang tidak tepat, kualitas dan kuantitas makanan yang tidak memadai maupun karena adanya peningkatan kebutuhan zat besi. Tanda dan gejala anemia defisiensi besi biasanya tidak khas dan sering tidak jelas seperti pucat, mudah lelah, berdebar, takikard, sesak napas, anoreksia, kepekaan terhadap infeksi meningkat, kelainan perilaku tertentu, intelegualitas serta kemampuan kerja menurun (Almatsier, 2002). Anemia kekurangan zat besi dapat diatasi dengan cara

memberikan suplementasi zat gizi besi secara oral maupun suntikan dengan dosis 60-180 mg/hari sampai keadaan normal. Pencegahan anemia kekurangan gizi dapat dilakukan dengan mengkonsumsi bahan makanan sumber utama zat besi seperti daging dan sayuran sesuai kecukupan gizi yang dianjurkan (Setyaningsih, 2008).

Mengingat pentingnya zat besi bagi anak yang sedang tumbuh maka tindakan pencegahan primer adalah sangat penting. Pencegahan primer defisiensi zat besi pada bayi dan anak adalah *healthy feeding practice*, yang tidak lain berupa pemberian makanan sehat bagi anak. **Strategi utama untuk pencegahan primer dapat dilakukan melalui peningkatan pengetahuan melalui kegiatan edukasi masyarakat tentang asuhan gizi khususnya makanan bayi dan anak** (Lestari, 2011). Menurut Gibney (2009) prinsip dasar dalam pencegahan anemia karena defisiensi zat besi adalah memastikan konsumsi zat besi secara teratur untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan untuk meningkatkan kandungan serta bioavailabilitas zat besi dalam makanan. *The American Academy of Pediatrics* (AAP) merekomendasikan skrining Anemia Defisiensi Besi (ADB) melalui pemeriksaan hemoglobin (Hb) dan penilaian klinis pada anak usia 1 tahun yang berisiko tinggi mengalami anemia defisiensi besi. *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) merekomendasikan bahwa semua anak usia 2 sampai 5 tahun dinilai setiap tahun untuk mengidentifikasi faktor risiko ADB. Anak-anak yang berisiko tinggi ADB (misalnya, diet rendah zat besi, akses terbatas ke makanan karena kemiskinan atau kelalaian, lebih banyak mengkonsumsi susu sapi) harus diskriminasi antara usia 9 dan 12 bulan, kemudian 6 bulan kemudian, dan setiap tahun dari usia 2 sampai 5 tahun. Rekomendasi ini untuk menyaring balita yang berisiko tinggi ADB (Gabrielle Paoletti, 2014). Kecukupan zat gizi menjadi hal utama yang wajib dipenuhi oleh keluarga (K.Melisa L.Dewi, 2012). Pada mayoritas keluarga, ibu berperan penting dalam pengaturan makan anggota keluarga (Masithah, Soekirman & Martianto, 2005; Mishbahatul, 2012). Perilaku ibu yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan menentukan dalam penilaian bahan makanan bergizi, serta

menyusun menu seimbang sesuai kebutuhan dan selera keluarga sehingga pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah tergantung pada perilaku ibu (Popularita, 2010).

Berdasarkan hal di atas maka perlu upaya dari pemerintah setempat untuk memberi bantuan kepada keluarga yang berpenghasilan rendah terutama keluarga berpenghasilan rendah yang memiliki anak dengan gizi kurang maupun gizi buruk yang terdeteksi mengalami anemia berupa suplementasi zat besi baik berupa sirup Fe maupun makanan yang terfortifikasi zat besi.

Faktor-faktor yang menyebabkan kejadian anemia ini juga bisa diakibatkan karena status gizi anak dimana pada hasil pemeriksaan status gizi anak menunjukkan bahwa beberapa anak yang menderita anemia memiliki status gizi kurang. Anemia defisiensi besi merupakan salah satu masalah kesehatan pada anak Indonesia yang perlu mendapat perhatian khusus karena tidak saja berdampak untuk saat ini tetapi juga masa mendatang. Kekurangan besi pada masa anak terutama pada 5 tahun pertama kehidupan dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup anak. Salah satu elemen mikronutrien yang penting ialah besi (Fe). Setiap kelompok usia anak rentan terhadap defisiensi besi (DB). Kelompok usia yang paling tinggi mengalami DB adalah usia balita (1-5 tahun) sehingga kelompok usia ini menjadi prioritas pencegahan DB. Kekurangan besi dengan atau tanpa anemia, terutama yang berlangsung lama dan terjadi pada usia 0-2 tahun dapat mengganggu tumbuh kembang anak, antara lain menimbulkan defek pada mekanisme pertahanan tubuh dan gangguan pada perkembangan otak yang berdampak negatif terhadap kualitas sumber daya manusia pada masa mendatang.

Kekurangan besi, apalagi bila telah menyebabkan anemia terbukti memberikan pengaruh buruk bagi tumbuh kembang anak dan bayi sampai remaja, khususnya dan segi prestasi dan kualitas hidup serta kinerja sebagai sumber daya manusia di masa mendatang.

Berdasarkan hal tersebut maka tenaga kesehatan perlu secara berkesinambungan memberikan penyuluhan kepada masyarakat mengenai pentingnya peranan besi untuk kehidupan termasuk mengenali tanda dan gejala defisiensi terutama bila telah terjadi anemia.

Pada faktor lain yang kemungkinan berhubungan dengan kejadian anemia anak adalah adanya infeksi cacing yang kemungkinan dialami anak. Sehingga berdasarkan hal ini maka perlu dilakukan upaya dari pemerintah maupun tenaga kesehatan setempat untuk melakukan tindakan promotif, preventif dan kuratif terkait permasalahan anemia pada anak dengan status gizi kurang. Sehingga perlunya rekomendasi dari pemerintah kabupaten Banyuwangi untuk menganjurkan melakukan pemeriksaan hemoglobin (Hb) dan hematokrit (Ht) setidaknya satu kali pada usia 9-12 bulan. Pemeriksaan tersebut dilakukan pada populasi dengan risiko tinggi seperti bayi dengan kondisi prematur, berat lahir rendah, riwayat mendapat perawatan lama di unit neonatologi, dan anak dengan riwayat perdarahan, infeksi kronis, etnik tertentu dengan prevalens anemia yang tinggi, mendapat asi eksklusif tanpa suplementasi, mendapat susu sapi segar pada usia dini, dan faktor risiko sosial lain. Pada bayi prematur atau dengan berat lahir rendah yang tidak mendapat formula yang difortifikasi besi perlu dipertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan Hb sebelum usia 6 bulan.

2. Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 4.12 diatas menunjukkan bahwa status gizi pada balita penderita gizi buruk dan gizi kurang sama besarnya yakni 53 responden, sedangkan yang gizi baik 26 responden.

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2004). Status gizi memiliki pengaruh yang sangat besar dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang. Pembentukan pertumbuhan dan perkembangan pada masa usia dini tergantung pada asupan zat gizi yang diterima. Faktor sosial ekonomi keluarga akan turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (Marimbi, 2010). Rendahnya status gizi jelas berdampak pada kualitas sumber daya manusia. Oleh karena, status gizi memengaruhi kecerdasan, daya tahan tubuh terhadap penyakit, kematian bayi, kematian ibu, dan produktivitas kerja. Menurut Suhardjo (2003 dalam Aeda, 2006) terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi status gizi

diantaranya adalah faktor langsung: konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Serta faktor tidak langsung antara lain tingkat pendapatan, pengetahuan tentang gizi dan pendidikan.

Penanganan gizi buruk menjadi salah satu fokus utama Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. Selama ini langkah yang sudah ditempuh adalah dengan memaksimalkan fungsi Posyandu. Posyandu menjadi instrumen penting dalam penanggulangan gizi buruk. Karena Posyandu menjadi pusat pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Masalah gizi buruk yang terjadi pada anak balita ini bukanlah peristiwa yang terjadi seketika. Umumnya anak gizi buruk sudah bermasalah dari dalam kandungan ibunya. Mereka lahir sebagai anak yang kesekian dari seorang ibu yang mengalami kekurangan gizi. Bayi yang lahir dari ibu yang kekurangan gizi akan mengalami hambatan pertumbuhan sejak dalam kandungan dan berdampak pada berat badan lahir yang rendah. Bayi yang lahir dari ibu yang kurang gizi juga akan memperoleh ASI dengan kuantitas dan kualitas yang rendah. ASI padahal merupakan satu-satunya makanan bayi yang terbaik. Kedua, Rendahnya kesadaran kalangan ibu muda untuk memberikan ASI (air susu ibu) kepada anaknya. Hal itu akibat kurangnya sosialisasi akan pentingnya ASI untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi melalui program yang ada di posyandu atau puskesmas terdekat. Ketiga, Kurang maksimalnya tugas puskesmas dan posyandu dalam mengawal gizi anak. Apalagi, para orang tua biasanya hanya membawa anaknya ke Posyandu hingga usia 1 tahun. Padahal di usia lebih dari 1 tahun anak rawan terkena gizi buruk, karena asupan ASI dari orang tuanya sudah berkurang. Keempat, Biasanya keluarga miskin tidak memiliki kemampuan untuk memberikan asupan gizi yang cukup. Padahal produksi ASI ibunya tidak lagi mencukupi kebutuhan gizi bayi usia lebih 1 tahun.

3. KESIMPULAN

Skrining awal pemeriksaan hemoglobin dan penilaian status gizi diperlukan untuk menentukan faktor risiko seorang anak mengalami anemia gizi. Kegiatan ini diikuti 132 peserta, dengan kasus tertinggi gizi buruk terdapat 53 (40,2%) anak menderita gizi buruk, 53 (40,2%) anak menderita gizi kurang, dan 26

(19,7%) anak menderita gizi baik. Dari hasil pemeriksaan kadar Hb didapatkan 1 (0,8 %) balita menderita anemia berat, anemia sedang 2 (1,5%) orang dan menderita anemia ringan 34 (25,8%) orang anak. Sedangkan yang tidak menderita anemia sebanyak 95 (72%) orang anak .

REFERENSI

1. Abdulsalam M, T. S. 2005. *Anemia Defisiensi Besi: Diagnosis Pengobatan dan Pencegahan Anemia Defisiensi Pada Bayi Dan Anak*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM.
2. Adriani, W. 2012. *Pengantar Gizi Masyarakat* (1nd ed.). Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
3. Almatier, S. 2003. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Umum
4. Ames, J. C. 2007. An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency. *Am J Clin Nutr*, 931-945.
5. Ames, J. C. 2007. An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 931-945.
6. Debra L. Bogen, A. K. 2014. Screening for Iron Deficiency Anemia by Dietary History in a High-Risk. *Pediatrics*, 1254.
7. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA . 2013. *Rencana Kerja Pembinaan Gizi Masyarakat TAHUN 2013*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Kementerian Kesehatan RI.
8. Gabrielle Paoletti, D. L. 2014. Severe Iron-Deficiency Anemia Still an Issue in Toddlers. *Clinical Pediatrics*, 1352-1357.
9. Gibney, M. J. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
10. IDAI. 2011. *Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia Suplementasi Besi Untuk Anak*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
11. IDAI. 2013, September 05). *Anemia Defisiensi Besi pada bayi Dan Anak*. Diambil kembali dari Indonesian Pediatric Society: idai.or.id
12. K.Melisa L.Dewi, N. K. 2012. Status Anemia Gizi Besi dan Konsumsi Zat Besi Pada Anak Sekolah Di Lima Panti Asuhan Di Kota Denpasar. *Indonesian Journal of Public Health*, 35-42.
13. Kemmer. 2008. Iron Deficiency And Anemia Disparity Exist Betwen Children in America Samoa and Children Living Within The US. *European Journal of Clinical Nutrition*. 754-760
14. Kisworini P, Mulatsih S, Triasih S (Ed). 2005. *Anemia Defisiensi Besi: Clinical Practice Guidelling Anemia Defisiensi Besi*. Yogyakarta: Medika-Fakultas Kedokteran UGM. Hlm 81-93
15. Latief. 2000. Konsumsi Pangan Tingkat Rumah tangga Sebelum dan Selama Krisis Ekonomi. Dalam : Seta AK, Atmowidjojo, M. Atmojo SM, Jahari Ab, Irawan PB, Sudaryanto T (Eds), Widya Karya nasional Pangan Dan Gizi VII (hlm 159-179). Jakarta: LPI
16. Lestari, H. D. 2011. Defisiensi Zat Besi. Dalam R. S. dkk, *Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan penyakit Metabolik Jilid I* (hal. 190). Jakarta: IDAI.
17. Manampiring. 2008. *Prevalensi Anemia dan Tingkat Kecukupan Zat Besi Pada Anak sekolah dasar Di desa Minaesa kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara*. Manado: Fakultas kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.
18. Mishbahatul, E. (2012). Perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi Health Promotion Model dan Self Regulation theory, tesis Magister, Universitas Airlangga, Surabaya
19. Madhulika Monga A. (2009). Effect of Iron Deficiency Anemia On Visual Evoked Potential of Growing Children. *Official Journal of The Japanese Society of Chil Neurology*. 213-216.
20. Neha Thakur M.D. , J. C. 2014. Anemia in severe acute malnutrition. *Nutrition*, 440-442.
21. Popularita, L. D. (2010). *Hubungan pengetahuan, sikap, tindakan dan pola asuh ibu dengan status gizi balita usia 1-5 tahun*. Skripsi. Surabaya. Universitas Airlangga (tidak dipublikasikan)
22. Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2013. Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi 2013
23. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Jawa Timur 2012
24. Riskesdas. 2013. *Penyajian Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian Dan

- Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
25. Setyaningsih, S. 2008. *Pengaruh interaksi, pengetahuan dan sikap terhadap praaktek ibu dalam pencegahan anemia gizi besi balita di kota pekalongan tahun*. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro.
26. Wahyuni, A. S. 2004. *Anemia Defisiensi Besi Pada Balita*. Medan: Ilmu Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
27. WHO (World Health Organization). 2008. *Worldwide Prevalence Of Anemia 1993-2005*. Diambil kembali dari <http://www.who.int>.
28. Widiaskara, P. B. 2012. Gambaran Hematologi Anemia Defisiensi Besi Pada Anak. *Sari Pediatri*, 362-366.
29. Wiyono, D. 2006. *Indikator Statistik Vital Kependudukan Dan kesehatan*. Surabaya: CV Duta Prima Airlangga.

