

# Jurnal

---

## Kebidanan dan Keperawatan

---

Vol. 11 No. 2, Desember 2015

ISSN 1858-0610

- Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kader Posyandu dalam Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**  
Enny Fitriahadi 83-95
- Kajian Implementasi Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI Eksklusif**  
Dian Anggraini, Mufdlilah 96-102
- Sunat Perempuan dalam Perspektif Budaya, Agama dan Kesehatan (Studi Kasus di Masyarakat Desa Baddui Kecamatan Galesong Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan)**  
Islamiyatur Rokhmah, Ummu Hani 103-111
- Efektivitas Cognitive Behavioural Educational Intervention pada Pasien Post Trans Urethral Resection of The Prostate di RS PKU Muhammadiyah Bantul**  
Wantonoro, M. Dahlan 112-118
- Pengaruh Penyuluhan terhadap Pengetahuan tentang Kanker Leher Rahim pada Wanita Usia Subur di Kelurahan Bongsari Semarang Barat Tahun 2011**  
Sri Wahyuni 119-125
- Peran Orang Tua terhadap Konsumsi Alkohol pada Remaja Putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan Tahun 2015**  
Amirul Amalia 126-134
- Pengaruh Jambu Biji Merah terhadap Kadar Hb Saat Menstruasi pada Mahasiswi DIII Kebidanan STIKES Muhammadiyah Lamongan**  
Sulistiyowati 135-142
- Pengaruh Kompres Dingin terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif di BPS Ny. Mujiati Kabupaten Lamongan**  
Lilin Turlina, Nepi Vilanti Eka Ratnasari 143-150
- Gambaran Pelaksanaan Bedside Teaching pada Praktik Klinik Kebidanan Prodi Kebidanan Jenjang Diploma III STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta**  
Rosmita Nuzuliana, Kharisah Diniyah, Esitra Herfanda 151-157
- Indikasi Adverse Selection pada Peserta Non PBI Mandiri Janiman Kesehatan Nasional (JKN) di RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta**  
Sri Sularsih Endartiwi 158-167
- Tingkat Nyeri Pemasangan Kateter Menggunakan Jeli Oles dan Jeli yang Dimasukkan Urethra**  
Diyah Candra Anita, Kustiningsih 168-176
- Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi dengan Persepsi Masyarakat tentang Gantung Diri di Kecamatan Karangmojo Kabupaten Gunungkidul Yogyakarta**  
Tiwi Sudyasih, Mamat Lukman 177-183

Indeks Subjek Jurnal Kebidanan dan Keperawatan (JKK) Vol. 11, No 2, Tahun 2015

Indeks Pengarang Jurnal Kebidanan dan Keperawatan (JKK) Vol. 11, No 2, Tahun 2015

Daftar Nama Mitra Bestari sebagai Penelaah Tahun 2015



# ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU KADER POSYANDU DALAM PELAYANAN MINIMAL PENIMBANGAN BALITA

**Enny Fitriahadi**

STIKES 'Aisyiah Yogyakarta

E-mail: ennyfitriahadi@rocketmail.com

**Abstract:** The purpose of this study was to identify and analyze the characteristics (age, education, length becomes cadres, employment and income), knowledge, attitude, support of community leaders, health workers support. The research method research method used was survey sample. The approach used is cross sectional with an explanatory study. The sample in this research were 30 respondents. Data analysis using Chi Square formula. The findings indicate that the results of the Chi square test with CI = 95% ( $\alpha = 0.05$ ) was obtained p.value = 0.035, because p.value  $< \alpha$  then  $H_a$  accepted and  $H_o$  rejected, so it can be interpreted that there is a relationship between support officers health cadre's behavior in a child's weight minimum service in Posyandu.

**Keywords:** cadre's behavior, minimal servicing child's weight

**Abstrak:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan menganalisis karakteristik (umur, pendidikan, lama menjadi kader, pekerjaan dan penghasilan), pengetahuan, sikap, dukungan tokoh masyarakat, dukungan petugas kesehatan. Metode penelitian metode penelitian yang digunakan adalah survey sample. Pendekatan yang digunakan adalah cross sectional dengan studi explanatory. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 responden. Analisis datanya menggunakan rumus Chi Square. Hasil temuan menunjukkan bahwa hasil uji dengan Chi square dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh p.value = 0,035, karena p.value  $< \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Kata kunci:** perilaku kader posyandu, pelayanan minimal penimbangan balita

## PENDAHULUAN

Tugas kader posyandu dalam kegiatan penimbangan balita begitu kompleks hal ini sebagai konsekuensi tuntutan masyarakat terhadap adanya kebutuhan akan pelayanan minimal dalam penimbangan balita yang berkualitas tinggi. Melalui tugas pelayanan minimal penimbangan balita, diharapkan dapat menunjukkan kontribusi profesionalnya secara nyata dalam meningkatkan kualitas pelayanan minimal penimbangan balita yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan secara umum dan meningkatkan kualitas hidup serta kesejahteraan masyarakat. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Handayani, 2004).

Indikator dalam mengukur derajat kesehatan masyarakat diantaranya adalah Angka Kesakitan dan Kematian Balita di Indonesia yang masih memprihatinkan. Menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2014 (SDKI) Angka Kematian Bayi 32 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita 44 per 1000 kelahiran hidup, namun pencapaiannya masih jauh dari yang diharapkan. Atas dasar pemikiran itu maka upaya untuk meningkatkan kesehatan balita menjadi sangat penting dengan upaya pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas. Menurut Azwar (1988) *output* merupakan hasil dari suatu pekerjaan administrasi, dalam ilmu kesehatan dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health service*).

Salah satu bentuk sumber daya yang ada dan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan adalah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang dibentuk oleh dan untuk masyarakat itu sendiri. Posyandu merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh, dari dan untuk

masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu dan balita dengan dukungan teknis petugas puskesmas. Kegiatan posyandu meliputi 5 program pelayanan dasar, yaitu Keluarga Berencana (KB), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Peningkatan Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan Diare. Tugas kader posyandu dalam penimbangan balita ini meliputi melakukan pendataan terhadap balita di wilayahnya, memberikan informasi kepada ibu untuk datang ke posyandu serta melakukan penimbangan pada balita.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam studi *eksplanatori* (*explanatory research*) yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan terikat melalui pengujian hipotesis. Sedangkan metode penelitian yang digunakan adalah *survey sample* yaitu penelitian yang mengambil sampel dari suatu populasi dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data yang pokok.

Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu subyek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Suharsimi, 2010). Pendekatan yang digunakan terdiri dari pendekatan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif dengan metode survey yaitu mendeskripsikan kecenderungan perilaku individu dalam populasi. Pendekatan kuantitatif ini menggunakan angka mulai dari pengumpulan data, penafsiran terhadap data serta penampilan dari hasilnya.

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah semua kader posyandu yang ada di dusun Beji Sidoarum, yang berjumlah 344 kader posyandu. Sampel-sampel yang diambil

**Tabel 1. Jumlah Penduduk Berdasarkan Kelompok Umur**

No	RT	Kelompok Umur (Tahun)										Jumlah
		0-4		5-19		20-39		40-60		>60		
		L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	
1	RT 6	720	711	2237	2216	4303	4281	2530	3351	206	129	21791
2	RT 7	387	349	1870	1546	2010	1969	1699	1672	327	366	11802
3	RT 13	602	566	1649	1588	1655	1549	1883	1856	829	825	12198
Jumlah		1709	1626	5756	5350	7968	7799	6112	6879	1362	1320	45791

sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Jumlah sampel yang diambil peneliti dari jumlah populasi adalah 185 responden. Sampel dalam penelitian ini adalah kader posyandu yang memenuhi kriteria inklusi.