**UPAYA PEMBINAAN POSBINDU PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)
DUSUN GLONGGONGAN DESA SUMBER TEBU BANGSAL
KABUPATEN MOJOKERTO**

**Eka Diah Kartiningrum¹⁾, Dwiharini Puspitaningsih²⁾, Yudha Laga Hadi Kusuma³⁾,
Vonny Nurmalya Megawati⁴⁾**

^{1, 2, 3, 4} Prodi D3 Keperawatan Stikes Majapahit
email: ekadihkartiningrum@gmail.com

Abstract

Posbindu PTM is an effort made as an early detection of degenerative diseases that have developed into the first disease of human killers, especially in developing countries. The purpose of this dedication is to foster the implementation of integrated coaching posts on degenerative diseases that have been pioneered in Dusun Glonggongan Sumber Tebu Bangsal Mojokerto Regency. The results of coaching efforts during July-October 2017 is the decrease in the incidence of degenerative diseases, improve the diet and the daily activities of the elderly

Keywords: Posbindu, PT

1. PENDAHULUAN

Posbindu Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan factor resiko PTM utama yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Kasus PTM sebenarnya dapat dicegah dengan mengendalikan factor resiko, yaitu gaya hidup yang meliputi kebiasaan merokok, diet yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan konsumsi makanan alkohol. Salah satu upaya untuk mengendalikan PTM adalah pemberdayaan dan peningkatan peran serta masyarakat melalui kegiatan posbindu PTM.

Dusun Glonggongan terletak diantara Desa Puloniti dan Desa Ngastemi. Dusun Glonggongan merupakan daerah agraris dengan sebagian besar wilayahnya adalah persawahan. Kebiasaan warga Dusun Glonggongan RT 16-27 Desa Sumber tebu adalah setiap hari sabtu diadakannya diba'an ibu-ibu dan remaja. Setiap hari kamis kegiatan istighotsah yang dilakukan ibu-ibu dan lansia. Setiap awal bulan hari senin pertama diadakannya posyandu dibalaidusun. Selain itu setiap bulan juga diadakan posbindu oleh ibu kader dan perawat desa dibalaidesa. Namun pelaksanaan posbindu PTM didesa tersebut masih sangat sederhana dan kekurangan tenaga profesi kesehatan yang dapat memantau secara maksimal kondisi kesehatan pasien PTM secara paripurna.

Tujuan kegiatan pengabdian masyarakat yang diadakan tim dosen D3 Keperawatan Stikes Majapahit adalah untuk meningkatkan kemampuan kader Posbindu PTM dalam mengidentifikasi PTM secara dini, memonitoring perkembangan PTM dan mendidik kader dalam memantau penatalaksanaan PTM secara mandiri.

2. KAJIAN LITERATUR

2.1. Konsep penyakit tidak menular (PTM)

Penyakit tidak menular adalah jenis penyakit yang tidak dapat menular dari penderita atau sumber penyakit keinduk semanglainnya. Penyakit tidak menular seperti: cacat fisik, gangguan mental, kanker, penyakit degeneratif, penyakit keturunan, penyakit gangguan metabolisme, dan kelainan-kelainan organ tubuh lain (Kemenkes RI, 2007). Penyakit keturunan adalah jenis penyakit yang diturunkan dari orang tua ke anak (keturunan) secara kongenital (Kemenkes RI, 2011).

Penyakit tidak menular dapat disebabkan oleh berbagai faktor berikut:

- a. Dari dalam tubuh misalnya kelainan fungsi organ tubuh baik keturunan (kongenital) atau didapat
- b. Dari luar tubuh misalnya :
 - 1) Mekanis seperti tertusuk
 - 2) Tertembak
 - 3) Fisik seperti suhu tinggi, terbakar, aliran listrik

4) Kimiawi seperti logam berat, pewarna makanan

Penyakit tidak menular (PTM) mempunyai beberapa karakteristik tersendiri seperti (Perkeni, 2011):

- Penularan penyakit tidak melalui suatu rantai penularan tertentu
- Masa inkubasi yang panjang
- Bersifat kronik (berlarut-larut)
- Mempunyai variasi yang luas
- Faktor penyebab bermacam-macam (multicausal) atau bahkan tidak jelas (Sudirman, 2003).

Faktor yang dapat disebut sebagai faktor resiko adalah (Kemenkes RI, 2011):

- Merokok
- Alkohol
- Diet/makanan
- Gaya hidup
- Obesitas/kegemukan

3. METODE PELAKSANAAN

Upaya pembinaan Posbindu yang dilakukan oleh tim dosen D3 Keperawatan berupa pelatihan dan penyuluhan pada beberapa kelompok masyarakat, senam sehat dan pendampingan Posbindu PTM.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan dilaksanakan pada mulai tanggal 1 Juli sampai 30 Oktober 2017. Seluruh kegiatan ditujukan pada penduduk Dusun Glonggongan Desa Sumber Tebu Kecamatan Bangsal Kabupaten Mojokerto.

Diagram 1 Pekerjaan penduduk di Dusun Glonggongan Desa Sumbertebu-Bangsal

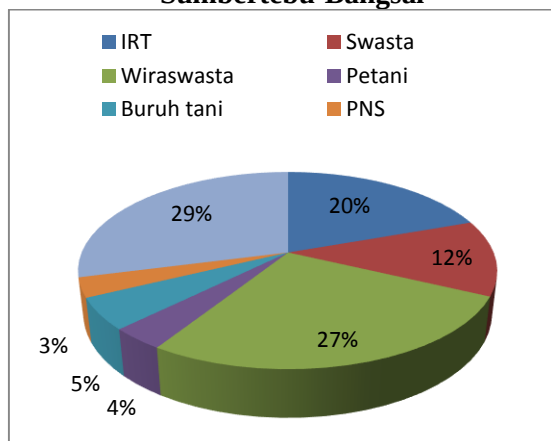


Diagram diatas menjelaskan bahwa di Dusun Glonggongan kebanyakan masyarakatnya tidak bekerja sejumlah 29% (73 orang).

Posbindu PTM dilaksanakan setiap hari kami smulai pukul 09.00 – 11.00 di bidan desa, antusias warga sangat baik kebanyakan yang dating adalah para lansia. Rata-rata peserta posbindu sebanyak 59 orang. Kegiatan ini meliputi tensi darah, pengukuran kadar lemak, lingkarpertut, TB, BB, GDA sehingga data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan kesehatan beberapa warga dapat dijadikan data penunjang atau data pendukung penyakit apa yang sering dikeluhkan oleh masyarakat Dusun Glonggongan. Masyarakat antusias datang pada kegiatan tersebut karena merasa dapat periksa gratis kondisi kesehatannya akibat penyakit degeneratif yang dideritanya. Posbindu PTM dilaksanakan dengan 5 (lima) kegiatan, namun dalam situasi-kondisi tertentu dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kesepakatan bersama (Kemenkes RI, 2007). Kegiatan tersebut berupa pelayanan deteksi dini dan tindak lanjut sederhana terhadap faktor risiko penyakit tidak menular, termasuk rujukan ke Puskesmas. Adapun kegiatan tersebut secara berurutan adalah sebagai berikut:

- Meja 1 :Registrasi**, yaitu kegiatan mencatat data individu pasien sesuai KMS yang ada. Pada pelaksanaan monitoring, kondisi faktor risiko PTM harus diketahui oleh yang diperiksa maupun yang memeriksa. Masing-masing peserta harus mempunyai alat pantau individu berupa Kartu Monitoring faktor Risiko PTM yang disingkat dengan sebutan KMR-PTM, untuk mencatat kondisi faktor risiko PTM (Kementrian Kesehatan RI, 2011). Kartu ini disimpan oleh masing-masing peserta, dan harus selalu dibawa ketika berkunjung ke Posbindu dan ketika melakukan perjalanan. Tujuannya agar setiap individu dapat melakukan mawas diri dan petugas dapat melakukan/memberi saran tindak lanjut yang diperlukan sesuai dengan kondisi yang dialami/ditemukan. Format KMS-PTM mencakup identitas, waktu kunjungan, jenis faktor risiko PTM dan tindak lanjut. Pada KMS-PTM ditambahkan keterangan golongan darah

dan status pasien PTM yang berguna sebagai informasi medis jika pemegang kartu mengalami kondisi darurat di perjalanan.

Hasil dari setiap jenis pengukuran/pemeriksaan faktor risiko PTM pada setiap kunjungan peserta ke Posbindu dicatat pada KMS-PTM oleh masing-masing kader monitor faktor risiko. Bila positif hasilnya ditandai dengan conteng (v) pada kolom yang tersedia. Demikian pula tindak lanjut yang dilakukan oleh kader konselor/edukator

2. **Meja 2:** Wawancara, menggunakan teknik wawancara yang terlatih. Wawancara dilakukan oleh perawat desa dengan didampingi oleh tim dosen D3 Keperawatan Stikes Majapahit. Hal yang menjadi topik wawancara antara lain: Faktor risiko PTM antara lain: riwayat merokok, kebiasaan minum minuman manis, kopi dan beralkohol, kegiatan aktifitas fisik/olah raga, kebiasaan makan sayur dan buah, kebiasaan makan dengan kandungan tinggi karbohidrat, lemak tinggi dan asin, tekanan darah tinggi, sering mengalami stres, riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga berkaitan dengan penyakit tidak menular. Hasil wawancara adalah sebagai berikut: menunjukkan bahwa rata-rata pasien penderita PTM memiliki kebiasaan minum kopi, merokok, dan memiliki pola makan yang kurang baik, seperti tinggi garam untuk penderita hipertensi, tinggi gula untuk diabetes mellitus, dan tinggi protein untuk kasus gout.
3. **Meja 3 :** Pengukuran, yaitu kegiatan yang mengukur TB, BB, IMT, Lingkar Perut.
4. **Meja 4 :** Pemeriksaan, yaitu kegiatan yang memeriksa tekanan darah, gula, kolesterol dan trigliserida darah, pemeriksaan klinis payudara, uji fungsi paru sederhana, IVA, kadar alkohol pernafasan dan tes amfetamin urine.
5. **Meja 5:** Konseling dan edukasi

Tabel 1. Distribusi frekuensi berdasarkan keluhan saat ini di Dusun

Glonggongan Desa Sumbertebu-Bangsar

No.	Keluhan saat ini	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Linu-linu	7	9%
2.	Pusing	23	26%
3.	Batukpilek	3	5%
4.	Lain-lain	8	9%
5.	Tidak ada keluhan	43	51%

Dari tabel 1 Dapat disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan paling banyak yaitu tidak ada keluhan sejumlah 43 (51%).

Tabel 2. Penyakit yang ditemukan saat Posbindu di Dusun Glonggongan Desa Sumber tebu-Bangsar

No.	Penyakit saat ini	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Asamurat	17	21%
2.	Diabetes militus	12	14%
3.	Hipertensi	29	34%
4.	Lain-lain	10	12%
5.	Caries gigi	9	11%
6.	Tidak ada keluhan	14	19%

Dari tabel diatas disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan paling banyak yaitu penyakit Hipertensi 29 (34%).

Tabel 3. Aktifitas Sehari-hari Lansia di Dusun Glonggongan Desa Sumbertebu, Bangsal

No.	Aktifitas Lansia	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Bekerja	8	44
2.	Tidak Bekerja	10	56
	Jumlah	18	100

Dari tabel 3 diatas dapat disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan yang paling banyak adalah lansia yang tidak bekerja dalam yaitu sejumlah 10 orang (56%).

Tabel 4. Distribusi frekuensi berdasarkan Pemenuhan ADL lansia di Dusun

Glonggongan Desa Sumbertebu, Bangsal

No.	Pemenuhan ADL Lansia	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Mandiri	16	89
2.	Dibantu Sebagian	2	11
	Jumlah	18	100

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan yang paling banyak adalah lansia yang mandiri yaitu sejumlah 16 orang (89 %).

Tabel 5. Frekuensi makan lansia yang ada di Dusun Glonggongan Desa Sumbertebu, Bangsal

No.	Frekuensi makan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	1x sehari	0	0
2.	2x sehari	0	0
3.	3x sehari	18	100
	Jumlah	18	100

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan yang paling banyak lansia yang makan 3x sehari yaitu sejumlah 18 orang (100 %).

Tabel 6. Jumlah makan lansia yang ada di Dusun Glonggongan Desa Sumbertebu, Bangsal

No.	Jumlah makan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Habis	8	44
2.	Tidakhabis	10	56
	Jumlah	18	100

Dari tabel 6 diatas dapat disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan yang paling banyak lansia yang tidak habis makannya dalam sehari yaitu sejumlah 10 orang (56 %).

Tabel 7. Jenis makanan yang dikonsumsi lansia di Dusun Glonggongan Desa Sumbertebu, Bangsal

No.	Jenis makanan yang dikonsumsi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Normal	4	22
2.	Tinggi (purin, lemak, gula, garam)	14	78

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan yang paling banyak terdapat lansia yang mengkonsumsi makanan tinggi (purin, lemak, gula, garam) yaitu sejumlah 14 orang (78 %). Masih tingginya konsumsi makanan tinggi purin, lemak dan gula menyebabkan resiko tinggi terjadinya kondisi yang tidak stabil bagi penderita penyakit degeneratif (Harjana, 2011). Kelompok lansia merupakan kelompok masyarakat yang paling banyak terdampak masalah degeneratif. Lansia adalah kelompok penduduk yang sudah berumur lebih dari 70 tahun yang merupakan kelompok dengan tingkat ketergantungan yang tinggi. Kualitas hidup lansia ditentukan oleh riwayat penyakit yang diderita, kondisi psikologis (depresi), dukungan keluarga dan aktivitas fisik lansia sehari-hari (Kartiningrum, 2017).

Tabel 8. Penyakit yang dideritalansia pada akhir posbindu PTM di Dusun Glonggongan Desa Sumbertebu, Bangsal

No.	Penyakit yang diderita	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Hipertensi	8	45%
2.	DM	4	22%
3.	Linu-linu	6	33%
	Jumlah	18	100%

Tabel diatas menyimpulkan bahwa di Dusun Glonggongan yang paling banyak terdapat lansia yang menderita penyakit hipertensi yaitu sejumlah 8 orang (45 %). Bentuk pemberdayaan masyarakat adalah melalui kegiatan posbindu PTM. Selanjutnya untuk terlaksananya kegiatan Posbindu PTM tersebut diperlukan pelatihan kader dengan memberikan muatan pengendalian factor risiko PTM (Rahajeng, 2007). Pelatihan bagi

kader kesehatan sebagai bagian dari kelompok masyarakat peduli PTM diharapkan mampu melaksanakan deteksi dini faktor risiko PTM dan tindak lanjutnya secara mandiri. Kader kesehatan diharapkan mampu berperan aktif dalam masyarakat dan bertindak sebagai motor penggerak (*agent of change*) dalam pengendalian PTM (Kementrian Dalam Negeri RI, 2007). Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat dalam identifikasi faktor risiko PTM merupakan daya ungkit bagi pengendalian PTM sehingga menjadikan program pengendalian PTM merupakan program yang mandiri dan berkesinambungan. Untuk melaksanakan kegiatan tersebut diperlukan buku panduan untuk pelatihan kader kesehatan dalam pengendalian faktor risiko (FR) PTM. Sehingga keberlanjutan program diteruskan dengan pelatihan posbindu secara terstruktur pada kader kesehatan.

5. KESIMPULAN

Kegiatan Posbindu PTM merupakan kegiatan yang terintegrasi sehingga memerlukan peran serta semua pihak. Pelaksanaan pendampingan selama 3 bulan mampu menurunkan jumlah penderita yang rutin datang ke Posbindu.

REFERENSI

1. Harjana, Arief. 2011. 812 Resep untuk Mengobati 236 penyakit. Jakarta. RSCM Pusat Diabetes dan Lipid Jakarta. 2010. Daftar Bahan Makanan Penukar. Jakarta.
2. Kartiningrum, Eka Diah. 2017. Kualitas Hidup Lansia Di Dusun Glonggongan Desa Sumber Tebu Kecamatan Bangsal Mojokerto. Jurnal Hospital Majapahit Vol 9 No 2 Hal 42-47.
3. Kementerian Dalam negeri RI. 2007. Pedoman Penataan Kelembagaan Masyarakat. Jakarta.
4. Kementerian Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan. 2011. Buku Paket Pelatihan Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat dalam Pengembangan Desa Siaga (Untuk Kader. Jakarta.
5. Kementerian Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan. 2011. Panduan peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga. Jakarta.
6. Kementerian Kesehatan RI. 2007. Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kad arzi). Jakarta.
7. Kementerian Kesehatan RI. 2010. Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga Aktif. Jakarta.
8. Kementerian Kesehatan RI. 2011. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta.
9. Kementerian Kesehatan RI. 2011. Revitalisasi Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
10. Kementerian Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan. 2011. Rencana Operasional Promosi Kesehatan Dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2010-2014. Jakarta.
11. Perkeni. 2011. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia. Jakarta.
12. Rahajeng, Ekowati. 2007. Posbindu PTM. Jakarta.
13. Sudirman, Sulistro. 2003. P3K. Jakarta.

AKUPUNKTUR METODE JIN'S 3 NEEDLE MEREDAKAN NYERI ISCHIALGIA**Puspo Wardoyo¹, Lenny Tandya², Ismiatun³**¹Prodi Akupunktur, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang
Email: puspowardoyo45@gmail.com²Prodi Akupunktur, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang³Prodi Kebidanan, Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang
Email: lilikismiatun@gmail.com**Abstract**

Ischialgia is one of the musculoskeletal pain in the lumbosacral region that runs the butt even up to the lateral toe. Management of Ischialgia is conventionally carried out, among others, by pharmacological treatment, medical rehabilitation and surgery. Despite the accompanying side effects, the curative action is still being performed. While acupuncture therapy is also useful for various cases of pain, especially in ischialgia needs to be proven its use through various studies. Until now acupuncture treatment that is officially recognized by conventional medicine is its usefulness for various cases of pain. Given the treatment of acupuncture begins with the traditional philosophical approach then there are still many that have not been revealed scientifically. Therefore this research is a novice research conducted to prove the influence of acupuncture therapy Jins 3 Needles method to the intensity of pain of ischialgia sufferers. It is hoped that the Jins 3 Needles method that uses these little needles becomes the preferred alternative for various pain cases, including ischialgia so that respondents are more comfortable and safer to choose a relatively natural treatment without these side effects. The population in this study were all patients with Ischialgia who utilize acupuncture treatment at the Acupuncture Clinic Laboratory of Polytechnic of RS Health dr. Soepraoen Kesdam V. Sampling using Purposiv Sampling technique with criteria that have been determined by the researchers. Acupuncture treatment measures are performed on the basis of standard operational procedures and treatment procedures. In this study the therapy was performed 3x / week with a two-day interval for 12 times therapy. To know the difference of pain level before and after therapy hence the collected research data need to be processed and analyzed. The hypothesis test was established to prove the significance of the effect of acupuncture therapy on the Jins 3 Needles method to the intensity of ischialgia pain using the Wilcoxon's Signed Ranks Test. The result states that t count is smaller than t table. Because H_0 is rejected there is the effect of the treatment of acupuncture method of Jin's 3 Needles on ischialgia pain.

Keywords: *acupuncture therapy; Jins 3 Needles method; pain intensity; ischialgia*

1. PENDAHULUAN

Seiring padatnya waktu beraktifitas untuk memenuhi tingginya kebutuhan hidup, memberikan dampak yang negatif bagi masyarakat. Dengan kegiatan yang padat, terus menerus dan cenderung monoton tersebut, tidak diimbangi dengan waktu beristirahat yang cukup, minimnya waktu untuk berolahraga, dan ketidakpedulian pada kesehatan diri sendiri, menimbulkan berkembangnya berbagai macam jenis penyakit mulai dari yang ringan sampai berat. Faktor-faktor tersebut diduga salah satu pemicu banyaknya masyarakat yang menderita Ischialgia (Kuntono, 2005).

Ischialgia adalah nyeri yang berpangkal pada daerah lumbosakralis yang menjalar ke

pantat dan selanjutnya ke bagian posterolateral tungkai atas, bagian lateral tungkai bawah, serta bagian lateral kaki. Menurut Ehrlich G.E, et.all prevalensi Ischialgia di Amerika Serikat berkisar 15–20%. Sedangkan Indonesia menunjukkan prevalensi Ischialgia 18-21%, pada laki-laki 13,6% dan pada wanita 18,2% (Wirawan, 2004). Wanita memiliki angka prevalensi yang lebih tinggi terkena Ischialgia dibandingkan dengan pria. Hal tersebut dikarenakan wanita memiliki aktivitas yang monoton dengan posisi yang statis, misalnya saja pada penggunaan sepatu dengan hak tinggi atau pada ibu-ibu dengan kebiasaan menggondong anaknya (Kuntono, 2005).

Beberapa faktor resiko yang menyebabkan Ischialgia antara lain adalah

orang yang kesehariannya dipenuhi dengan kesibukan mengangkat benda-benda berat terutama pada kelompok umur sekitar 45 tahun, orang yang obesitas, dan orang-orang yang kurang melakukan olah raga atau aktivitas fisik teratur. Ischialgia menyebabkan penderita mengalami suatu ketidakmampuan fisik yaitu keterbatasan fungsional dalam aktifitas sehari-hari sehingga banyak kehilangan jam kerja (Sidharta, 2009). Jika dibiarkan maka lama kelamaan akan mengakibatkan kelemahan anggota badan bawah/tungkai bawah yang disertai dengan mengecilnya otot-otot tungkai bawah tersebut (Kuntono, 2005).

Terapi Ischialgia bertujuan untuk mengatasi rasa nyeri, mengembalikan fungsi pergerakan dan mobilitas, mencegah kekambuhan serta mencegah timbulnya nyeri kronik. Terapi farmakologi/obat-obatan merupakan salah satu pilihan yang bisa digunakan dalam terapi Ischialgia. Namun mengkonsumsi obat terus menerus dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan efek samping, di antaranya gangguan ischialgia, konstipasi dan lain-lain. Terapi non farmakologik seperti akupunktur merupakan pilihan tepat baik oleh penderita maupun klinisi untuk menyelesaikan masalah Ischialgia (Sudirman, 2009). Memang akupunktur kurang diminati oleh sebagian penderita yang takut jarum. Namun demikian ada metode akupunktur yang hanya menggunakan sedikit jarum yaitu metode Jin's 3 needles (Jin, 2004).

Penelitian ini dimaksudkan untuk Membuktikan pengaruh terapi akupunktur metode Jin's 3 Needles (Zuogudian, Weizhong, Kunlun) terhadap intensitas nyeri penderita Ischialgia di Laboratorium Klinik Akupunktur Politeknik Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang. Untuk mengetahui pengaruh terapi akupunktur maka dilakukan pengukuran intensitas nyeri sebelum dan sesudah terapi kemudian membandingkan antara data pretest dan posttest.

2. KAJIAN LITERATUR DAN PEGEMBANGAN HIPOTESIS

2.1. Nyeri.

Nyeri adalah satu tanda alami dari suatu penyakit yang paling pertama muncul dan menjadi gejala yang paling dominan di antara

pengalaman sensorik lain. Nyeri itu sendiri dapat diartikan sebagai suatu pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan suatu kerusakan jaringan atau hanya berupa potensi kerusakan jaringan, (Mubarak, 2008).

Karena rasa nyeri itu bersifat subyektif maka ada kemungkinan nyeri yang sama intensitasnya dapat dirasakan sangat berbeda oleh orang yang berbeda, (Tamsuri, 2007). Dalam hal ini untuk menentukan intensitas tingkat nyeri dapat dilakukan dengan cara menanyakan langsung kepada penderitanya, atau dapat pula menggunakan daftar pertanyaan yang dilengkapi dengan gambaran kata-kata atau simbol-simbol tentang tingkat nyeri. Alat bantu untuk menentukan tingkat nyeri dapat berupa skala yang memuat gambaran tingkat nyeri. Skala yang dapat digunakan adalah skala menurut Bourbanis, (Smeltzer, S.C bare B.G, 2002).

Skala Bourbanis membagi tingkat nyeri menjadi lima tingkat. Nyeri tingkat Satu (tidak nyeri). Nyeri tingkat dua (Nyeri Ringan). Nyeri tingkat tiga (Nyeri Sedang). Nyeri tingkat empat (Nyeri Berat Terkontrol). Nyeri tingkat lima (Nyeri tak Tertahankan).

Klasifikasi nyeri dapat dibagi berdasarkan durasi, lokasi nyeri, ataupun penyebabnya. Nyeri akut dan nyeri kronik termasuk kalisifikasi nyeri berdasarkan durasi. Nyeri somatik permukaan, nyeri somatik dalam dan nyeri viscera merupakan pembagian nyeri berdasarkan lokasi nyeri. Sedangkan nyeri nosiseptik, nyeri neuropatik dan nyeri psikologik termasuk penggolongan nyeri berdasarkan penyebabnya, (Sidharta, 2008).

2.2. Ischialgia

Ischialgia diartikan sebagai nyeri bokong, yaitu nyeri yang menjalar dari bawah pinggang menuju ke bawah sepanjang perjalanan n.ischiadiskus. Nyeri yang berpangkal pada daerah lumbosakralis atau sakrum yang menjalar ke pantat dan selanjutnya ke bagian posterolateral tungkai atas, bagian lateral tungkai bawah, serta bagian lateral kaki.

Nyeri ischialgia dapat timbul akibat Neuritis Nervus Ischiadikus Primer tanpa didahului oleh low back pain yang kronik. Ischialgia sebagai perwujudan neuritis primer adalah adanya peradangan pada n.ischiadicus. Ischialgia ini sering berhubungan dengan diabetes melitus (DM), masuk angin, flu, sakit

kerongkongan dan nyeri pada persendian. Ischialgia ini dapat disembuhkan dengan menggunakan NSAID (Non-Steroid Anti Inflammatory Drugs). Gejala utama Neuritis Ischiadicus primer adalah adanya nyeri yang dirasakan berasal dari daerah antara sacrum dan sendi panggul, tepatnya pada Foramen Infrapiriforme atau Incisura Ischiatica dan menjalar sepanjang perjalanan n.Ischiadicus dan lanjutannya pada n.Peroneus Communis dan n.Tibialis. Neuritis Ischiadicus primer timbul akut, sub akut dan tidak berhubungan dengan nyeri punggung bawah kronik. Neuritis Ischiadicus dapat diketahui dengan adanya nyeri tekan positif pada n. Ischiadicus, m. Tibialis anterior dan m. Peroneus Longus.

Nyeri ischialgia akibat entrapment neuritis juga dapat dirasakan tanpa anamnesa low back pain, yang mendahuluinya melainkan timbul sebagai manifestasi rematismus. Ini berarti bahwa Ischialgianya bergandengan dengan sendi panggul yang terkena bursitis m.piriformis, tuberitis dan artritis sakroiliaka sehingga n. ischiadicus terjebak dalam proses rematismus di bangunan-bangunan yang dilewati dalam perjalanannya ke perifer. Konfirmasi data anamnestik ini dapat diperoleh dengan hasil pemeriksaan fisik-diagnostik. Ischialgia ini terjadi karena n.Ischiadicus terperangkap oleh proses patologis yang terjadi di berbagai jaringan yang dilewatinya.

Begitu juga nyeri ischialgia bisa muncul karena perwujudan radikulopatia, yaitu karena Nucleus Pulposus yang jebol ke dalam Kanalis Vertebralis akibat Hernia Nucleus Pulposus (HNP, osteofit atau peradangan (rematoid spondilitis ankilopoetika, herpes zoster, tuberkulosa) atau karena adanya tumor pada kanalis vertebralis. Pada kasus ini pasien akan merasakan nyeri hebat, dimulai dari daerah lumbosacral menjalar menurut perjalanan n.Ischiadicus dan lanjutannya pada n. Peroneus Communis dan n. Tibialis. Makin ke distal nyeri akan berkurang, ini disebabkan karena radik saraf yang terangsang sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang.

Secara umum ischialgia bisa muncul karena adanya stimulus yang mengaktifkan nosiseptor yang ada di kulit, jaringan di bawah kulit dan organ viscera. Stimulus yang dapat mengaktifkan nosiseptor adalah stimulus mekanik, kimiawi maupun termal. Jaringan

yang mengalami inflamasi akan melepaskan substansi-substansi kalium, histamin, asetilkolin, serotonin, prostaglandin, bradikinin dan substansi P dari ujung saraf setempat. Zat-zat tersebut akan mengaktifkan nosiseptor dan nosiseptor akan berhubungan dengan serabut saraf A- δ bermielin yang menghantarkan nyeri yang tajam, menusuk dan jelas terlokalisir. Serabut saraf tipe C tidak bermielin sehingga menghantarkan rasa terbakar, tidak mengenakkan, dan tidak terlokalisir. Nyeri bisa terjadi bila ada stimulus yang memenuhi syarat yang dimediasi atau difasilitasi oleh bahan kimia tertentu seperti leukotrin, prostaglandin, interleukin dan tromboksan sehingga menimbulkan impuls nyeri atau impuls nosiseptif di nosiseptor yang dikenal dengan proses transduksi yang kemudian medulla spinalis, batang otak, mesensefalon, korteks serebri dan korteks asosiasinya untuk kemudian disadari baik mengenai sifat, lokasi, maupun berat ringannya.

Dengan adanya nyeri yang menyerang, seseorang kesulitan menggerakkan badannya sehingga lama-kelamaan akan menimbulkan keterbatasan gerak dan kelemahan otot. Ischialgia biasanya mengenai hanya salah satu sisi, yang bisa menyebabkan rasa seperti ditusuk jarum. Kekakuan kemungkinan dirasakan pada kaki. Kegiatan berjalan, berlari, dan menaiki tangga, memperburuk nyeri tersebut. Nyeri dapat diringankan dengan menekuk unggung atau duduk.

Beberapa gejala nyeri yang timbul akibat ischialgia di antaranya adalah :

1. Nyeri punggung bawah
2. Nyeri daerah bokong
3. Rasa kaku pada punggung bawah
4. Nyeri yang menjalar atau seperti rasa kesetrum, yang di rasakan daerah bokong menjalar ke daerah paha, betis bahkan sampai kaki, tergantung bagian saraf mana yang terjepit.