Proses pengambilan sampel pada setiap posyandu dilakukan dengan cara membuat daftar nama kader posyandu yang diperoleh dari masing-masing kelurahan atau desa, kemudian dirandom melalui sistem komputer. Setelah dirandom melalui sistem komputer maka akan diperoleh nama-nama kader posyandu yang menjadi responden. Selanjutnya peneliti mendatangi rumah kader posyandu tersebut untuk pengambilan data dengan melakukan wawancara. Hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dianalisis dengan uji *Chi Square* untuk menyimpulkan apakah ada hubungan yang bermakna atau tidak.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Karakteristik Responden

Setelah dilakukan penelitian pada bulan Juni 2015, pada kader posyandu yang berada di wilayah Dusun Beji Kelurahan Sidoarum, didapatkan beberapa gambaran keadaan wilayah serta hasil penelitian. Dusun Beji merupakan bagian dari wilayah binaan puskesmas Godean I yang terletak di wilayah kelurahan Sidoarum kecamatan Godean Kabupaten Sleman, dengan luas wilayah 6.587,5 Ha, yang secara administrasi terbagi menjadi 3 RT yaitu RT 6, RT 7 dan RT 13. Jumlah penduduk di Dusun Beji

sebanyak 45.791 jiwa, adapun jumlah penduduk dari masing-masing RT ditampilkan dalam Tabel 1.

Hasil penelitian berupa karakteristik responden yang ditinjau dari segi umur, reward, pendidikan, lama menjadi kader, dan pekerjaan ditampilkan dalam Tabel 2-6.

**Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur**

No	Kategori Umur	Frekuensi	Persentase
1	Muda < 38	30	16,2
2	Dewasa ≥ 38	155	83,8
Jumlah		185	100

Tabel 2 memperlihatkan bahwa kategori umur dewasa (83,8%) lebih banyak dibandingkan dengan kategori muda (16,2%).

**Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Pemberian Reward**

No	Kategori Reward	Frekuensi	Persentase
1	Tidak diberikan reward	181	97,8
2	Diberikan reward	4	2,2
Jumlah		185	100

Tabel 3 memperlihatkan bahwa kategori tidak diberikan reward (97,8%) lebih banyak dibandingkan dengan yang diberikan reward (2,2%).

Tabel 4 memperlihatkan bahwa kategori pendidikan menengah (82,2%) lebih banyak dibandingkan dengan kelompok pendidikan dasar (16,8%) dan kelompok pendidikan tinggi (1,1%).

**Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan**

No	Kategori Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	Pendidikan dasar	31	16,8
2	Pendidikan menengah	152	82,2
3	Pendidikan tinggi	2	1,1
	Jumlah	185	100

**Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menjadi Kader**

No	Kategori Lama Menjadi Kader	Frekuensi	Persentase
1	Baru <9 tahun	44	23,8
2	Lama $\geq$ 9 tahun	141	76,2
	Jumlah	185	100

Tabel 5 memperlihatkan bahwa kategori lama (76,2%) lebih banyak dibandingkan dengan kategori baru (23,8%).

**Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan**

No	Kategori Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
1	Tidak bekerja	173	93,5
2	Bekerja	12	6,5
	Jumlah	185	100

Tabel 6 memperlihatkan bahwa kategori tidak bekerja (93,5%) lebih banyak dibandingkan dengan kategori bekerja (6,5%).

**Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan**

No	Kategori Penghasilan	Frekuensi	Persentase
1	Di bawah UMP (< Rp.1.150.000)	170	91,9
2	Di atas UMP ( $\geq$ Rp.1.150.000)	15	8,1
	Jumlah	185	100

Tabel 7 memperlihatkan bahwa kategori penghasilan di bawah UMP (91,9%) lebih banyak dibandingkan dengan kategori penghasilan di atas UMP (8,1%).

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian. Analisis ini akan menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Variabel yang dianalisa adalah sebagai berikut.

### Pengetahuan Responden Mengenai Pelayanan Minimal Penimbangan Balita

Kategori pengetahuan responden dinyatakan baik apabila dapat menjawab dengan baik lebih dari atau sama dengan 11 item pertanyaan dan dinyatakan kurang apabila dapat menjawab dengan baik kurang dari 11 item pertanyaan. Distribusi jawaban pengetahuan responden tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu berdasarkan analisis peneliti menurut jawaban responden dapat disajikan sebagai berikut:

**Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Pelayanan Minimal Penimbangan Balita (PMPB)**

No	Pengetahuan Responden tentang Pelayanan Minimal Penimbangan Balita	Frekuensi	Persentase
1	Kurang < 11	39	21,1
2	Baik $\geq$ 11	146	78,9
	Total	185	100,0

Tabel 8 memperlihatkan bahwa dari 185 responden yang memiliki pengetahuan tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu dengan kategori baik (78,9%) lebih banyak dibandingkan dengan kategori kurang (21,1%).

### Sikap Responden Terhadap Pelayanan Minimal Penimbangan Balita

Kategori sikap responden dinyatakan baik apabila dapat menjawab dengan baik lebih dari atau sama dengan 11 item pertanyaan dan dinyatakan kurang apabila dapat

menjawab dengan baik kurang dari 11 item pertanyaan. Distribusi jawaban sikap responden tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu berdasarkan analisis peneliti menurut jawaban responden dapat disajikan sebagai berikut:

**Tabel 9. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap tentang Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**

No	Sikap Responden tentang Pelayanan Minimal Penimbangan Balita	Frekuensi	Persentase
1	Kurang < 11	32	17,3
2	Baik $\geq$ 11	153	82,7
	Total	185	100

Tabel 9 menunjukkan bahwa persentase responden dengan sikap yang baik tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu (82,7%) lebih besar dibandingkan dengan sikap yang kurang (17,3%).

#### Ketersediaan Sumber Daya Kesehatan

**Tabel 10. Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Sumber Daya Kesehatan tentang Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**

No	Ketersediaan Sumber Daya Kesehatan	Frekuensi	Persentase
1	Kurang < 2	3	1,6
2	Baik $\geq$ 2	182	98,4
	Total	185	100

Tabel 10 di atas menunjukkan bahwa persentase ketersediaan sumber daya kesehatan yang baik tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu lebih besar (98,4%) dibandingkan dengan ketersediaan sumber daya kesehatan yang kurang (1,6%).

#### Dukungan Tokoh Masyarakat Terhadap Pelayanan Penimbangan Balita

Kategori dukungan tokoh masyarakat terhadap pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu dinyatakan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat apabila dapat menjawab dengan baik pertanyaan sebanyak lebih dari atau sama dengan 5 item pertanyaan dan dinyatakan kurang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat apabila dapat menjawab dengan baik kurang dari 5 item pertanyaan. Distribusi jawaban dukungan tokoh masyarakat terhadap pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu berdasarkan jawaban responden dapat disajikan sebagai berikut:

**Tabel 11. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Tokoh Masyarakat Terhadap PMPB**

No	Dukungan Tokoh Masyarakat	Frekuensi	Persentase
1	Tidak setuju < 5	77	41,6
2	Setuju $\geq$ 5	108	58,4
	Total	185	100

Tabel 11 menunjukkan bahwa persentase sebagian besar dukungan tokoh masyarakat yang mendukung tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu (58,4%) dibandingkan dengan dukungan tokoh masyarakat yang tidak mendukung (41,6%).

#### Dukungan Petugas Kesehatan Terhadap Pelayanan Minimal Penimbangan Balita

Kategori dukungan petugas kesehatan terhadap pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu dinyatakan mendapat dukungan dari petugas kesehatan apabila dapat menjawab dengan baik pertanyaan sebanyak lebih dari atau sama dengan 5 item pertanyaan dan dinyatakan kurang menda-

pat dukungan dari petugas kesehatan apabila dapat menjawab dengan baik kurang dari 5 item pertanyaan. Distribusi jawaban dukungan petugas kesehatan terhadap pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu berdasarkan jawaban responden dapat disajikan sebagai berikut;

**Tabel 12. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Petugas Kesehatan Terhadap Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**

No	Dukungan Petugas Kesehatan	Frekuensi	Persentase
1	Tidak setuju < 5	55	29,7
2	Setuju $\geq$ 5	130	70,3
	Total	185	100

Tabel 12 menunjukkan bahwa persentase dukungan petugas kesehatan yang mendukung tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu (70,3%) lebih besar dibandingkan dengan dukungan petugas kesehatan yang tidak mendukung (29,7%).