Jika dibiarkan maka lama kelamaan akan mengakibatkan kelemahan anggota badan bawah/tungkai bawah yang disertai dengan mengecilnya otot-otot tungkai bawah tersebut.

Penatalaksanaan ischialgia dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologis, operasi maupun rehabilitasi medis. Namun mengandung konsekuensi adanya efek samping yang biasanya menyertai. Apalagi

ditambah dengan mengonsumsi obat-obat kimia. Akibat lainnya adalah depresi pernapasan, konstipasi, gangguan SSP, mual dan muntah pada dosis awal, kerusakan ischialgia, darah, hati dan ginjal, dan lain-lain.

Mengingat begitu banyak dampak akibat penanganan dengan pendekatan konvensional maka pendekatan tradisional akupunktur menjadi alternatif terpilih dalam menangani kasus nyeri ischialgia ini, terutama dengan metode Jin's 3 needle. Untuk mendapatkan hasil yang optimal penanganan nyeri ischialgia perlu pendekatan yang komprehensif meliputi kedokteran konvensional dan tradisional akupunktur.

Kata akupunktur berasal dari bahasa Yunani, yaitu acus yang berarti jarum dan punctura yang berarti menusuk. Di dalam bahasa Inggris menjadi to puncture, sedangkan kata asal dalam bahasa Cina adalah cenciu. Kata tersebut kemudian diadaptasikan ke dalam bahasa Indonesia menjadi akupunktur atau tusuk jarum.

Menurut Syarif Sudirman (2009), akupunktur analgesia dapat dimengerti dengan dua macam proses, yaitu 1) proses neural yang dimulai dengan stimulasi saraf diameter kecil yang mengirim impuls ke medulla spinalis, mesensefalon, kompleks pituitary-hipotalamus untuk melepas neurotransmitter yang menghambat pesan nyeri yang datang berikutnya melalui jalur nyeri lain. Mekanisme ini sudah dibuktikan melalui opionergik. 2) Proses melalui matrik jaringan ikat dengan pengiriman signal inflamasi sebagai upaya homeostatis.

Kaitannya dengan ischialgia dapat disebutkan bahwa Ischialgia termasuk kategori Bi Zheng (Bi sindrom). Hal itu disebabkan oleh serangan ezogenous angin dingin kelembaban atau trauma, sehingga stagnasi qi dan Xue di meridian. Ischialgia umumnya dibagi menjadi tiga tipe : dingin kelembaban, trauma dan defisiensi Qi ginjal. Penanganan ischialgia sudah terbiasa dilakukan menggunakan rumus baku. Dalam penelitian ini terapi akupunktur menggunakan metode Jin's 3 Needles.

Akupunktur metode Jin's 3 needles adalah teknik akupunktur yang dalam penerapannya menggunakan 3 titik akupunktur, yaitu Zuogudian (Jin), Weizhong (BL 40), Kunlun (BL 60). Metode ini sangat efektif dipakai

sebagai terapi dalam mengurangi keluhan nyeri dan spasme otot pada penderita Ischialgia (Jin, 2004).

Titik Zuogudian (Jin) merupakan titik yang ditemukan oleh Jin Rui melalui pengalaman-pengalamannya sebagai penerapi. Jin menemukan bahwa ada titik rangsangan yang tepat pada saraf sciatic. Titik Zuogudian (Jin) terletak 3 cun (4 jari pasien) lateral Hiatus sacralis (ujung lipatan glutealis). Penusukannya tegak lurus 1,5-2 cun, menggunakan jarum filiform berukuran 2 cun (Jin, 2004). Titik Weizhong (BL 40) merupakan titik akupunktur yang berarti "perintah menengah", terletak pada pertengahan lipat melintang kulit popliteus, di tengah-tengah tendon m.biceps femoralis dan tendon m.semi branosus. Penusukannya tegak lurus 0,5-1 cun, menggunakan jarum filiform berukuran 1,5 cun. Titik Kunlun (BL 60) merupakan titik akupunktur yang berarti "pegunungan Kun Lun", terletak pada lekuk antara prominensia malleolus eksternus dengan tendon archiles. Penusukannya tegak lurus 0,5-1 cun, menggunakan jarum filiform berukuran 1 cun, (Omi, 2008).

3. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan pre-experimental design dengan pretest-posttest design. Penelitian dilakukan dengan cara mengamati keadaan awal responden sebelum mendapat perlakuan terapi akupunktur (pretest). Kemudian responden mendapat tindakan terapi akupunktur sebanyak 12 kali (satu seri) dengan frekuensi 3x/minggu. Setelah responden menjalani terapi yang terakhir maka dilakukan pengamatan akhir pada responden (posttest). Selanjutnya dilakukan perbandingan antara nilai pretest dan posttest untuk dilihat dampak/pengaruh intervensinya.

	Pretest	Perlakuan	Posttest
NR :	O 1	(X)	O 2

NR = Non Random

O = Observasi

X = Perlakuan terapi akupunktur

Dalam penelitian ini sebagai variabel independennya adalah terapi akupunktur metode Jin's 3 needle, yaitu terapi yang

menggunakan 3 titik yang dirumuskan oleh Jin Rui meliputi titik Zuogudian, Weizhong dan Kunlun. Ketiga titik tersebut dilakukan penusukan. Jarum yang tertanam tanpa bantuan alat intervensi lain dibiarkan selama 15 menit lalu dicabut. Sedangkan intensitas nyeri responden sebagai variabel dependen. Yaitu sensasi nyeri yang dirasakan responden di daerah lumbosakralis yang menjalar ke bawah bahkan sampai kaki bawah. Tabel skala nyeri Bourbanis dipakai sebagai alat untuk mengukur tingkat skala nyeri responden tersebut.

Sampel yang dipilih untuk penelitian ini adalah responden Ischialgia yang melakukan terapi Akupunktur di Laboratorium Klinik Akupunktur Politeknik Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang dengan menggunakan teknik Purposive Sampling, yaitu pengambilan sampel yang dilakukan sesuai ketentuan peneliti yaitu penderita ischialgia yang 1) bersedia menjadi responden; 2) mematuhi jadwal dan frekuensi terapi; 3) tidak mengkonsumsi obat; 4) tidak menjalani tindakan medis lain; 5) tidak dalam pantangan terapi akupunktur; 6) usia 31 – 55 tahun; 6) bekerja sebagai sopir umum/administrasi/pendidik/ kurir/ pekerja bangunan;.

Responden yang datang di Laboratorium Klinik Akupunktur Politeknik Kesehatan RS dr. Soepraoen dan bersedia menjadi responden, diminta untuk menandatangani *informed consent* terlebih dahulu. Sebelum responden diterapi akupunktur, responden diminta untuk menentukan tingkat nyeri ischialgia yang dirasakan dengan cara memilih salah satu angka yang tertera pada lembar skala nyeri Bourbanis. Bagi responden yang mengalami kesulitan dalam mengisi kuesioner (skala nyeri) tersebut dapat dibantu seperlunya oleh petugas pengumpul data. Selanjutnya responden menjalani terapi sesuai jadwal yang disepakati. Setiap kali terapi (ketika jarum terpasang) memerlukan waktu selamanya 15 menit.

Setelah responden menjalani terapi untuk yang terakhir kalinya maka dilakukan pengukuran akhir (posttest) tingkat nyerinya. Data yang diperoleh selama pengumpulan data dimasukkan ke dalam lembar rekap data untuk dianalisis lebih lanjut menggunakan *Wilcoxon's Signed Ranks Test*.

Tindakan perlakuan terapi akupunktur merujuk pada SOP. Sebelum dilakukan tindakan intervensi terlebih dahulu responden mendapat penjelasan singkat, di antaranya tentang persiapan diri, lokasi yang akan ditusuk sekaligus tentang reaksi maupun sensasi penusukan.

Petugas terapi akupunktur melakukan disinfeksi diri dan tempat-tempat terpilih pada responden yang akan dipasang jarum. Disinfeksi dilakukan dengan bola kapas steril yang sudah dibasahi alkohol 70%. Responden diposisikan sedemikian rupa agar tetap merasakan nyaman selama proses penjaruman maupun panca terapi, sekaligus memudahkan terapis melakukan tugasnya. Setelah itu dilakukan penusukan secara berturut-turut pada tiga titik utama dengan menggunakan jarum filiform steril sekali pakai ukuran 1 cun atau ukuran lain sesuai kondisi anatomis tubuh responden. Jarum dibiarkan tertancap sesuai perencanaan waktu yang dibutuhkan. Setelah itu dilakukan pencabutan jarum. Setiap pencabutan jarum, bekas tusukan dilakukan disinfeksi kembali menggunakan bola kapas steril yang telah dibasahi alkohol 70%. Terapi akupunktur selesai, responden dapat meninggalkan tempat.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Penelitian ini menghasilkan data sebagaimana dalam tabel berikut :

Tabel 2. Data Skor Nyeri Berdasarkan Demografi Responden

No.	Demografi Responden		Skor Nyeri	
			Pre	Post
1	Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan	19	4,3	1,6
		11	3,9	2,0
2	Umur 31 – 35 36 – 40 41 – 45 45 – 50 51 – 55	6	4,1	0,8
		7	3,9	2
		9	4,1	2
		2	5	2,5
		6	4,3	1,3
3	Pekerjaan Sopir Umum Administrasi Pendidik Kurir Pekerja bangunan	7	4,1	2,3
		7	4,7	1,8
		5	4,4	1,5
		2	3,5	1
		9	3,8	1,3

Responden yang terpilih berdasarkan teknik *Purposive Sampling* terlihat bahwa responden laki-laki (63%) mengalami penurunan lebih banyak atau mendapatkan selisih skala sebesar 2,7 dibandingkan perempuan yang mendapatkan selisih skala sebesar 1,9. Kelompok umur 41 – 45 (9 orang) merupakan kelompok umur terbesar dengan selisih skala nyeri sebesar 2,1. Kelompok umur 45 – 50 tahun hanya ada dua orang dengan selisih skala nyeri sebesar 2,5. Namun demikian terdapat penurunan skala nyeri paling besar (3,3) yang dialami kelompok umur 31 – 35 tahun. Sementara itu responden dengan pekerjaan sebagai kurir hanya ada dua orang. Sedangkan responden yang bekerja di bidang bangunan gedung ada 9 orang dengan selisih penurunan skala nyeri paling sedikit (1,5) dibanding jenis pekerjaan yang lain. Sopir umum menghasilkan selisih 1,8. Pekerja di bidang administrasi kantor dan pendidik menghasilkan selisih 2,9. Selisih 2,5 dihasilkan kurir.

Data sebelum dan sesudah perlakuan terapi akupunktur sebagai berikut :

Tabel 1. Data Nilai Intensitas Nyeri Sebelum Dan Sesudah Perlakuan Terapi Akupunktur

No. Resp	Skala Nyeri		No. Resp	Skala Nyeri	
	Pre	Post		Pre	Post
1	5	2	16	5	2
2	4	0	17	5	2
3	4	0	18	5	3
4	3	0	19	5	2
5	3	0	20	4	1
6	4	0	21	4	1
7	3	0	22	5	3
8	4	0	23	5	1
9	4	0	24	4	0
10	4	0	25	4	0
11	5	2	26	4	1
12	3	0	27	5	1
13	4	0	28	5	1
14	5	2	29	3	0
15	3	0	30	4	0

Berdasarkan tabel 1 di atas dapat disebutkan bahwa semua responden mengalami penurunan intensitas nyeri. Sebelum mendapat perlakuan terapi

Akupunktur terdapat 6 responden (20%) dengan nyeri awal di skala 3 berubah menjadi sembuh (skala 0) setelah menjalani terapi sesuai rencana. Sebanyak 16 responden (53%) di antaranya mengalami penurunan sampai skala 0 atau terbebas dari keluhan nyeri ischialgia. Sedangkan 14 responden (47%) nyerinya berkurang, yang semula berada pada skala 4 – 5 (sedang) turun menempati skala 1 – 3 (ringan). Setelah mendapat perlakuan sebanyak 12 kali terapi hanya ada dua responden (6,7%) yang tingkat nyerinya berada pada skala 3 yang semula berskala 5. Terdapat tiga responden (10%) yang semula berada pada skala 5 berubah menjadi skala 1 (ringan). Sebanyak 10 responden (30%) mengalami penurunan dari skala 4 menjadi skala 0.

Untuk mengetahui perbedaan skala intensitas nyeri antara sebelum dan sesudah perlakuan terapi akupunktur dilakukan uji hipotesis menggunakan Uji *Wilcoxon's Signed Ranks Test*. Hasil hitung, bahwa t hitung = 0 dengan $\alpha = 0,05$, yang kemudian dibandingkan dengan tabel t , maka didapatkan nilai dari t tabel (30) = 152. Sehingga nilai t hitung (0) < t tabel (152). Jadi, H_0 ditolak. Artinya terapi akupunktur metode jins 3 needles terbukti secara signifikan dan bermanfaat untuk menurunkan intensitas nyeri penderita ischialgia.

4.2. Pembahasan

Nyeri ischialgia yang melanda dapat mengakibatkan seseorang menjadi menderita olehnya. Namun sebagian besar pilihan pengobatan yang ada saat ini tidak cukup untuk mengendalikan rasa sakit. Untuk mengatasinya bisa diberikan obat-obatan atau melakukan latihan-latihan tertentu. Metode farmakologis memiliki efek samping yang merugikan, sementara pembedahan mahal dan belum tentu cocok pada setiap orang dengan berbagai alasannya. Akupunktur sebagai salah satu pengobatan non-farmakologi telah berkontribusi nyata sebagai tindakan yang aman dan efektif untuk mengurangi rasa sakit ischialgia.

Sebagian para ahli kedokteran konvensional masih meragukan efektifitasnya karena memang teknologi ilmiah masih mampu membuktikan sebagian kecil saja dan masih sangat banyak misteri yang belum dapat dijangkau dengan pembuktian secara ilmiah.

Oleh karena itu, bila efektivitas akupunktur kondisinya masih tetap tidak jelas, sulit bagi dokter untuk membuat rekomendasi yang sesuai. Namun demikian, melalui berbagai penelitian, mekanisme analgesia akupunktur secara bertahap semakin jelas.

Melalui penelitiannya di China sejak tahun 1970-an, Jin (2004) telah menerapkan suatu metode pengobatan yang disebut *Jin's 3 needles technique* sebagai upaya untuk mengurangi keluhan nyeri dan spasme otot pada penderita ischialgia. Metode ini hanya menggunakan tiga titik akupunktur sebagai titik utama, yaitu titik Zuogudian (Jin), Weizhong (BL 40), dan Kunlun (BL 60). Dalam praktiknya dapat ditambahkan sejumlah titik lain sesuai dengan sindroma penyakit pada masing-masing penderita ischialgia. Berdasarkan pada tabel 1 di atas dapat dinyatakan bahwa metode *Jin's 3 needles technique* terbukti efektif pada kasus nyeri ischialgia. Akupunktur metode *Jin's 3 needles technique* sebagai terapi mandiri memiliki tingkat efektif 81,6% untuk menghilangkan nyeri akibat ischialgia dan pemulihan fungsi normal. Akupunktur dikombinasikan dengan obat herbal mencapai tingkat efektif total 95%.