#### Perilaku Kader Posyandu dalam Pelayanan Minimal Penimbangan Balita

Distribusi jawaban atas pertanyaan perilaku responden terhadap pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu berdasarkan analisis peneliti, menurut jawaban responden dapat disajikan sebagai berikut:

**Tabel 13. Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Kader dalam Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**

No	Perilaku Kader	Frekuensi	Persentase
1	Tidak rutin < 11,5	96	51,9
2	Rutin $\geq$ 11,5	89	48,1
	Total	185	100

Tabel 13 menunjukkan bahwa distribusi perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita sebagian besar kategori tidak rutin (51,9%) dibandingkan dengan kategori rutin (48,1%).

#### Analisis Bivariat

Analisis *bivariat* ini dilakukan untuk melihat pola atau kecenderungan hubungan antara dua variabel yang diteliti dan dibuat dalam bentuk tabel distribusi dan dengan uji hipotesis. Analisis *bivariat* dalam penelitian ini menggunakan *uji chi square* yang bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Adapun analisis *bivariat* pervariabel dapat disajikan sebagai berikut:

**Tabel 14. Hubungan Umur Responden dengan Perilaku Kader dalam Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**

No	Umur	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita		Total			
		Tidak Rutin	Rutin	n	%		
1	Muda < 38	17	56,7	13	43,3	30	100,0
2	Dewasa $\geq$ 38	79	51,0	76	49,0	155	100,0

$\alpha = 5\%$   $p\text{ value} : 0,567$

Tabel 14 menunjukkan responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian besar dilakukan oleh mereka yang berumur muda (56,7%) dibandingkan dengan mereka yang berumur dewasa (51,0%). Hasil uji menggunakan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p\text{ value} = 0,567$ , karena  $p\text{ value} > \alpha$  maka  $H_0$  diterima, dan  $H_a$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik umur dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.



**Tabel 15. Hubungan reward responden dengan perilaku kader dalam PMPB di posyandu**

No	Reward	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak diberikan reward	88	47,6	84	45,4	172	100
2	Diberikan reward	2	1,1	11	5,9	13	100

$\alpha = 5\%$   $p Value = 0,013$

Tabel 15 menunjukkan responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian besar oleh mereka yang tidak pernah mendapatkan reward (47,6%) dibandingkan dengan mereka yang pernah mendapat reward (1,1%). Hasil uji menggunakan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p.value = 0,013$ , karena  $p.value < \alpha$  maka  $H_a$  diterima, dan  $H_o$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan antara karakteristik reward dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

Penelitian ini sudah sesuai dengan teori Green (2000), dimana reward termasuk faktor yang mempermudah (*predisposing faktor*) terjadinya perubahan perilaku seseorang. Pemberian reward seseorang akan dapat berpengaruh terhadap perilaku tertentu di dalam masyarakat. Melalui pemberian reward kader posyandu akan termotivasi terus untuk selalu belajar dan mengikuti setiap kegiatan yang dilaksanakan di posyandu dan kegiatan puskesmas.

Tabel 16 menunjukkan responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang berpendidikan menengah (54,6%) dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan

tinggi (50,0%) dan dasar (38,7%). Hasil uji menggunakan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p.value = 0,271$ , karena  $p.value > \alpha$  maka  $H_o$  diterima, dan  $H_a$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik pendidikan dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Tabel 16. Hubungan Pendidikan Responden dengan Perilaku PMPB di Posyandu**

No	Pendidikan	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Pendidikan Dasar	12	38,7	19	61,3	31	100
2	Pendidikan Menengah	83	54,6	69	45,4	152	100
3	Pendidikan Tinggi	1	50,0	1	50,0	2	100

$\alpha = 5\%$   $p Value = 0,271$

**Tabel 17. Hubungan Antara Lama Menjadi Kader dengan Perilaku PMPB di Posyandu**

No	Lama Menjadi Kader	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Baru < 9 tahun	25	56,5	19	43,2	44	100
2	Lama $\geq$ 9 tahun	71	50,4	70	49,6	141	100

$\alpha = 5\%$   $p Value = 0,454$

Tabel 17 menunjukkan responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang baru menjadi kader (56,5%) dibanding dengan mereka yang lama menjadi kader (50,4%). Hasil uji menggunakan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p.value = 0,454$ , karena  $p.value > \alpha$  maka  $H_o$  dite-

rima, dan Ha ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik lama menjadi kader dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Tabel 18. Hubungan Antara Pekerjaan Responden dengan Perilaku PMPB di Posyandu**

No	Pekerjaan	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak Bekerja	91	52,6	82	47,4	173	100
2	Bekerja	5	41,7	7	58,3	12	100

$\alpha = 5\%$   $p \text{ Value} = 0,463$

Tabel 18 menunjukkan responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang tidak bekerja (52,6%) dibandingkan dengan mereka yang bekerja (41,7%). Hasil uji menggunakan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p \text{ value} = 0,463$ , karena  $p \text{ value} > \alpha$  maka Ho diterima, dan Ha ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik pekerjaan dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

Tabel 19 menunjukkan responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang berpenghasilan di bawah (52,4%) dibandingkan dengan mereka yang berpenghasilan di atas (46,7%). Hasil uji menggunakan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p \text{ value} = 0,673$ , karena  $p \text{ value} > \alpha$  maka Ho diterima, dan Ha ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik penghasilan dengan

perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Tabel 19. Hubungan Antara Penghasilan Responden dengan Perilaku PMPB di Posyandu**

No	Penghasilan	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Di bawah (< Rp.1.150.000)	89	52,4	81	47,6	170	100
2	Di atas ( $\geq$ Rp.1.150.000)	7	46,7	8	53,3	15	100

$\alpha = 5\%$   $p \text{ Value} = 0,673$

**Tabel 20. Hubungan Antara Pengetahuan Responden dengan Perilaku PMPB di Posyandu**

No	Pengetahuan Responden tentang Pelayanan Minimal Penimbangan Balita	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang < 11	26	66,7	13	33,3	39	100
2	Baik $\geq$ 11	70	47,9	76	52,1	146	100

$\alpha = 5\%$   $p \text{ Value} = 0,038$

Tabel 20 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian pada pengetahuan tentang pelayanan minimal penimbangan balita yang kurang (66,7%) dibandingkan dengan pengetahuan tentang pelayanan minimal penimbangan balita yang baik (47,9%). Hasil uji dengan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p \text{ value} = 0,038$ , karena  $p \text{ value} < \alpha$  maka Ho ditolak dan Ha diterima, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan kader posyandu dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Tabel 21. Hubungan Antara Pengetahuan Responden (Sebelum) dengan Perilaku Sebelum PMPB di Posyandu**

No	Pengetahuan Responden (sebelum) tentang PMP Balita	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%	n	%
1	Kurang < 11	16	8,7	18	9,8	34	100
2	Baik ≥ 11	50	27,2	100	54,3	150	100

$\alpha = 5\%$   $p \text{ Value} = 0,132$

**Tabel 22. Hubungan Antara Pengetahuan Responden (Saat) dengan Perilaku PMPB di Posyandu**

No	Pengetahuan Responden (saat) tentang PMP Balita	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%	n	%
1	Kurang < 11	31	16,8	11	5,9	42	100
2	Baik ≥ 11	76	41,1	67	32,6	143	100

$\alpha = 5\%$   $p \text{ Value} = 0,017$

**Tabel 23. Hubungan antara Pengetahuan Responden (Sesudah) dengan Perilaku Sesudah PMPB**

No	Pengetahuan Responden (sesudah) tentang PMP Balita	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	N	%	n	%
1	Kurang < 11	34	18,4	13	7,0	47	100
2	Baik ≥ 11	65	35,1	73	39,5	138	100

$\alpha = 5\%$   $p \text{ Value} = 0,003$

Berdasarkan Tabel 21, 22 dan 23 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang dominan sebagian pada pengetahuan sesudah tentang pelayanan minimal penimbangan balita dengan  $p \text{ Value} = 0,003$  dibandingkan dengan

pengetahuan saat  $p \text{ Value} = 0,017$  dan sebelum pelayanan minimal penimbangan balita  $p \text{ Value} = 0,132$ .