Han et al (2014) peneliti dari Rizhao Hospital of TCM (Traditional Chinese Medicine) and the Shanghai University, menemukan bahwa akupunktur dapat mempromosikan pelepasan neurotransmitter seperti 5-hydroxytryptamine dan sebagai tambahan ia menghasilkan neuropeptida melalui stimulasi listrik dengan frekuensi yang berbeda yang memiliki efek signifikan terhadap pengurangan rasa sakit. Ini menjadi panduan menuju tinjauan sistematis yang bertujuan untuk menilai keamanan dan efektivitas akupunktur untuk nyeri ischialgia. Dengan panduan awal ini diharapkan bisa membantu dokter membuat keputusan dalam praktiknya dan mendorong kemajuan penelitian akupunktur selanjutnya.

Selanjutnya Han et al. (2014) menyebutkan bahwa akupunktur meningkatkan serum β -EP, yang mengurangi transmisi sinyal nyeri saraf. Sciatica juga ditandai dengan meningkatnya kadar IL-1, IL-6, dan TNF- α . Hand et al. perhatikan bahwa akupunktur berhasil merendahkan biokimia ini sehingga berkontribusi terhadap pengurangan rasa sakit dan pembengkakan. Penelitian Li et

al. dari Rumah Sakit Rizhao TCM dan Universitas TCM dari Shanghai mengkonfirmasi temuan kemampuan akupunktur untuk mengatur β -EP, IL-1, IL-6, dan TNF- α . Li et al. perhatikan bahwa akupunktur dan akupunktur plus herbal mengatur ekspresi biokimia terkait linu panggul namun terapi kombinasi akupunktur plus herbal melebihi terapi akupunktur mandiri.

Secara klinis, Chen (2009) akupunktur sangat efektif untuk menghilangkan rasa sakit. Telah ditunjukkan bahwa akupunktur dapat membuat otak dan pelepasan sumsum tulang belakang K⁺, Ca⁺⁺, 5-hydroxytryptamine, dan peptida opioid, yang dapat mengubah komposisi neurotransmitter untuk menghambat transmisi rasa sakit, sehingga menunjukkan efek analgesik.

Penggunaan metode *Jin's 3 needles technique* dapat dikombinasikan dengan titik lainnya seperti Huantiao (GB 30), titik persimpangan UB dan GB, bisa mengaktifkan qi (energi vital) dan darah dari 2 saluran. Weizhong (BL 40), titik konvergensi UB, bagus untuk mengobati sakit pinggang. Shenshu (BL 23) dan Dachangshu (BL 25) karena titik-titik setempat bisa langsung mengatur qi dari saluran di pinggang, dan memperkuat tulang dan ginjal. Weizhong (BL 40) dan Kunlun (BL 60) sebagai titik distal dapat mengatur qi anggota badan yang terkena dan daerah lumbar, Chen (2009).

Penurunan intensitas nyeri ischialgia ini dapat dijelaskan menurut pendekatan medis konvensional dari sisi sistem persyarafan seperti yang dituturkan Syarif Sudirman (2009) bahwa hal ini dikarenakan proses neural yang dimulai dengan stimulasi saraf diameter kecil yang mengirim *implus* ke *medulla spinalis*, *mesensefalon*, kompleks *pituitary-hipotalamus* untuk melepas *neurotransmitter* yang menghambat pesan nyeri yang datang berikutnya melalui jalur nyeri lain. Proses melalui matrik jaringan ikat dengan pengiriman *signal inflamasi* sebagai upaya *homeostasis*. Setiap stimulasi energi dengan dasar *molekuler* terjadi "*elektro mechanical model*" transduksi energi dan menimbulkan *katalisis ensimatik*, *oksidasi fosforilasi*, *transport aktif* dan *kontraksi otot* yang merupakan *performans* dari sistem transduksi otot yang merupakan *performans* dari sistem

transduksi energi biologi untuk regulasi pertumbuhan dan perbaikan *inflamasi* dari *matriks ekstraseluler*.

5. KESIMPULAN

Tingkat intensitas nyeri responden sebelum diberi perlakuan terapi akupunktur metode *Jin's 3 needles technique* terdapat sebanyak 80% berada pada skala sedang, sisanya berskala ringan.

Tingkat intensitas nyeri responden setelah diberi perlakuan terapi akupunktur metode *Jin's 3 needles* terdapat sebanyak 53% sembuh, sisanya masih berskala ringan.

Terapi akupunktur metode *Jin's 3 needles technique* terbukti bermanfaat untuk menurunkan intensitas nyeri ischialgia.

REFERENSI

1. Jin Rui (2004). *Jin's 3 Needles Technique*. Shanghai: shanghai scientif
2. Kuntono H.P. 2005. *Management Nyeri Muskuloskeletal*. Makalah disajikan dalam Temu Ilmiah Tahunan Fisioterapi XV. Semarang.
3. Mubarak, Husnul: *Nyeri Nosiseptif*. [online]. 2008 dari URL : <http://cetrione.blogspot.com/2008/05/nyeri-nosiseptif.html>
4. Omi, Shigeru. 2008. *WHO Standard Acupunctur Point Locations In The Western Pacific Region*. Jakarta.
5. Sidharta,P. 2008. *Tata pemeriksaan klinis dalam neurologi*, Jakarta : Dian Rakyat.
6. Sidharta, P. 2009. *Neurologi Klinis Dalam Praktek Umum*. Jakarta: Dian Rakyat.
7. Sudirman, S. (2009). *Akupunktur Untuk Nyeri dengan pendekatan neurosain*. Jakarta : CV.Sagung Seto
8. Smeltzer, Suzane C and Bare, dkk. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Vol I. Alih Bahasa, Agung Waluyo. Editor. Monika Ester. Jakarta : EGC
9. Tamsuri, A. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
10. Wirawan. (2004). *Physio Nyeri Pinggang*. Jakarta dari URL : <http://www.depkes.go.id>

PENGABDIAN MASYARAKAT DENGAN ART PAINTING THERAPY TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA

Siti Fatimatur R¹⁾, Dhian Satya R²⁾, Ayu Citra Mayasari³⁾, Sapto Dwi A⁴⁾, Nisha Dharmayanti R⁵⁾

Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Jl. Gadung No. 1 Surabaya

Abstract

Background : The aging process in elderly cause a variety of mental health problems, one that often appear is depressed. Depression continues to be a serious mental health problem because it's often ignored. **Objective :** The research purposes to analyzing the effectiveness of art painting therapy to decrease depression of elderly in Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya. **Method :** The research design using pre experimental with the draft one group pre test-post test design. The population are 152 elderly. Sampling technique uses purposive sampling obtainable 23 elderly depression. The independent variable is art painting therapy and dependent variable is decreased levels of depression. The instrument uses Beck's Depression Inventory (BDI) questionnaire with intervention art painting therapy as much as 8 session since 2 months. **Result :** Data were analysed using Wilcoxon test to find the difference of depression level before and after given art painting therapy. The level of significant obtainable p value = 0,001 ($p < 0,05$). The implications of this research there are influenced that significant between giving art painting therapy can decrease depression of elderly in Griya Lansia Surabaya.

Keywords : depression, elderly, art painting therapy

1. PENDAHULUAN

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua (Azizah, 2011). Di Indonesia, istilah untuk kelompok usia ini belum memiliki istilah yang baku, orang memiliki sebutan yang berbeda-beda yakni ada yang menggunakan istilah usia lanjut atau jompo dengan padanan kata dalam bahasa Inggris biasa disebut *the aged*, *the elders*, *older adult*, serta *senior citizen* (Tamher & Noorkasiani, 2012). Usia yang bertambah mengakibatkan kemampuan jaringan untuk mempertahankan struktur dan fungsi normal akan hilang secara perlahan-lahan secara alamiah. Pada masa tua ini manusia akan mengalami perubahan baik fisik, mental dan sosial (Astuti, 2010). Masing-masing lansia memiliki mekanisme koping yang berbeda-beda dalam menghadapi perubahan-perubahan tersebut. Kemampuan lansia yang tinggal di institusi Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya dalam beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya masih kurang. Lansia di Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya memiliki masalah kesehatan jiwa yang sering timbul yakni salah satunya adalah depresi. Selama ini depresi yang terjadi pada

lansia masih kurang diperhatikan dan seringkali terlewatkan sehingga membuat depresi pada lansia tidak terkaji. Depresi pada lansia harus dilakukan penanganan secara efektif, salah satunya dengan pemberian *art painting therapy*. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya, selama ini belum pernah dilakukan terapi tersebut sehingga pengaruh *art painting therapy* sebagai terapi modalitas terhadap tingkat depresi pada lanjut usia di Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya belum dapat dijelaskan.

(WHO, 2015) menyatakan Studi di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan prevalensi depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat berkisar antara 8-15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan prevalensi rerata depresi pada usia lanjut di masyarakat adalah 13,5% dengan perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6. Menurut data Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2007 di Indonesia, gangguan mental emosional (depresi dan ansietas yang usianya diatas 15 tahun mencakup lansia) sekitar 11,6% populasi Indonesia. Depresi adalah diagnosis pasien rawat jalan tertinggi ketujuh. Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menjalani

perawatan di rumah sakit dan panti perawatan yaitu 30-45% (Prasetya, Hamid, & Susanti, 2008). Menurut hasil penelitian, depresi pada lansia terjadi pada sekitar 10-15% dari populasi lansia yang berusia lebih dari 65 tahun. Sedangkan untuk lansia yang tinggal di institusi, angkanya meningkat hingga ke 50-75% (Tamher & Noorkasiani, 2012). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada hari Rabu 17 Februari 2016 di Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya terdapat 152 orang lanjut usia, didapatkan 11 orang lanjut usia mengalami gangguan mood ringan (47,82%), 7 orang lanjut usia berada pada garis batas depresi klinis (30,43%), 4 orang lanjut usia mengalami depresi sedang (17,39%), 1 orang lanjut usia mengalami depresi berat (4,34%).

Depresi pada lansia dapat terjadi disebabkan karena seseorang yang kehilangan kebutuhan afeksional (*loss of love object*), kurang menerima penghargaan (*reward*), memiliki kemapanan kognitif yang negatif (*negative cognitive sets*) untuk menginterpretasikan diri sendiri dan masa depan, adanya ketidakcocokan antara *reality life* dan *ideal self*, serta aktifitas neurologis yang rendah. Menurut Wash (2007), dalam (Azizah, 2011), depresi pada usia lanjut dimanifestasikan dengan adanya keluhan merasa tidak berharga, sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, merasa kosong, tidak ada harapan, menuduh diri, ide-ide pikiran bunuh diri dan pemeliharaan diri yang kurang bahkan penelantaran diri. Lansia yang mengalami kondisi depresi mengakibatkan perasaannya menjadi tidak berharga, tidak berdaya, malu dengan kondisi fisik saat ini dan perasaan bersalah, maka diagnosa keperawatan yang paling sesuai dengan karakteristik gejala tersebut adalah harga diri kronik. Intervensi spesialis yang dapat digunakan untuk melakukan perawatan lansia depresi dengan diagnosa harga diri rendah adalah terapi kognitif (Prasetya et al., 2008). Terapi lain yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan terapi modalitas. Terapi modalitas yang dapat dilakukan dengan menggunakan kemampuan fisik adalah *art painting therapy*. Menurut Visnola, dkk (2010), dalam (Yunita et al., 2014) menyatakan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, *art therapy* memiliki efek antara lain

mengurangi stres, mengurangi kecemasan, meningkatkan perasaan para karyawan yang ditunjukkan oleh perubahan indikator seperti irama jantung, sakit kepala, rasa tekanan dan nyeri di dada, dan menjadi lebih mudah untuk tertidur. Selain itu keuntungan utama sesi *art therapy* antara lain memperkuat konsepsi diri, memfasilitasi pertumbuhan kepribadian, keyakinan terhadap diri sendiri, kepuasan, menjadi lebih tenang, melalui proses belajar dan perbaikan diri.

Beberapa upaya penanggulangan depresi dengan *electic holistic approach* antara lain pendekatan psikodinamik, pendekatan perilaku belajar, pendekatan kognitif, pendekatan humanistik eksistensial, dan pendekatan farmakologis (Azizah, 2011). Pendekatan keluarga juga sangat diperlukan dalam penatalaksanaan depresi pada lansia. Dukungan dari keluarga sangat membantu dalam mencegah dan mengatasi depresi pada lansia. Keluarga yang memberikan dukungan akan membuat lansia merasa merasa aman, ada yang menemani, dan ada yang memperdulikan keberadaan lansia. Dukungan keluarga dapat diwujudkan dengan memberikan perhatian, bersikap empati, memberikan dorongan, memberikan saran, memberikan pengetahuan dan sebagainya (Astuti, 2010). Strategi intervensi dalam asuhan keperawatan yang diberikan pada lansia didalam panti yakni meliputi penerapan komunikasi untuk meningkatkan rasa percaya diri (*self esteem*), memberikan bantuan ke arah kemandirian optimal, mengupayakan untuk dapat meningkatkan rasa percaya diri, serta dukungan sosial atau pengasuhan (Tamher & Noorkasiani, 2012).

2. METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

a. Waktu, Lokasi Dan Partisipan

Kegiatan pengabdian masyarakat STIKES Hang Tuah Surabaya ini dilakukan di Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya. Kegiatan ini melibatkan 23 lansia yang diketahui mengalami depresi sebagai responden.

b. Alat Dan Bahan

Peralatan dan bahan yang digunakan dalam kegiatan penyuluhan berupa kamera, buku tulis, pena, materi penyuluhan yang disiapkan dalam bentuk *power point* dan *leaflet*. Khusus untuk kegiatan pengukuran

tingkatan depresi yang dimiliki lansia, Instrumen menggunakan wawancara dengan pedoman kuesioner *Beck's Depression Inventory (BDI)*. Selanjutnya pada tahap berikutnya dibutuhkan modul dan form evaluasi pelaksanaan terapi *Art Painting* Kemudian untuk pelaksanaan *Art Painting* menggunakan baju kaos warna putih dengan kuas dan cat lukis warna warni.

c. Metode Pelaksanaan Kegiatan

Metode pelaksanaan yang digunakan pada kegiatan pengabdian masyarakat ini terdiri dari : penyuluhan, pengukuran tingkat depresi sebelum pelaksanaan terapi *Art painting*, pelaksanaan terapi *Art Painting* dengan cara memberi warna pada baju kaos warna putih dengan dijumpit.

kemudian pengukuran tingkat depresi sesudah pelaksanaan *art painting*. Metode yang digunakan menggunakan metode wawancara, dan *Focus Group Discussion (FGD)*.

d. Metode Pengumpulan Data

Kegiatan pengabdian masyarakat ini menggunakan data primer dan sekunder. Pengumpulan data primer melalui dua cara, yaitu wawancara dan observasi dengan data demografi maupun kuesioner *BDI*. Data primer diperoleh dari data pemahaman responden sebelum dan sesudah mendapatkan terapi *Art Painting* dan juga data hasil pengukuran *BDI* sebelum dan sesudah mendapatkan terapi. Data tersebut berupa data kuantitatif.

Data sekunder yang digunakan adalah data yang berasal dari publikasi, literatur, maupun buku-buku teks yang mendukung kegiatan ini.

e. Metode Pengolahan Dan Analisis Data

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *pre-eksperimental* dengan rancangan *one group pre test-post test design*. Populasi dalam penelitian ini adalah lansia depresi di salah satu Griya Lansia di Surabaya sebanyak 152 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* didapatkan sampel 23 lansia sesuai data pendahuluan. Variabel independen adalah *art painting therapy* dan variabel dependen adalah penurunan tingkat depresi. Instrumen menggunakan wawancara dengan pedoman kuesioner *Beck's Depression Inventory (BDI)* dan dengan intervensi *art painting therapy*.

3. HASIL PENELITIAN

Hasil kegiatan pengabdian masyarakat ini dapat diukur dengan melakukan tes sebelum dan sesudah (*pretest posttest*) dengan memberikan Terapi *Art Painting* dengan cara memberi warna pada baju kaos warna putih dengan dijumpit.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan temuan hasil penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pemberian *art painting therapy* dapat menurunkan tingkat depresi pada lansia di Griya Lansia Santo Yoseph Surabaya.

REFERENSI

1. Astuti, Vi. W. (2010). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Posyandu Sejahtera Gbi Setia Bakti Kediri. *Jurnal Penelitian STIKES Kediri*, 3(Vol 3, No 2 (2010): Desember 2010), 85–93. <https://doi.org/10.2753JIMH0020-74>
2. Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
3. Prasetya, A. S., Hamid, A. Y. S., & Susanti, H. (2008). Penurunan tingkat depresi klien lansia dengan terapi kognitif dan senam latih otak di panti wredha. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13, 42–48.
4. Tamher, S., & Noorkasiani. (2012). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
5. WHO. (2015). WHO | WHO Model Lists of Essential Medicines. *World Health Organization*, 19, 55. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70780-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70780-7)
6. Yunita, A., Yildirim, P., den Bulte, C., Dellarocas, C., Weekly, T., Weekly, I. C. T. I., ... Accenture. (2014). pengaruh ART THERAPY Untuk Mengurangi Kecemasan Pada Remaja Korban Bullying. *Pengaruh ART Therapy Untuk Mengurangi Kecemasan Pada Remaja Korban Bullying*, XXXIII(2), 81–87. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

DUKUNGAN SUAMI TERHADAP KECEMASAN IBU PRIMIGRAVIDA PRE OPERASI SECTIO CAESARIA

Sari Priyanti

STIKes Majapahit Mojokerto
email: sari_priyanti@yahoo.co.id

Abstract

Every woman wants her labor to progress normally, but sometimes the delivery can not proceed with the normal operation of the through sectio Caesarea. For the mother who will do the labor sectio Caesarea need support from husbands to reduce or eliminate anxiety. Purpose of the study to determine the correlation between husband support with maternal anxiety with surgery sectio Caesarea (SC) in RA Basoeni Mojokerto Hospital. This study uses the analytic correlation design – with cross sectional approach with maternal sample pre sectio Caesarea operations in hospitals RA Basoeni Mojokerto as many as 27 respondents, with a technique that made consecutive sampling. Independent variable is the husband support, the dependent variable was maternal sectio surgery Caesarea (SC) anxiety. Data collection by using questionnaire data and anxiety by using a checklist. The study was conducted on August 2017 to Oktober, 2017 . The study found that most husbands support mothers do SC operations as much as 15 respondents (55.6%). Most women do experience mild anxiety sectio Caesarea operations as much as 12 respondents (44.5%). The results of statistical analysis using the spearman rank test using SPSS to get the $p = 0.016 < 0.05$, which means there is a correlation between husband support with maternal anxiety with surgery sectio Caesarea (SC) in RA Basoeni Mojokerto Hospital. Conclusions in this study that the husband's support influenced the maternal anxiety when experience sectio caesarea operations. Researchers suggest the husband to support his wife when conducting the sectio Caesarea operation so that the level of anxiety experienced by the wife can be controlled.

Keywords : Support, Anxiety, Sectio Caesarea

1. PENDAHULUAN

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi yang sempurna. Ada dua cara persalinan yaitu lewat vagina yang biasa disebut persalinan normal atau alami dan persalinan dengan operasi caesar atau sectio caesarea yaitu suatu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melakukan insisi atau pemotongan pada kulit, otot perut, serta rahim ibu (Suririnah, 2008). Ibu yang melahirkan secara Sectio Caesarea sangat membutuhkan dukungan sosial, menurut Suryaningsih (2007) dukungan sosial ini banyak diperoleh oleh individu dari lingkungan sekitar, dalam hal ini lingkungan terdekat adalah pasangan atau suami. Dukungan suami ini berupa dorongan, motivasi terhadap istri, baik secara moral maupun emosional serta dukungan fisik psikologis, informasi, penilaian dan finansial (Bobak 2005).

Dukungan suami terhadap ibu pre sectio caesarea bisa ditunjukkan dengan berbagai

cara, seperti memberi ketenangan kepada istri, membantu sebagian pekerjaan istri atau bahkan sekadar memberi pijatan ringan bila istri merasa pegal. Diharapkan, dengan dukungan total dari suami, istri dapat melewati kecemasan dengan perasaan senang dan jauh dari depresi (Arfikoh, 2009).

Di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo (RSUPNCM) Jakarta, menurut laporan tahunan bagian instalasi gawat darurat sepanjang tahun 2000, diantara 100 orang ibu melahirkan terdapat 30 ibu yang SC. Angka itu lebih rendah dibanding di Amerika Serikat (AS) dan Cina (Januadi, 2006). Badan Pusat Statistik (BPS) Jawa Timur mencatat angka kematian ibu (AKI) menurun dari 334 tiap 100.000 kelahiran hidup tahun 1997 menjadi 226 setiap 100.000 kelahiran hidup tahun 2008. Sedangkan angka persalinan dengan operasi sectio caesarea sebanyak 46,3% dari seluruh persalinan yang ada. Persalinan dengan operasi SC membutuhkan dukungan sehingga ibu tidak akan mengalami kecemasan. Kondisi cemas pada saat

persalinan akan mempengaruhi kelancaran proses persalinan (Dinkes Jatim, 2008).

Data di RSUD RA BASOENI Mojokerto rata rata persalinan sebanyak 794 per tahun, dimana dari jumlah tersebut terdapat 286 persalinan sectio caesarea. Operasi cito sectio caesarea sebanyak 172 kali dan selebihnya adalah elektif sebanyak 114 kali. Kekhawatiran ibu akan melakukan operasi sectio caecarea dikarenakan kurangnya dukungan sosial keluarga terutama suami sehingga penderita merasa rendah diri dan tidak diperhatikan (Kurniawan, 2008). Dukungan suami dalam proses persalinan merupakan sumber kekuatan bagi ibu yang tidak dapat diberikan oleh tenaga kesehatan, banyak penelitian yang mendukung kehadiran orang kedua saat persalinan berlangsung. Penelitian oleh Hodnett, 1994; Simpkin 1992; Hofmeyr, Nikodem dan Wolman 1991; Hemminki, Virta dan Koponen 1990 yang dikutip dari Depkes 2001 menunjukkan bahwa ibu merasakan kehadiran orang kedua sebagai pendamping dalam persalinan akan memberikan kenyamanan pada saat persalinan. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa kehadiran seorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap hasil persalinan, dapat menurunkan rasa sakit, persalinan berlangsung lebih singkat dan dapat menurunkan tingkat kecemasan pada ibu bersalin terutama pada ibu dengan operasi sectio caecarea (Astuti, 2006). Dampak dari ibu yang melahirkan dengan operasi akan merasa bingung dan cemas terutama jika operasi dilakukan karena keadaan yang darurat (tidak direncanakan) (Arfikoh, 2009). Dr. Judi Januadi Endjun, SPOG, RS Gatot Subroto, 2006 mengatakan bahwa ibu pre sectio caesarea mengalami kecemasan yang ditandai dengan hubungan interpersonal yang kurang harmonis antara keluarga dan tenaga kesehatan.

Penting sekali memberikan informasi dan pengetahuan kepada keluarga tentang operasi dalam persalinan sehingga keluarga mendukung dalam penatalaksanaan operasi sectio caesarea (Wanda, 2008). Berdasarkan permasalahan tersebut diatas maka peneliti tertarik mengadakan penelitian hubungan dukungan suami dengan kecemasan ibu melakukan pre operasi sectio caesarea (SC) di RSUD RA. BASOENI Mojokerto.

2. KAJIAN LITERATUR

Suami adalah pemimpin dan pelindung bagi istrinya, maka kewajiban suami terhadap istrinya ialah mendidik, mengarahkan serta mengertikan istri kepada kebenaran, kemudian memberinya nafkah lahir batin, mempergauli serta menyantuni dengan baik (Harymawan, 2008).

Suami adalah pemimpin keluarga (istri dan anak). Menurut psikologi wanita mengemukakan bahwa perempuan berada di bawah bimbingan perasaan, sedangkan laki-laki di bawah pertimbangan akal, walaupun kita sering mengamati bahwa perempuan bukan saja menyamai lelaki dalam hal kecerdasan bahkan terkadang melebihinya. Kelemahan wanita adalah perasaannya yang sangat halus. Lelaki berpikir secara praktis, menetapkan, mengatur dan mengarahkan lebih baik. Karena itulah kelebihan lelaki atas wanita, lebih jauh disimpulkan “wanita harus menerima kenyataan bahwa mereka membutuhkan kepemimpinan lelaki atasnya. (Masbow 2009)

Dukungan suami adalah dorongan, motivasi terhadap istri, baik secara moral maupun material (Bobak, 2012).

Wujud dari dukungan suami dan keluarga antara lain: Dukungan emosional/psikologis, Dukungan emosi ini dapat berupa, perhatian mendampingi atau menemani istri saat melahirkan, Dukungan informasi yang diberikan suami adalah informasi tentang kehamilan, persalinan baik secara langsung yang sudah dijelaskan oleh suami atau melalui buku, majalah yang diberikan oleh suami. Dukungan penilaian Berupa penilaian yang positif dari suami bahwa perubahan pada ibu hamil baik secara fisik maupun psikologis adalah hal yang wajar dan membutuhkan perhatian. Dukungan finansial dapat berupa uang atau dana untuk membiayai persalinan ataupun membantu istri menyiapkan keperluan bayi yang akan lahir.

Menurut Suparyanto 2011 diperoleh berbagai dukungan sosial suami yang di harapkan istri : Suami sangat mendambakan bayi dalam kandungan istri. Suami menunjukkan kebahagiaan pada kelahiran bayinya. Suami memperhatikan kesehatan istri yakni menanyakan keadaan istri dan bayinya. Suami mengantar dan memahami istrinya di

saat akan dilakukannya proses persalinan Suami tidak menyakiti istrinya Suami menghibur/menenangkan ketika ada masalah yang dihadapi istri. Suami menasehati agar istri tidak terlalu lelah bekerja di rumah/di tempat kerja. Suami membantu tugas istri. Suami berdo'a untuk kesehatan/keselamatan istri dan anaknya. Suami menunggu ketika istri melahirkan. Suami menunggu ketika istri di operasi. Diperoleh atau tidak diperolehnya dukungan sosial suami tergantung pada keintiman hubungan, ada komunikasi yang bermakna dan ada masalah atau kekhawatiran dalam biaya

Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya (Stuart & Sundeen, 1998) Kecemasan dapat menimbulkan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya sering mengaktifkan saraf otonom dimana detak jantung menjadi bertambah, tekanan darah naik, frekuensi nafas bertambah dan secara umum mengurangi tingkat energi pada klien, sehingga dapat merugikan individu itu sendiri (Rothrock, 1999)

Menurut Hurlock (1990) dalam Kartono (2006), kecemasan adalah bentuk perasaan khawatir, gelisah dan perasaan-perasaan lain yang kurang menyenangkan. Biasanya perasaan-perasaan ini disertai oleh rasa kurang percaya diri, tidak mampu, merasa rendah diri, dan tidak mampu menghadapi suatu masalah.

Menurut Hartoyo (2009), bahwa stressor pencetus kecemasan dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu: Ancaman terhadap integritas fisik, meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Ancaman terhadap system diri, dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi integritas sosial. Faktor internal dan eksternal dapat mengancam harga diri. Faktor eksternal meliputi kehilangan nilai diri akibat kematian, cerai, atau perubahan jabatan. Faktor internal meliputi kesulitan interpersonal di rumah atau tempat kerja.

Menurut Carpenito (2006), ada beberapa faktor yang berhubungan dengan munculnya

kecemasan yaitu : Patofisiologis, yaitu setiap faktor yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia akan makanan, air, kenyamanan dan keamanan. Berhubungan dengan kehilangan orang terdekat karena kematian, perceraian, tekanan budaya, perpindahan, dan adanya perpisahan sementara atau permanen. Berhubungan dengan ancaman integritas biologis : yaitu penyakit, terkena penyakit mendadak, sekarat, dan penanganan-penanganan medis terhadap sakit. Berhubungan dengan perubahan dalam lingkungannya misalnya: pencemaran lingkungan, pensiun, dan bahaya terhadap keamanan. Berhubungan dengan perubahan status sosial ekonomi, misalnya: pengangguran, pekerjaan baru, dan promosi jabatan. Berhubungan dengan kecemasan orang lain terhadap individu. Situasional (orang dan lingkungan) berhubungan dengan ancaman konsep diri terhadap perubahan status, adanya kegagalan, kehilangan benda yang dimiliki, dan kurang penghargaan dari orang lain seperti kurangnya dukungan suami.

Menurut Hawari (2001) beberapa teori yang mengemukakan faktor predisposisi terjadinya cemas adalah: Potensi stressor. Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi. Pada ibu hamil ia berupaya untuk beradaptasi pada kehamilan dan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya sampai pada saat menghadapi kelahiran atau persalinan. Maturitas

Ibu hamil yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat stres karena ibu hamil yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap stres. Tingkat pendidikan dan status ekonomi. Pendidikan dan pengetahuan ibu dapat mempengaruhi kecemasan karena kurangnya informasi tentang persalinan baik dari orang terdekat, keluarga ataupun dari berbagai media seperti majalah dan lain sebagainya. Keadaan fisik Ibu hamil yang mengalami gangguan fisik seperti cedera akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami stres. Sosial budaya Seorang ibu yang mendapatkan dukungan positif dari keluarga, suami dan teman

dekat akan merasa lebih tenang dalam menghadapi proses persalinan. Di beberapa daerah tertentu ada kebudayaan yang tidak mengizinkan suami berada dekat istri pada saat melahirkan dengan alasan tidak etis, kondisi ini dapat menyebabkan istri tidak mendapat dukungan dan akan merasa lebih cemas saat persalinan. Umur Ibu hamil yang umurnya lebih muda atau belum matur ternyata lebih mudah mengalami gangguan stres daripada ibu hamil yang usianya lebih tua atau lebih matur.