Adanya kecenderungan tersebut menunjukkan adanya hubungan bahwa dengan masih kurangnya pengetahuan kader, tentu saja kemampuan pemahaman kader untuk merealisasikan pada perilaku yang positif belum cukup bekal pemahaman sehingga hasilnya perilaku yang dihasilkan tetap saja kurang. Sebaliknya pada kondisi kader dengan tingkat pengetahuan yang cukup akan semakin menambah wawasan pengetahuan, meningkatkan pemahaman serta untuk selanjutnya bisa menjadikan tertarik untuk mau mencoba, menimbang baik buruknya perilaku baru, dan apabila dirasa positif akan tergerak mempraktekkan perilaku baru.

Hal ini sesuai dengan Rogers (1974) (*cit* Notoatmodjo, 2003) bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru, di dalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan yakni: 1) *Awarenes* (kesadaran), seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus; 2) *Interest* (merasa tertarik), merasa tertarik terhadap stimulus; 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), subjek menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus; 4) *Trial* (mencoba), subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus dan 5) *Adoption* (berperilaku), yaitu subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Selain itu menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan kader sangat penting dalam mendasari terbentuknya perilaku yang mendukung atau tidak mendukung dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu. Kader dengan pengetahuan rendah mengenai penimbangan balita merupakan faktor predisposisi yang tidak mendukung dalam perilaku penimbangan balita. Peran kader sangat diperlukan dalam membimbing, memberikan penyuluhan,

mengingatkan dan menyediakan fasilitas kepada masyarakat atau ibu-ibu agar bersedia dan mau untuk menimbang bayinya di posyandu.

**Tabel 24. Hubungan Antara Sikap Responden dengan Perilaku PMPB**

No	Sikap Responden tentang PMPB	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang < 11	23	71,9	9	28,1	32	100
2	Baik ≥ 11	73	47,7	80	52,3	153	100

α = 5% p Value = 0,013

Tabel 24 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang mempunyai sikap tentang pelayanan minimal penimbangan balita yang kurang (71,9%) dibandingkan dengan mereka yang mempunyai sikap tentang pelayanan minimal penimbangan balita yang baik (47,7%).

Hasil uji dengan *Chi square* dengan CI = 95% (α = 0,05) diperoleh *p. value* = 0,013, karena *p. value* < α maka Ho ditolak dan Ha diterima, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan antara sikap kader posyandu dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Tabel 25. Hubungan Antara Sikap Responden (Sebelum) dengan Perilaku Sebelum PMPB**

No	Sikap Responden (sebelum) tentang PMPB	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang < 11	5	2,7	13	7,1	18	100
2	Baik ≥ 11	61	33,2	105	57,1	166	100

α = 5% p Value = 0,451

**Tabel 26. Hubungan Antara Sikap Responden (Saat) dengan Perilaku Saat PMPB**

No	Sikap Responden (saat) tentang PMPB	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang < 11	9	4,9	6	3,2	15	100
2	Baik ≥ 11	98	53,0	72	38,9	170	100

α = 5% p Value = 0,086

**Tabel 27. Hubungan Antara Sikap Responden (Sesudah) dengan Perilaku Sesudah PMPB di Posyandu**

No	Sikap Responden (sesudah) tentang PMPB	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang < 11	15	8,1	6	3,2	21	100
2	Baik ≥ 11	84	45,4	80	43,2	164	100

α = 5% p Value = 0,080

Berdasarkan Tabel 25, 26 dan 27 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang dominan sebagian pada sikap sesudah tentang pelayanan minimal penimbangan balita dengan *p Value* = 0,080 dibandingkan dengan pengetahuan saat *p Value* = 0,086 dan sebelum pelayanan minimal penimbangan balita *p Value* = 0,451.

**Tabel 28. Hubungan Antara Ketersediaan Sumber Daya Kesehatan dengan Perilaku PMPB**

No	Ketersediaan Sumber Daya Kesehatan	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Kurang < 2	14	7,6	6	3,2	20	100,0
2	Baik ≥ 2	76	41,1	89	48,1	165	100

α = 5% p Value = 0,043

Tabel 28 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian pada ketersediaan sumber daya kesehatan yang baik (41,1%) dibanding dengan yang kurang (7,6%). Hasil uji dengan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p.value = 0,043$ , karena  $p.value < \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan antara ketersediaan sumber daya kesehatan dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

**Tabel 29. Hubungan Antara Dukungan Tokoh Masyarakat dengan Perilaku PMPB**

No	Dukungan Tokoh Masyarakat	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak setuju < 5	36	46,8	41	53,2	77	100
2	Setuju $\geq 5$	60	55,6	48	44,4	108	100

$\alpha = 5\%$   $p Value = 0,238$

**Tabel 30. Hubungan antara Dukungan Petugas Kesehatan dengan Perilaku Pelayanan Minimal Penimbangan Balita**

No	Dukungan Petugas Kesehatan	Pelayanan Minimal Penimbangan Balita				Total	
		Tidak Rutin		Rutin		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak setuju < 5	22	40,0	33	60,0	55	100
2	Setuju $\geq 5$	74	56,9	56	43,1	130	100

$\alpha = 5\%$   $p Value = 0,035$

Tabel 29 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang mendapat dukungan dari tokoh masyarakat (55,6%) dibandingkan dengan

mereka yang tidak mendapat dukungan dari tokoh masyarakat (46,8%). Hasil uji dengan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p.value = 0,238$ , karena  $p.value > \alpha$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan tokoh masyarakat dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

Tabel 30 memperlihatkan bahwa responden yang melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yang tidak rutin sebagian dilakukan oleh mereka yang mendapat dukungan dari petugas kesehatan (56,9%) dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapat dukungan dari tenaga kesehatan (40,0%). Hasil uji dengan *Chi square* dengan CI = 95% ( $\alpha = 0,05$ ) diperoleh  $p.value = 0,035$ , karena  $p.value < \alpha$  maka  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak, sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

Teori Green terbukti sesuai dalam penelitian ini bahwa perubahan perilaku salah satunya dipengaruhi oleh peran tenaga kesehatan dimana hal ini merupakan salah satu faktor dari *reinforcing* faktor (penguat). Faktor penguat ini merupakan faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang. Sumber penguat tergantung pada tujuan dan jenis program. Misalnya dukungan tenaga kesehatan (Green, 2000). Meskipun secara statistik menunjukkan adanya hubungan antar dukungan tenaga kesehatan dimana adanya hubungan ini dengan adanya dukungan positif tidak berdampak pada perubahan perilaku yang baik dikarenakan dukungan yang diberikan belum optimal. Selama ini belum semua tenaga kesehatan memberikan dukungan kepada kader posyandu.

**Tabel 31. Rangkuman Hasil Uji Bivariat**

No	Variabel Independent	Variabel Dependent	<i>p. value</i>	Keterangan
1	Umur dalam tahun		0,567	Tidak ada hubungan
2	<b>Reward</b>		<b>0,013</b>	<b>Ada hubungan</b>
3	Pendidikan		0,271	Tidak ada hubungan
4	Lama Menjadi Kader		0,454	Tidak ada hubungan
5	Pekerjaan		0,463	Tidak ada hubungan
6	Penghasilan	perilaku kader	0,673	Tidak ada hubungan
7	<b>Pengetahuan</b>	posyandu dalam	<b>0,038</b>	<b>Ada hubungan</b>
8	<b>Sikap</b>	PMPB di posyandu	<b>0,013</b>	<b>Ada hubungan</b>
9	<b>Ketersediaan sumber daya</b>		<b>0,043</b>	<b>Ada hubungan</b>
10	Dukungan Toma		0,238	Tidak ada hubungan
11	<b>Dukungan Petugas</b>		<b>0,035</b>	<b>Ada hubungan</b>

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2003). Begitu juga halnya terhadap kader, apabila ada dukungan dari petugas kesehatan maka kader posyandu juga akan merasa termotivasi atau terdorong untuk melakukan pelaksanaan kegiatan posyandu dengan lebih baik. Tetapi sebaliknya berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya dukungan dari petugas kesehatan dalam pelayanan minimal penimbangan balita perilaku kader posyandu semakin rendah.