Setiap individu pasti pernah merasakan perasaan tidak nyaman, takut waswas akan suatu hal dalam hidupnya, salah satunya adalah perasaan cemas. Ada beberapa gejala tentang kecemasan menurut Morgan (2009) yaitu : Gejala fisiologis : gemetar, tegang, nyeri otot, letih, tidak dapat santai, kelopak mata bergetar, kening berkerut, muka tegang, tak dapat diam, mudah kaget, berkeringat, jantung berdebar cepat, rasa dingin, telapak tangan lembab, mulut kering, pusing, kepala terasa ringan, kesemutan, rasa mual, rasa aliran panas dingin, sering kencing, diare, rasa tidak enak di ulu hati, kerongkongan tersumbat, muka merah dan pucat, denyut nadi dan nafas yang cepat waktu istirahat. Gejala psikologis : rasa khawatir yang berlebihan tentang hal-hal yang akan datang, seperti cemas, khawatir, takut, berpikir berulang-ulang, membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya maupun orang lain, kewaspadaan yang berlebih, diantaranya adalah mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih, sulit konsentrasi, merasa nyeri, dan sukar tidur.

Selain hal diatas Arfikoh (2008), menambahkan tentang gejala-gejala kecemasan yang lain diantaranya adalah gelisah, adanya perasaan tidak berdaya, tidak nyaman, insomnia, menarik diri, gangguan pola makan, komunikasi verbal menurun, perasaan terancam atau ketakutan yang luar biasa, pikiran terpusat pada gangguan fisiknya dan kesadaran diri menurun, merasa mual, banyak berkeringat, gemetar dan seringkali diare.

Kecemasan ringan Adalah suatu keadaan dimana seorang mengalami peningkatan kesadaran yang terangsang untuk melakukan tindakan secara positif, sedangkan dalam

pemeriksaan tertentu mengalami peningkatan suhu. Tanda-tanda :

Ketegangan ringan, kewaspadaan tinggi, penginderaan lebih tajam, persepsi meluas dan mampu menyelesaikan masalah.

Kecemasan sedang adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa lebih tegang, mengalami penurunan konsentrasi dan persepsi, merasa sadar tetapi fokus pikirannya sempit dan mengalami gangguan peningkatan tanda-tanda vital, sakit kepala, mual, sering buang air besar, palpitasi dan letih. Kewaspadaan berlebihan, lebih tegang, pikiran lebih luas, lebih sadar padahal detail yang berkaitan dengan stresor.

Kecemasan berat adalah suatu keadaan dimana seseorang atau individu mengalami gangguan persepsi dan perasaan selalu terancam, ketakutan yang meningkat dan adanya diskomunikasi serta mengalami peningkatan suhu tubuh yang lebih dramatis, serta timbul gangguan seperti diare, diaforesis, palpitasi, nyeri dada dan muntah. Lapang persepsi sangat sempit, sulit untuk ditembus, berkurang pada detail tidak mampu membuat kaitan dengan kesulitan menyelesaikan masalah (Carpenito, 2006).

Respon atau Gejala Terhadap Cemas Menurut HARS dalam Nursalam (2015)

- a. Perasaan cemas
Firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan
Merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- c. Ketakutan
Pada gelap, di tinggal sendiri, takut pada orang lain/orang asing.
- d. Gangguan tidur
Sukar tidur, terbangun di malam hari, tidur tidak pulas, mimpi buruk dan menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan
Sulit berkonsentrasi, daya ingat buruk, bingung.
- f. Perasaan depresi
Hilang minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah setiap hari.
- g. Gejala somatik (sensorik)

- Telinga berdengung, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- h. Gejala somatik (otot)
Nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak, suara tidak stabil
 - i. Gejala kardiovaskuler
Berdebar-debar, nyeri dada, rasa lesu/lemas seperti mau pingsan, denyut jantung hilang/berhenti sekejap.
 - j. Gejala respirasi
Rasa tertekan atau sempit dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas dalam, nafas pendek atau sesak.
 - k. Gejala GIT (Gastrointestinal tractus)
Sulit menelan, perut melilit, nyeri sebelum dan sesudah makan, rasa panas, rasa penuh atau kembung, buang air besar lembek, mual dan muntah, berat badan menurun.
 - l. Gejala urogenital
Sering buang air kecil, tidak dapat menahan kencing, keluar darah sedikit, perdarahan banyak.
 - m. Gejala autonom
Mulut kering, muka pucat, mudah berkeringat, pusing atau sakit kepala, merinding/bulu-bulu berdiri.
 - n. Gejala tingkah laku
Gelisah, tidak tenang, tangan dan kaki gemetar, muka merah, ketegangan pada otot, nafas pendek dan cepat.

Penilaian Tingkat Kecemasan Menurut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) dalam Nursalam (2014)

Penilaian

Skor 0	: Tidak ada gejala
Skor 1, ringan	: Ada 1 dari gejala yang ada
Skor 2, sedang	: Ada separuh dari kgejala yang ada
Skor 3, berat	: Lebih dari separuh dari gejala yang ada
Skor 4, sangat berat	: Semua gejala ada

Penilaian Derajat Kecemasan

Skor < 6	: Tidak ada kecemasan
Skor 6-14	: Kecemasan ringan
15-2	: Kecemasan sedang
> 27	: Kecemasan berat

Akibat Adanya Kecemasan

Perilaku : gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghalangi, melarikan diri dari masalah.

Kognitif : perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berpikir, kreativitas menurun, bingung, kehilangan kontrol, takut kehilangan atau kematian.

Afektif : mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, dan gelisah.(Hartoyo, 2009)

Mekanisme koping kecemasan pada persalinan Menurut Bobak (2014), mekanisme koping yang dapat dilakukan pada saat mengalami kecemasan pada persalinan adalah sebagai berikut :

Wanita dapat menunjukkan perilaku perilaku berikut: bersikap vokal atau non vokal, berteriak atau mengeluh atau keduanya dapat merupakan respon ritual terhadap kecemasan. Melakukan stimulasi untuk mengurangi cemas contohnya mengalihkan perhatian. Melakukan tehnik relaksasi , autosugesti sebagai tehnik untuk mengatasi cemas.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian non eksperimental dengan jenis *correlational study* dan desain yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional* yaitu pendekatan yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independent (dukungan suami) dengan variabel dependent (kecemasan ibu pre operasi *sectio caesarea*).

Penelitian ini populasinya adalah seluruh ibu bersalin pre operasi SC di RSUD RA.Basoeni Mojokerto selama satu bulan. Sampel pada penelitian ini adalah ibu bersalin pre operasi SC di RSUD RA Basoeni Mojokerto pada tanggal 27 Desember 2011 – 20 Januari 2012 yang berjumlah 27 responden Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *non prprobability sampling* dengan cara *concecutive sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan waktu dan kriteria. Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan suami. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kecemasan ibu pre operasi *Sectio Caesarea* (SC).Penelitian

dilaksanakan di RSUD RA Basoeni Mojokerto dilakukan pada tahun 2017

Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data melalui tahapan *Editing*, *Coding*, *Skoring*, dan *Tabulating*. Dan dilakukan analisa univariat dan bivariat.

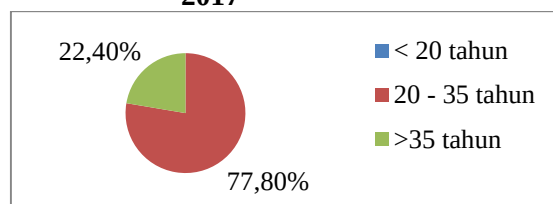
Untuk mengetahui hubungan antara variabel, dilakukan uji statistik *spearman rank* dengan tingkat signifikan 0,05 menggunakan SPSS 16 for windows untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel tergantung yang berskala ordinal dan ordinal (Sugiyono, 2007). Jika $\rho < 0,05$ maka H_0 (hipotesa nol) ditolak, artinya ada hubungan antara dukungan sosial suami dengan kecemasan ibu menghadapi operasi *sectio caesarea*.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Suami dengan Kecemasan Ibu Melakukan Operasi *Sectio Caesarea* (SC) di RSUD RA BASOENI Mojokerto” yang dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan Oktober 2017. Pengolahan data berdasarkan data umum dan data khusus. Data umum menampilkan karakteristik responden berdasarkan pendidikan, umur, pekerjaan, paritas operasi keberapa. Data khusus menampilkan karakteristik dari variabel independen dan variabel dependen.

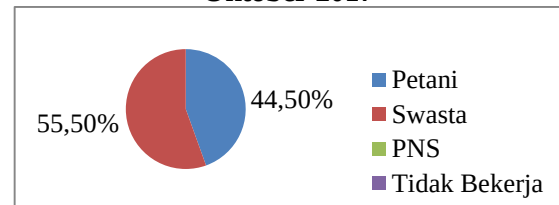
Rumah Sakit Umum Daerah R.A. Basoeni Mojokerto terletak di wilayah Kecamatan Gedeg Kabupaten Mojokerto, tepatnya di Desa Gedeg, Jalan Raya Gedeg No. 17. Dengan batas-batas wilayah sebagai berikut : Sebelah Barat dengan Jalan Desa Gedeg, sungai dan SD Gedeg Sebelah Selatan dengan Jalan Raya Gedeg Sebelah Utara dengan perkampungan Desa Gedeg. Sebelah Timur dengan perkampungan Desa Gedeg

Diagram 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Suami di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



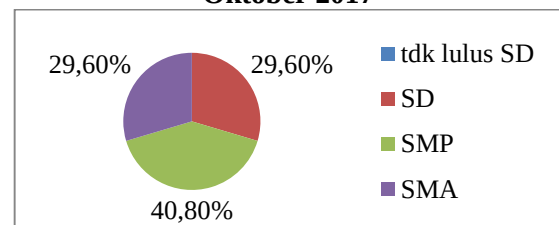
Berdasarkan diagram 4.1 terlihat bahwa sebagian besar suami berumur 20-35 tahun yaitu 21 responden (77,8 %).

Diagram 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Suami di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



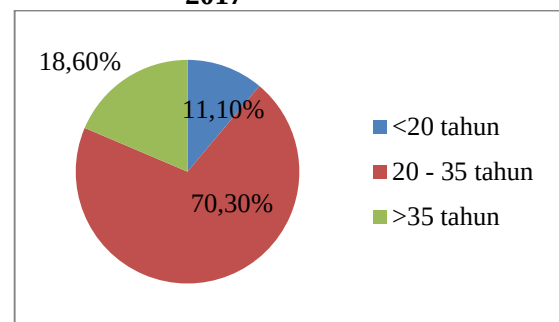
Berdasarkan diagram 4.2 diatas didapatkan bahwa paling banyak suami bekerja sebagai swasta sebanyak 15 orang (55,5 %).

Diagram 4.3 Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir Ibu di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



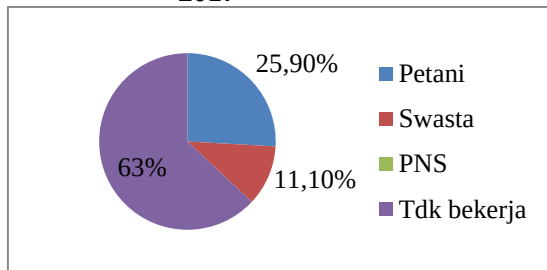
Berdasarkan diagram 4.3 terlihat bahwa paling banyak responden berpendidikan terakhir SMP yaitu 11 responden (40,8 %).

Diagram 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan umur ibu di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



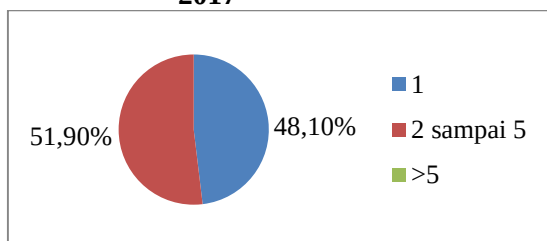
Berdasarkan diagram 4.4 terlihat bahwa sebagian besar responden berumur 20- 35 tahun sebanyak 19 responden (70,3 %).

Diagram 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



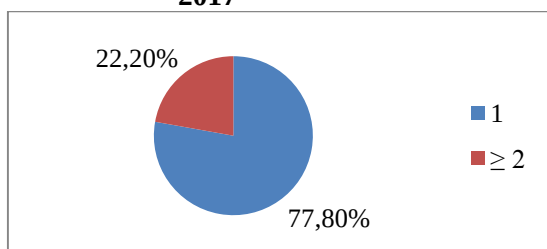
Berdasarkan diagram 4.5 didapatkan sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 17 responden (63%)

Diagram 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Ibu Melahirkan Anak Yang Keberapa di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



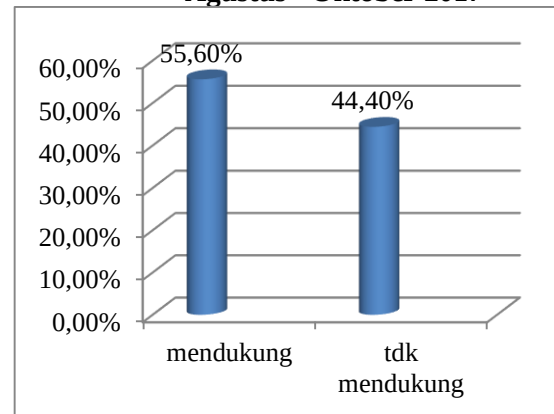
Berdasarkan diagram 4.6 didapatkan bahwa sebagian besar ibu melahirkan anak ke 2-5 sebanyak 14 responden (51,9%).

Diagram 4.7 Responden berdasarkan berapa kali pernah dioperasi SC di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



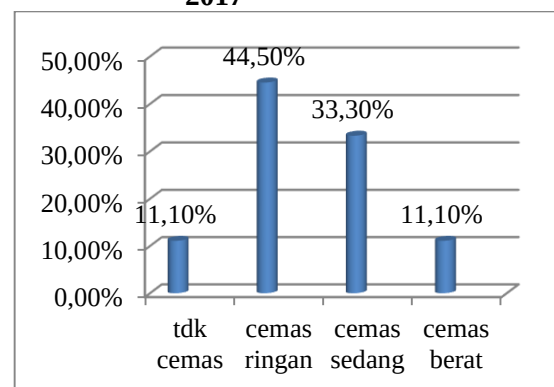
Berdasarkan diagram 4.7 didapatkan bahwa sebagian besar responden di operasi adalah pertama kali yaitu 21 responden (77,8%)

Diagram 4.8 Dukungan Suami di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



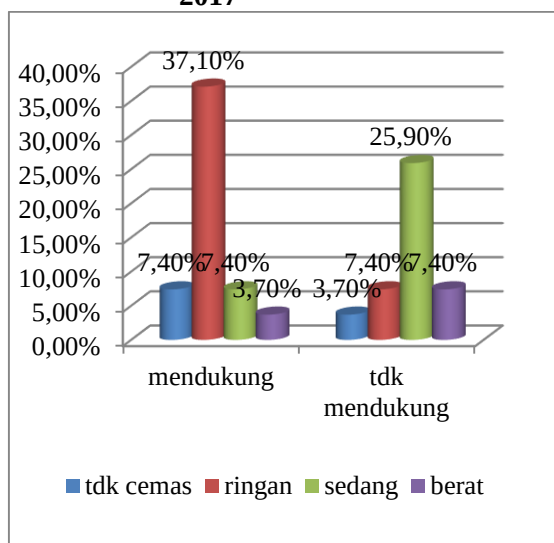
Berdasarkan diagram 4.8 dapat diketahui bahwa sebagian besar suami mendukung ibu dalam melakukan operasi SC sebanyak 15 responden (55,6%).

Diagram 4.9 Kecemasan Ibu Pre SC Melakukan Operasi SC di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



Berdasarkan diagram 4.9 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan saat melakukan operasi SC sebanyak 12 responden (44,5%).

Diagram 4.10 Hubungan Dukungan Suami Dengan Kecemasan Ibu Pre SC Melakukan Operasi SC di RSUD RA BASOENI Mojokerto Agustus - Oktober 2017



Berdasarkan hasil tabulasi silang pada diagram 4.10 didapatkan dari 27 orang suami yang tidak mendukung ibu melakukan operasi SC tetapi ibu tidak mengalami kecemasan adalah sebanyak 1 responden (3,7 %), sedangkan suami yang mendukung tetapi ibu mengalami cemas berat adalah 1 responden (3,7%). Setelah dilakukan uji statistik *spearman rank* mendapatkan hasil bahwa nilai r_s 0,461 dengan p value 0,016 maka p value $< 0,05$ yang artinya bahwa H_0 ditolak sehingga ada hubungan dukungan suami dengan kecemasan ibu melakukan operasi SC (*Seccio Caesarea*).

a. Dukungan Suami

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa lebih dari 50% suami mendukung ibu dalam melakukan SC yaitu sebanyak 15 responden (55,6%) sementara 12 responden (44.4 %) tidak didukung suami. Hal ini berarti bahwa di RSUD RA Basoeni Mojokerto terdapat dukungan suami dengan kategori baik yaitu ibu pre SC selama menjalani perawatan di rumah sakit sebagian besar mendapatkan dukungan dari suaminya.

Dukungan sosial (suami) merupakan salah satu bentuk interaksi sosial yang di dalamnya terdapat hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata, bantuan tersebut akan menempatkan individu-individu

yang terlibat dalam sistem sosial yang pada akhirnya akan dapat memberikan cinta, perhatian maupun *sense of attachment* baik pada keluarga sosial maupun pasangan (Ingela, 2009). Dukungan suami sangat penting dan tidak bisa diremehkan dan yang tak kalah penting membangun suasana positif, dimana istri merasakan hari-hari pertama yang melelahkan. Oleh sebab itu dukungan atau sikap positif dari pasangan dan keluarga akan memberi kekuatan tersendiri bagi ibu pre operasi SC.

Dukungan sosial suami yang sangat diharapkan oleh sang istri antara lain suami mendambakan bayi dalam kandungan istri, suami menunjukkan kebahagiaan pada kelahiran bayi, memperhatikan kesehatan istri, mengantar dan memahami istrinya, tidak menyakiti istri, berdo'a untuk keselamatan istri dan suami menunggu ketika istri di operasi (Harymawan, 2008). Oleh karena itu, penting sekali memberikan informasi dan pengetahuan kepada suami tentang operasi dalam persalinan sehingga suami mendukung dalam penatalaksanaan operasi *sectio caesarea* (Wanda, 2008).

Dukungan suami terhadap ibu pre *sectio caesarea* bisa ditunjukkan dengan berbagai cara, seperti memberi ketenangan kepada istri, membantu sebagian pekerjaan istri atau bahkan sekadar memberi pijatan ringan bila istri merasa pegal. Diharapkan, dengan dukungan total dari suami, istri dapat melewati kecemasan dengan perasaan senang dan jauh dari depresi (Arfikoh, 2009).

Walaupun dukungan suami lebih banyak dari yang tidak mendukung, responden yang tidak mendukung istri diharapkan diberikan suatu kesadaran bahwa dukungan itu sangat diperlukan bagi istri dalam menghadapi operasi, karena dampak dari dukungan ini sangat luas. Suami memegang peranan penting dalam hal ini dan diharapkan suami menyadari bahwa istri sangat membutuhkannya pada saat saat tertentu dan suami diharapkan ada saat istri membutuhkannya. Dukungan itu tidak hanya berupa dukungan psikologis tapi dukungan fisiologis, penilaian, informasi dan finansial sangat dibutuhkan oleh istri, jadi dukungan yang diberikan itu dikemas secara utuh sehingga istri merasa nyaman dan dapat menjalani operasi dengan baik. Suami diharapkan tidak membuat stres pada saat istri

melakukan operasi karena dampak dari stress ini sangat membahayakan istri.

b. Kecemasan Ibu Menghadapi Operasi *Sectio Caesarea*

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa paling banyak responden mengalami kecemasan ringan saat akan melakukan operasi SC sebanyak 12 responden (44,5%). Hal ini disebabkan karena operasi SC adalah suatu tindakan medis yang harus dilakukan dan tidak ada alternatif tindakan lain dalam proses persalinan sehingga merasa pasrah dalam menjalani SC tersebut. Pada mayoritas responden mengalami perasaan cemas, nyeri otot, sering menarik nafas panjang, dan sering kencing.. Perasaan cemas yang di alami setiap ibu berbeda-beda, disini kecenderungan yang lebih sering mengalami kecemasan yaitu pada ibu primigravida.

Kecemasan adalah gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2008:165). Kecemasan ibu dalam melakukan operasi *Sectio caesarea* ditentukan oleh beberapa faktor antara lain: patofisiologis, kehilangan orang terdekat, perubahan lingkungan, perubahan status ekonomi, kecemasan orang lain terhadap individu, situasional seperti dukungan suami (Capernito, 2006).

Respon atau gejala cemas menurut HARS seperti: adanya perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik (sensorik), gangguan somatik (otot), gejala kardiovaskuler (jantung), kondisi pernafasan, gangguan pencernaan (GIT), gejala orogenital (perkemihan), gejala autonom, dan gejala tingkah laku (Nursalam, 2003)

Faktor yang menyebabkan kecemasan pada ibu pre operasi SC yaitu cerita mengerikan yaitu ketakutan karena sering mendengar cerita mengerikan dari kerabat atau teman tentang pengalaman saat melahirkan dengan operasi SC, pengalaman tidak menyenangkan yaitu terdapat teman atau kerabat yang pada saat operasi mengalami kenyataan yang tidak diinginkan seperti ibu atau bayi didalam kandungan meninggal, usia ibu saat hamil yaitu bagi calon ibu yang mengandung anak mengalami rasa cemas dan takut yang meningkat saat kehamilan makin

bertambah mendekati operasi SC tingkat pendidikan yaitu jika ibu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mampu mengatasi kecemasan dengan menggunakan coping efektif dan konstruktif dari pada yang berpendidikan rendah, dan social ekonomi yaitu dikarenakan orang yang bekerja memiliki banyak informasi dari orang lain dimana informasi yang diperoleh mengandung persepsi yang berbeda-beda diantaranya cerita tentang operasi SC yang tidak menyenangkan.

Ibu yang akan melahirkan dengan operasi SC berharap operasinya akan berjalan lancar, namun demikian tidak sedikit dari lingkungan memberi wacana bahwa operasi SC dapat terjadi keadaan tidak normal, sehingga ibu khawatir terjadi hal-hal yang tidak normal saat proses operasi berlangsung

Solusi yang diberikan yaitu dengan yaitu dengan memberikan pengertian pada ibu tentang peristiwa operasi SC, menunjukkan kesediaan menolong, dan memberikan gambaran yang jelas tentang proses operasi SC, serta mengalihkan perhatian ibu dengan mengajak berbicara agar tidak terfokus pada rasa khawatir yang dirasakan.

c. Hubungan Dukungan Suami Dengan Kecemasan Ibu Melakukan Operasi *Sectio Caesarea*

Berdasarkan hasil tabulasi silang pada tabel 4.10 didapatkan hasil bahwa dari suami yang mendukung tetapi ibu masih mengalami kecemasan berat yaitu 1 responden (3,7%) serta dari suami yang tidak mendukung ibu yang tidak mengalami kecemasan juga ada 1 responden (3,7%) Setelah dilakukan uji statistik *Spearman Rank* dengan menggunakan SPSS mendapatkan hasil $p = 0,016 < 0,05$ yang artinya ada hubungan dukungan suami dengan kecemasan ibu melakukan operasi SC (*Sectio Caesarea*).

Dari hasil penelitian juga diketahui bahwa 3 responden (11.1%) mengalami kecemasan berat, dimana 3 responden adalah ibu primigravida, 2 responden tidak mendapat dukungan suami dan 2 responden berumur < 20 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa maturitas, usia dan dukungan suami berkaitan dengan tingkat kecemasan ibu pre operasi SC. Menurut Hawari (2001) faktor predisposisi terjadinya cemas adalah potensi stressor, maturitas, tingkat pendidikan, keadaan fisik, sosial budaya dan umur.

Dr. Judi Januadi Endjun, SPOG, RS Gatot Subroto, 2006 mengatakan bahwa ibu *pre sectio caesarea* mengalami perasaan rendah diri yang ditandai dengan hubungan interpersonal yang kurang harmonis antara keluarga dan tenaga kesehatan. Ibu *pre sectio caesarea* cenderung takut dan merasa khawatir tidak bisa berperan di dalam keluarga (Januadi, 2008).

Kekhawatiran ibu untuk tidak dapat berperan di dalam keluarga pada pasien *pre operasi* dikarenakan kurangnya dukungan sosial keluarga pada pasien sehingga penderita merasa rendah diri dan tidak diperhatikan. Oleh karena itu penting sekali memberikan informasi dan pengetahuan kepada keluarga tentang operasi dalam persalinan sehingga keluarga mendukung dalam penatalaksanaan operasi *sectio caesarea* (Wanda, 2008).

Kecemasan pada ibu yang akan di operasi SC dikarenakan ketakutan terhadap kondisi bayinya apakah cacat atau normal, apakah ibu bersalin dengan selamat. Kecemasan atau perasaan khawatir yang dialami oleh ibu bersalin dapat berkurang dengan memberikan perhatian misalnya dengan mendampingi ibu pada saat persalinan, mendoakan ibu pada saat persalinan, memberikan semangat dan support pada ibu bahwa semuanya akan berjalan dengan lancar.

Setiap ibu *pre operasi* SC tidak terlepas dari lingkungan sosialnya karena dari lingkungan ini mereka mendapatkan banyak informasi tentang operasi SC. Kecemasan ibu bersalin dapat menurun bila didukung oleh faktor lingkungan keluarga yang positif, misalnya suami selalu mendampingi dan memberikan semangat pada ibu, keluarga ikut mendukung dan memberikan motivasi, dan memberikan informasi tentang proses operasinya dapat berjalan lancar. Hal ini membuat ibu mampu beradaptasi dan menerima serta memahami operasi SC, tidak perlu takut karena cerita teman atau saudara yang mengerikan tentang operasi SC. Dengan demikian ibu bersalin akan lebih siap secara fisik maupun mental dalam menghadapi proses operasi SC. Diharapkan bagi suami dan keluarga selalu mendukung ibu yang akan melakukan operasi SC, karena dukungan ini diharapkan akan mengurangi kecemasan pada ibu *pre operasi* SC.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD RA Basoeni Mojokerto dapat disimpulkan Sebagian besar suami memberikan dukungan kepada ibu dalam melakukan operasi *sectio caesarea* sebanyak 15 responden (55,6%). Sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan saat melakukan operasi *sectio caesarea* sebanyak 12 responden (44,5%) dan Hasil uji statistik *spearman rank* dengan menggunakan SPSS mendapatkan hasil $p = 0,016 < 0,05$ maka H_0 ditolak artinya ada hubungan dukungan suami dengan kecemasan ibu melakukan operasi SC (*Sectio caesarea*).

Saran Bagi ibu *pre operasi sectio caesarea* (SC) Diharapkan waktu menghadapi *pre operasi* SC ibu dapat didampingi suami sehingga kecemasan dapat teratasi melalui dukungan suami. Bagi Petugas kesehatan (perawat/bidan) Diharapkan petugas kesehatan meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara konseling sebelum dilakukan operasi SC sehingga pasien merasa lebih nyaman karena didampingi petugas dan mendapat dukungan suami. Bagi Institusi Pendidikan Diharapkan lebih meningkatkan teknik pembelajaran mahasiswa khususnya dibidang psikologi agar mahasiswa mengerti perubahan psikologis ibu *pre operasi* SC. Bagi Masyarakat (suami) Diharapkan untuk tetap mendukung istri saat akan melakukan operasi SC melalui pendampingan ibu selama persalinan. Bagi Peneliti selanjutnya Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat meneruskan penelitian ini dengan penelitian *experimental* sehingga hasilnya akan lebih representatif.

REFERENSI

1. Aziz, H. A. (2014). *metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
2. Azwar. (2002). *Sikap Manusia*. Yogyakarta: Pustaka pelajar Offset.
3. Bobak. (2015). *keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
4. Bobak. (2015). *Perawatan Maternitas dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
5. Friedman. (2013). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
6. Friedman. (2014). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.

7. Hawari. (2001). *Stess Depresi Kecemasan*. Jakarta: EGC.
8. Jatim, D. (2008). Standart Pelayanan Minimal. www.dinkes.jatim.com.
9. Kartono. (2006). *Pelilaku Manusia*. Jakarta: ISBN.
10. Nazir. (2005). *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
11. Nursalam. (2014). *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
12. Perry, P. (2013). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
13. Pratisto. (2009). *Statistik Menjadi Mudah Dengan SPSS 17*. Jakarta: PT Elex media Computindo.
14. Prawirohardjo. (2015). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBPSP.
15. Suddarth, B. &. (1996). *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
16. Sugiono. (2007). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
17. Suhita. (2005). *Psikologi Wanita*. Jakarta: Pustaka Hidayah.
18. Suririnah. (2008). *Buku Pintar Kehamilan Dan Persalinan*. Jakarta: gramedia Pustaka Utama.
19. Suryaningsih. (2007, May 22). Tips Mengatasi Stres Saat Kehamilan. <http://www.suryaningsih.wordpress.com>.
20. Wanda. (2008). persepsi ibu bersalin pada persalinan SC. <http://www.info-jawapost.co.id>.
21. Winkjosastro. (2015). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: YBPSP.