Hasil penelitian mengatakan bahwa dukungan petugas kesehatan merupakan faktor yang dominan berpengaruh (Sucipto, 2009).

Berdasarkan hasil uji bivariat dari 11 tersebut di atas dapat diketahui ada 5 variabel yang ada hubungan ( $p. value < \alpha$ ) dan 6 variabel yang tidak ada hubungan ( $p. value > \alpha$ ) dengan perilaku kader posyandu dalam pelayanan minimal penim-

bulan balita di posyandu. Rangkuman hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 31.

Analisa *multivariat* dilakukan dengan menggunakan uji *regresi logistic* ganda, dimana nantinya diperoleh model regresi yang mampu menjelaskan hubungan variabel *independent* terhadap variabel *dependent* yang sebelumnya dilakukan prosedur formal dengan melakukan analisis *bivariat* untuk menyaring variabel-variabel penting dan memasukkan serta mengeluarkan variabel-variabel dalam model analisis *multivariat*.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan karakteristik responden dapat diketahui kategori umur paling banyak berasal dari kelompok muda (56,7%), tingkat pendidikan paling banyak adalah pendidikan menengah (54,6%), lama menjadi kader paling banyak adalah kader baru (56,5%), pekerjaan mayoritas adalah kader yang tidak bekerja (52,6%) dan penghasilan dalam posisi dibawah UMR (52,4%). Dukungan tokoh masyarakat tentang pelayanan minimal penimbangan balita paling banyak adalah dengan kategori mendukung (55,6%) dibandingkan dengan kategori tidak mendukung (46,8%). Dukungan dari

tokoh masyarakat yang masih rendah adalah pemberian tunjangan hari raya kepada kader pada saat idul fitri (69,7%).

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut, perilaku kader dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu paling banyak adalah kategori tidak rutin (51,9%). Perilaku kader yang tidak rutin adalah kader jarang memberikan demonstrasi menu seimbang (81,6%) dan kader juga tidak pernah mengirim balita yang sakit ke posyandu (86,5%).

Ada 4 faktor yang berpengaruh terhadap perilaku kader dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yaitu: 1) variabel pengetahuan kader tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu, 2) variabel dukungan petugas kesehatan tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu, 3) variabel *reward* tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu, dan 4) variabel pendidikan kader tentang pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

Disamping itu, ada 5 variabel yang berhubungan dengan perilaku kader dalam pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu yaitu, variabel *reward*, variabel pengetahuan kader tentang pelayanan minimal, variabel sikap kader tentang pelayanan minimal, variabel ketersediaan sumber daya kesehatan, dan variabel dukungan tenaga kesehatan.

#### Saran

Dari hasil penelitian, pengetahuan, sikap, dukungan petugas kesehatan dan *reward* mempengaruhi perilaku kader terhadap pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu. Untuk itu peneliti memberikan beberapa saran bagi kader posyandu dapat mengikuti pembinaan pelatihan dan refreasing terutama kader yang masih baru agar melakukan pelayanan minimal penimbangan balita sesuai dengan prosedur, serta

mengadakan pelatihan kepada kader untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap kader dalam melakukan pelayanan minimal penimbangan balita di posyandu.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Azrul, Azwar. 1988. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara: Jakarta.
- Green, L. W, and Kreuter, M. W. 2000. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach 2-nd Edition*. Mayfield Publishing Co: Toronto London.
- Handayani, S. 2004. *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Status Pekerjaan Kader dengan Tingkat Pengetahuan tentang Sistem Informasi Posyandu di Kelurahan Banaran Kec. Boyolali Kab. Boyolali*.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- SDKI. 2014. *Angka Kematian Bayi dan Balita*, (Online), (<http://posyore.com/2014/04/29/aki-dan-akb-masih-tinggi-kemkes-kampanye-pedulikan-kesehatan-ibu-2014>), diakses 23 April 2015.
- Sucipto, E. 2009. *Berbagai Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kader Posyandu dalam Penimbangan Balita D/S di Posyandu di Wilayah Puskesmas Geyer II Kabupaten Grobogan*.
- Suharsimi, A. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta: Yogyakarta.

# **KAJIAN IMPLEMENTASI PERATURAN DAERAH KOTA YOGYAKARTA NOMOR 1 TAHUN 2014 TENTANG PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF**

**Dian Anggraini, Mufdlilah**  
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta  
E-mail: mufdlilah.stikes@gmail.com

**Abstract:** The purpose of this study was to investigate the study of Yogyakarta regulation no 1 year 2014 about exclusive breastfeeding. The study employed qualitative study using inductive data analysis. The research subject was breastfeeding mothers and KP-mothers motivator taken through purposive sampling. The data were taken through in depth interview and focus group discussion. The research instrument was an interview guideline. The validity of the data used triangulation data. The on-going implementation are IMD, exclusive breast milk, cooperative care, and administrative sanction. The unaccomplished implementation is reward. The implementation which needs to be improved are monitoring, providing lactation room at offices and public facilities, and utilizing baby formula and other baby's products. The conclusion is the implementation of Yogyakarta city regulation has not realized yet because it does not run as the policy in the regulation of this area.

**Keywords:** implementation study, Yogyakarta regulation no 1 year 2014 about breastfeeding

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kajian implementasi Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang pemberian ASI eksklusif. Metode penelitian kualitatif menggunakan analisis data induktif. Penelitian deskriptif. Subjek penelitian ibu menyusui dan motivator KP-Ibu. Pengambilan sampel dengan teknik purposive sampling. Pengumpulan data menggunakan indepth interview dan focus group discussion. Alat pengumpulan data pedoman wawancara serta menggunakan triangulasi data sebagai alat untuk keabsahan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi yang telah berjalan ialah IMD, ASI eksklusif, rawat gabung, sanksi administratif, yang belum tercapai yaitu pemberian penghargaan. Dan yang belum berjalan dengan baik ialah pengawasan, pengadaan ruang laktasi di perkantoran dan sarana umum, penggunaan susu formula bayi dan produk bayi lainnya. Dukungan masyarakat yaitu adanya KP-Ibu yang dapat membantu program ASI Eksklusif. Kesimpulannya adalah Implementasi Peraturan Daerah Kota Yogyakarta belum dapat terealisasikan dengan baik karena belum berjalan sesuai dengan aturan kebijakan yang telah diundangkan di dalam isi Peraturan Daerah.

**Kata kunci:** kajian implementasi, Peraturan Daerah Kota Yogyakarta nomor 1 tahun 2014 tentang pemberian ASI eksklusif



## PENDAHULUAN

Berdasarkan Pembukaan UUD 1945 Negara Indonesia memikul tanggung jawab untuk melakukan upaya dalam mencerdaskan kehidupan bangsa agar memiliki generasi penerus bangsa yang cerdas, sehat jasmani dan rohani. Oleh sebab itu, pemerintah menjamin kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak sebagai generasi penerus bangsa yang salah satunya melalui Program Pemberian ASI Eksklusif (Budiasih, 2008). Negara Indonesia memiliki cakupan pemberian ASI Eksklusif yang berfluktuatif. Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2012 yaitu 48,6% dan sedikit meningkat menjadi 54,3% pada tahun 2013.

Indonesia memiliki 19 Provinsi yang mempunyai persentase ASI Eksklusif di atas 54,3%, pertama adalah NTB (79,74%), kedua adalah Sumatera Selatan (74,49%), ketiga adalah NTT (74,37%) dan terendah adalah Maluku (25,21%). Target pemberian ASI Eksklusif pada tahun 2014 adalah 80% (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Daerah Istimewa Yogyakarta terdiri dari 5 kabupaten di dalamnya. Pada tahun 2013 Kabupaten yang memiliki cakupan pemberian ASI Eksklusif tertinggi adalah Sleman (80,6%), kemudian diikuti oleh Kulon Progo (70,4%), Bantul (62,0%), Gunung Kidul (56,5%) dan yang terendah adalah Kota Yogyakarta dengan cakupan ASI Eksklusif sebesar (51,6%) (Dinas Kesehatan DIY, 2013).

Saat ini, menyusui dan ASI eksklusif merupakan persoalan mendasar dan bernilai sangat strategis sehingga perlu diatur sampai dengan Tingkat Peraturan Pemerintah (PP). Pembahasan Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) tentang ASI sampai menjadi Peraturan Pemerintah tentang Pemberian ASI eksklusif setidaknya dibutuhkan waktu paling tidak sekitar lima tahun untuk menggolkan regulasi tersebut (Fikawati dan Syaifiq, 2010). Perda Kota Yogyakarta No: 1 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI

Eksklusif telah diundangkan sekaligus mulai berlaku pada tanggal 1 Maret 2012. PP ini terdiri dari 10 bab, 43 pasal dengan total 55 ayat, dan mengatur 1) Ketentuan Umum; 2) Tanggung Jawab; 3) Air Susu Ibu Eksklusif; 4) Penggunaan Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya; 5) Tempat Kerja dan Tempat Sarana Umum; 6) Dukungan Masyarakat; dan 7) Pendanaan; 8) Pembinaan dan Pengawasan; 9) Ketentuan Peralihan; 10) Ketentuan Penutup (Peraturan Daerah Kota Yogyakarta No. 1 Tahun 2014).

Berhasilnya peningkatan penggunaan ASI eksklusif juga sangat tergantung pada petugas kesehatan seperti bidan yang merupakan ujung tombak dalam promosi ASI eksklusif terhadap ibu. Salah satu praktik pelayanan bidan kepada ibu adalah pelayanan dan pemeliharaan ASI termasuk ASI eksklusif. Perilaku seorang bidan akan mempengaruhi kinerjanya dalam melakukan pelayanan ASI kepada ibu. Motivasi bidan dalam pelayanan dan pemeliharaan ASI dapat dikatakan mempunyai peranan besar karena persiapan menyusui dari masa kehamilan sudah dapat diberikan melalui informasi mengenai ASI eksklusif (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Peraturan pemerintah ini diharapkan dapat terintegrasi dalam peraturan daerah dan dapat terealisasi demi tercapainya peningkatan jangkauan ASI eksklusif bagi seluruh bayi di Indonesia. Karena upaya preventif merupakan upaya yang paling murah, meskipun tidak mudah. ASI eksklusif merupakan hak mutlak dari setiap bayi (kecuali atas indikasi ibu memiliki penyakit tertentu tertentu). Mengingat begitu banyaknya manfaat ASI bagi bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif yaitu penelitian yang menekankan kepada analisis

non numerik dan analisis interpretatif terhadap fenomena sosial (Sulistyaningsih, 2011). Analisis yang digunakan adalah analisis data induktif. Penelitian deskriptif untuk menyelidiki keadaan dan memotret apa yang terjadi pada objek atau wilayah yang diteliti (Arikunto, 2010). Subyek penelitian adalah ibu menyusui dan motivator KP-Ibu.

Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, agar karakteristik tidak menyimpang, maka perlu ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi (Sugiyono, 2010). Prosedur pengumpulan data dengan *indepth interview* dengan ibu menyusui dan *focus group discussion* dengan motivator KP-Ibu (Poerwandari, 2005). Wawancara dilakukan dengan pedoman wawancara tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan dalam penelitian. Alokasi waktu adalah 120 menit untuk setiap responden selama 3 hari. Alat dan metode pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara, alat bantu menggunakan *handphone* dan *note book*.

Penelitian ini menggunakan triangulasi untuk memeriksa keabsahan data. Triangulasi dalam penelitian ini menggunakan triangulasi metode dengan telaah dokumen yang berkaitan dengan KP-Ibu, kemudian melakukan *cross check* dengan informan lain (suami dan pembina KP-Ibu) dan yang terakhir menggunakan triangulasi teori yang berupa sebuah rumusan informasi untuk membuat kesimpulan yang akan dihasilkan. Uji validitas dan kostruk dilakukan dengan pembimbing. Kredibilitas ditunjukkan ketika informan mengungkapkan bahwa transkrip penelitian benar sebagai pengalaman dirinya (Moleong, 2005). Proses pengolahan data dengan memberikan *coding* untuk memudahkan analisa dari partisipan satu dengan yang lainnya.

Analisis data yang pertama ialah pengumpulan data kemudian membuat bentuk transkrip verbatim, yang kedua adalah menemukan makna yang signifikan, yang

ketiga menentukan kategori atau tema, yang keempat mengelompokkan data kedalam satu tema dan yang terakhir menulis laporan dengan teliti, menulis setiap frase, kata dan kalimat serta mendeskripsikan data dan hasil analisa (Speziale dan Carpenter 2005). Etika penelitian kesehatan sangat penting karena penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia sehingga perlu diperhatikan *informed consent*, *anonimity* and *confidentiality* (Notoatmodjo, 2010).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan selama 7 hari sejak tanggal 16 Juni 2015-23 Juni 2015. Peneliti mendapatkan gambaran dan pengalaman secara nyata tentang implementasi Perda Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang pemberian ASI eksklusif. Berdasarkan penelitian, sosialisasi peraturan daerah telah dilakukan kepada para kader di setiap wilayah dan juga tenaga kesehatan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan guna menaikkan cakupan ASI eksklusif. Perda tersebut mengatur pemberian ASI eksklusif, pembatasan susu formula termasuk pembatasan pengiklanan susu formula dan pembentukan ruangan menyusui di perusahaan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kebijakan adalah komunikasi yang menyangkut proses penyampaian informasi atau transmisi kejelasan informasi serta konsistensi yang disampaikan.

Informan menyatakan bahwa jenis atau bentuk dari komunikasi adalah sosialisasi tentang ASI eksklusif, sosialisasi ruang menyusui, surat edaran untuk susu formula di fasilitas pelayanan kesehatan. Metode komunikasi yang digunakan oleh Dinas Kesehatan adalah metode pertemuan, diskusi, dan tanya jawab dengan metode *visual* yaitu melalui *power point* dan *handout* materi. Adanya sumber daya yang mencukupi untuk menjadi pelaksana implementasi cenderung akan membuat

lebih efektif. Sumber daya meliputi staf yang memiliki keahlian yang memadai, informasi mengenai bagaimana melaksanakan kebijakan, wewenang dari setiap program, dan fasilitas yang memadai.

Berdasarkan hasil penelitian, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta memiliki sumber daya sebanyak 8 orang tenaga ahli yang memiliki latar belakang pendidikan kesehatan yang berbeda seperti bidan dan ahli gizi. Tenaga ahli tersebut sudah memiliki wewenang terhadap masing-masing program sehingga dapat melakukan koordinasi dengan baik. Bagian yang terlibat dalam pelaksanaan ASI eksklusif antara lain pihak Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan jajaran didalamnya, pihak Puskesmas (bidan dan petugas gizi) yang bersinggungan langsung dengan masyarakat.

Adanya struktur birokrasi merupakan susunan komponen dalam unit kerja yaitu, pembagian fungsi atau kegiatan yang berbeda menjadi salah satu penunjang dari sumber daya tersebut. Aspek dari struktur birokrasi adalah adanya suatu SOP yang mengatur tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan program. Fragmentasi atau penyebaran tanggung jawab pada suatu area kebijakan. Oleh sebab itu perlu adanya kekuatan pemusatan koordinasi antara unit-unit yang terkait.

Agar suatu kebijakan dapat berjalan sesuai dengan harapan maka suatu kebijakan harus terlaksana dengan baik seperti kecocokan antara hukum tertulis dengan kebiasaan yang berlaku di masyarakat, mentalitas petugas yang menerapkan hukum atau kebijakan dapat melaksanakan isi dari kebijakan tersebut, fasilitas yang diharapkan juga mendukung pelaksanaan suatu peraturan hukum dan sebagai obyek, masyarakat harus memiliki kesadaran hukum, kepatuhan hukum agar peraturan dapat berjalan sesuai harapan. Acuan atau landasan hukum yang digunakan adalah Perda Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pemberian

ASI Eksklusif yang memuat peraturan hukum terkait pemberian ASI eksklusif di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat kerja dan sarana umum serta dukungan masyarakat yang dapat membantu keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

Implementasi juga merupakan suatu proses untuk melaksanakan kebijakan menjadi tindakan kebijakan dari politik ke dalam administrasi. Pengembangan kebijakan tersebut dalam rangka untuk penyempurnaan suatu program (Harsono, 2006). Implementasi yang telah berjalan dalam Perda Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI Eksklusif yaitu, hampir seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Yogyakarta telah menjalani pemberian IMD segera setelah lahir (setelah tali pusat di potong) terutama bagi ibu yang memungkinkan untuk melakukan IMD dan kemudian dilakukan rawat gabung. ASI eksklusif juga telah di sosialisasikan sejak saat masa kehamilan sampai dengan bayi lahir sehingga ibu telah menerima paparan informasi tentang ASI yang cukup baik. Pemberian ASI eksklusif dapat dipantau oleh Dinas Kesehatan melalui laporan cakupan ASI eksklusif di rumah sakit, puskesmas dan posyandu agar dapat mengetahui jumlah bayi yang diberikan ASI eksklusif atau tidak.

Peningkatan cakupan ASI eksklusif yang terjadi sejak tahun 2010 ke tahun 2011 meningkat 2,28%, tahun 2012 meningkat 8,58%, tahun 2013 meningkat 5,28% dan tahun 2014 meningkat 3,27%. Target ASI Eksklusif pada tahun 2014 adalah 80%, 2015 adalah 39% dan 2019 adalah 50%. Adanya jumlah kenaikan cakupan pemberian ASI eksklusif menandakan bahwa Program Pemberian ASI Eksklusif dapat berjalan sesuai dengan harapan.

Saat ini, Dinas Kesehatan juga mewajibkan kantor pemerintah dan swasta di Kota Yogyakarta untuk menyediakan ruang laktasi. Komplek Balai Desa Kota Yogyakarta

memiliki ruang laktasi yaitu di Dinas Kesehatan, Dinas Perizinan, Dinas Permukiman dan Prasarana Wilayah. Akan tetapi, di tempat kerja yang memperkejakan para wanita juga belum banyak yang menyediakan ruang laktasi. Minimnya jumlah fasilitas khusus tersebut akan membuat ibu kesulitan dalam menyusui atau memerahkan ASI untuk bayinya. Sedangkan di sarana umum Pemerintah Kota Yogyakarta telah membangun ruang laktasi di Stasiun Tugu Yogyakarta dan dilengkapi dengan perpustakaan dan ruang bermain anak. Sehingga, ibu menyusui yang harus bepergian dengan transportasi kereta api dapat memanfaatkan ruang tersebut.

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan program pemberian ASI eksklusif dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangan yang meliputi pelaksanaan advokasi dan sosialisasi program pemberian ASI eksklusif, membina, mengawasi dan mengevaluasi pencapaian pelaksanaan program pemberian ASI di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat kerja, sarana umum dan kegiatan di masyarakat. Pengawasan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan hanya 2 kali dalam 1 tahun dengan melakukan supervisi ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut kurang efektif untuk dapat memantau keberhasilan ASI eksklusif di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dinas Kesehatan juga telah berupaya untuk menyediakan akses informasi dan edukasi penyelenggaraan pemberian ASI eksklusif, memfasilitasi pelatihan teknik konseling menyusui dan menyediakan tenaga konselor menyusui di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan bidan praktek swasta.

Pengertian konselor menyusui disini adalah seseorang yang telah mengikuti pelatihan standar selama 40 jam dengan menggunakan modul pelatihan. Pelatihan ini menggunakan standar WHO, Kementerian Kesehatan dan UNICEF.

Jika terdapat seorang ibu memiliki indikasi medis dalam pemberian ASI, maka donor ASI dapat diberikan akan tetapi harus sesuai dengan norma agama dan mempertimbangkan aspek sosial budaya, mutu dan keamanan ASI. Ibu atau keluarga bayi penerima donor ASI bersama-sama dengan calon pendonor ASI membuat dan menandatangani surat pernyataan kerelaan donasi ASI. Ketentuan dalam pengelolaan donor ASI diatur lebih lanjut dengan Peraturan Walikota. Proses implementasi donor ASI telah berjalan belum cukup lama karena masih adanya faktor yang mempengaruhi ibu dan keluarga untuk dapat menerima donor ASI atau mendonorkan ASI-nya.

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan informasi dan edukasi ASI kepada calon ibu, ibu dan anggota keluarga sejak kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI eksklusif selesai berupa 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui. Hampir seluruh pelayanan fasilitas kesehatan telah memiliki konselor ASI (ahli gizi atau bidan) yang telah terlatih dalam pelatihan konselor ASI sehingga layak memberikan paparan informasi dan edukasi kepada ibu.

Penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya di fasilitas kesehatan masih dapat menerima bantuan susu formula untuk tujuan kemanusiaan akan tetapi setelah mendapatkan persetujuan dari Kepala SKPD, akan tetapi untuk ke depannya Pemerintah Kota Yogyakarta melarang keras untuk menerima bantuan dari susu formula tersebut. Seandainya ada seseorang bayi yang memiliki indikasi medis pemberian ASI dan meminum susu formula, maka sebagai konselor ASI harus menjelaskan penggunaan, cara pengolahan susu formula bayi kepada ibu atau keluarga bayi. Setiap tenaga kesehatan dilarang memberikan data ibu hamil, ibu bayi kepada distributor susu formula. Penyelenggara fasilitas kesehatan tidak diperkenankan mengadakan acara ibu dan

anak atas biaya yang disediakan oleh produsen susu formula yang dapat menghambat pemberian ASI eksklusif. Tenaga kesehatan juga dilarang menerima hadiah dari produsen susu formula.

Bentuk dukungan masyarakat terhadap program ASI eksklusif yaitu berupa program Kelompok Pendukung Ibu (KP-Ibu) yang merupakan sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang ASI dan praktek pemberian ASI Eksklusif, serta petugas kesehatan diharapkan mampu melakukan pendampingan teknis yang akhirnya akan membantu meningkatkan cakupan ASI Eksklusif. Kegiatan ini dilakukan secara langsung oleh tenaga kesehatan yaitu ahli gizi dan bidan yang telah dilatih sebelumnya. KP-Ibu adalah *peer-support* (kelompok sebaya) bukan kelas edukasi/penyuluhan. Dengan adanya dukungan masyarakat dapat membantu pelaksanaan program pemberian ASI eksklusif. Masyarakat juga dapat membantu menyebarkan informasi terkait ASI eksklusif, melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program pemberian ASI eksklusif.

Pelaksanaan program ASI eksklusif dapat memberikan penghargaan kepada penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan akan tetapi hal tersebut belum dapat terealisasi sehingga bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu melaksanakan program ASI eksklusif belum mendapatkan penghargaan sesuai dengan aturan hukum yang berlaku. Hal tersebut tidak sesuai dengan aturan sanksi yang telah berjalan.

Sanksi yang didapatkan oleh fasilitas layanan kesehatan yang tidak melaksanakan ketentuan yang ada didalam aturan hukum, maka akan mendapatkan sanksi administratif berupa teguran lisan, tertulis sampai pencabutan izin. Sampai saat ini, fasilitas pelayanan kesehatan belum ada satupun yang terkena sanksi administratif dan sejauh melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan tidak

ada yang memberikan susu formula kepada bayi yang dapat diberikan ASI oleh ibunya. Akan tetapi Dinas Kesehatan tidak mengetahui apakah dengan tanpa sepengetahuan Dinas Kesehatan masih terdapat fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan susu formula untuk bayi yang dapat diberikan ASI.

Adanya Peraturan Daerah ini, maka tempat kerja, sarana umum dan fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyesuaikan ketentuan dalam Peraturan Daerah ini paling lama selama 1 tahun. Setelah itu sudah wajib di terapkan dalam kegiatan sehari-hari dan Peraturan Daerah ini mulai berlaku sejak pada tanggal 27 Februari 2014 agar setiap orang mengetahui, dan memerintahkan pengundangan Peraturan Daerah ini dengan penempatannya dalam setiap lembar Perda Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Implementasi Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pemberian ASI eksklusif saat ini mampu menaikkan cakupan ASI eksklusif Kota Yogyakarta. Akan tetapi peraturan daerah tersebut belum dapat dikatakan baik karena masih terdapat beberapa ketentuan yang belum terealisasi sehingga menjadi hambatan untuk kemajuan program ASI eksklusif. Implementasi yang sudah berjalan tetapi belum maksimal ialah pembinaan dan pengawasan di wilayah kerja, pengadaan ruang laktasi di sarana umum dan perkantoran, donor ASI, penggunaan susu formula bayi dan produk bayi lainnya. Adanya dukungan masyarakat seperti KP-Ibu cukup dapat membantu berjalannya program ASI eksklusif.

### Saran

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Dinas Kesehatan Bagian Kesehatan Ibu dan Anak dalam hal perenca-

naan dan peningkatan program ASI Eksklusif seperti melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala, memberikan dukungan penuh kepada sasaran kebijakan yaitu ibu menyusui, tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, menambahkan pengadaan ruang laktasi atau pojok ASI dan memberikan bantuan dana berupa fisik dan non fisik demi berjalannya suatu program kebijakan agar dapat terealisasikan dengan baik.

Bagi anggota kelompok KP-Ibu diharapkan dapat memberikan masukan kepada anggota kelompok pendukung ibu untuk dapat lebih giat dan lebih aktif mengikuti kegiatan kelompok pendukung ibu sehingga diharapkan pengetahuan anggota tentang ASI Eksklusif dapat meningkat. Supervisi secara berkala, pendampingan KP-Ibu oleh Pembina, dan pengadaan sumber informasi terbaru sehingga anggota KP-Ibu dapat semakin aktif mengikuti kegiatan juga penting untuk dilaksanakan.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik (Edisi Revisi)*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Budiasih, S. K. 2008. *Buku Saku Ibu Menyusui*. Hayati Qualita: Bandung.
- Dinas Kesehatan DIY. 2013. *Profil Kesehatan DIY 2012*, (online), (<http://dinkes.jogjakota.go.id/documents/20120725082404-narasi-profil-2012.pdf>), diakses 20 Feb 2015.
- Fikawati, S, dan Syafiq, A. 2010. Kajian Implementasi dan Kebijakan ASI Eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini di Indonesia. *Makara Kesehatan*, Vol. 14(1): 17-24.
- Harsono, B. 2006. *Sejarah Pembentukan Undang-Undang Pokok Argaria, Isi dan Pelaksanaannya, Cet 8*. Djambatan: Jakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2013. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI, 2012. *Pokok-Pokok Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif*.
- Moleong, Lexy J.. 2005. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Poerwandari, E. K. 2005. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan RND*. Alfabeta: Bandung.
- Sulistyaningsih, 2011. *Metode Penelitian Kebidanan Kuantitatif-Kualitatif*. Edisi I. Penerbit Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Speziale, Streubert HJ., & Carpenter, D.R. 2005. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 3rd ed.* Lippincot William Wilkins: Philadelphia.

**SUNAT PEREMPUAN DALAM PERSPEKTIF BUDAYA,  
AGAMA DAN KESEHATAN  
(STUDI KASUS DI MASYARAKAT DESA BADDUI  
KECAMATAN GALESONG KABUPATEN  
TAKALAR SULAWESI SELATAN)**

**Islamiyatur Rokhmah, Ummu Hani**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: is\_bur@yahoo.co.id

**Abstract:** This study aimed to obtain information about the process of female circumcision, the influence of tradition and religion as well as the views of healthcare workers regarding female circumcision in rural sub-district Baddui Galesong Takalar. This study uses a qualitative method, the retrieval of data using in-depth interviews and Focus Group Discussions (FGD). Analysis of the data by means of descriptive steps: data reduction, categorization and analysis-interpretation. The study showed that villagers in Baddui still believe that female circumcision should be done. This is influenced by factors of cultural and religious interpretations. It is seen that female circumcision is still not sterile and harmful to women's reproductive health.

**Keywords:** female circumcision, culture, religion and health perspective

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai proses sunat perempuan, pengaruh tradisi dan agama serta pandangan petugas layanan kesehatan mengenai sunat perempuan di desa Baddui kecamatan Galesong kabupaten Takalar. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam dan FGD. Analisa data dengan cara deskriptif dengan langkah-langkah: reduksi data, kategorisasi dan analisis-interpretasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat desa Baddui masih sangat meyakini bahwa sunat perempuan itu harus dilakukan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor budaya dan interpretasi agama. Proses sunat perempuan masih belum steril dan membahayakan bagi kesehatan alat reproduksi perempuan.

**Kata kunci:** sunat perempuan, perspektif budaya, agama dan kesehatan

## PENDAHULUAN

Berbincang mengenai kesehatan reproduksi perempuan seringkali diidentikkan dengan anatomi biologis perempuan, yakni seputar alat kelamin perempuan dan siklus reproduksi perempuan baik yang sedang mengandung, melahirkan, maupun menyusui. Padahal realita di masyarakat, kesehatan reproduksi tidak sekedar alat reproduksi dan siklus reproduksi saja, namun faktor agama, budaya, ekonomi dan politik sangat berpengaruh terhadap penentuan kebijakan kesehatan reproduksi perempuan. Beberapa faktor tersebut sering kali menimbulkan kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan, dimana perempuan tidak memiliki daya dan upaya untuk menolak sistem/kebijakan/aturan yang ada di masyarakat.

Praktik sunat adalah merupakan salah satu bentuk perambasan hak-hak reproduksi perempuan, yang dimaksud dengan sunat adalah tindakan terhadap perempuan yang dilakukan dengan menghilangkan sebagian atau seluruh bagian alat kelaminnya, atau melakukan tindakan tertentu terhadap alat kelamin perempuan dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan sensitivitas pada alat kelamin mengurangi atau menghilangkan sensitivitas pada alat kelamin tersebut. Althaus (1997) menyatakan bahwa tindakan sunat pada perempuan merupakan ancaman bagi kesehatan reproduksi sekaligus sebuah bentuk kekerasan terhadap perempuan dan pelanggaran hak-hak asasi manusia.

Menurut WHO, terdapat sekitar 85-114 juta perempuan di dunia yang mengalami tindakan sunat (Nursyahbani, 1996). 84 juta gadis-gadis cilik mengalami pemaksaan tindakan sunat tanpa dimintai persetujuan serta tanpa alasan yang jelas (Rushwan, 1990). Beberapa kelompok masyarakat Afrika mengharuskan penghilangan dengan mengiris atau memotong bagian tubuh perempuan yang dianggap sebagai pusat hasrat seksual dan yang mengakibatkan kepuasan

seksual (Saadi, 2001). Berkaitan dengan sunat perempuan, telah dikeluarkan Fatwa MUI Nomor 9A Tahun 2008 yang berbunyi: “*Khitan bagi laki-laki maupun perempuan termasuk fitrah (aturan) dan syiar Islam. Khitan terhadap perempuan adalah makrumah (ibadah yang dianjurkan)*”. Tujuan dari sunat perempuan adalah menjalankan kewajiban agama dan menyetabilkan syahwat.

Di masyarakat Sulawesi Selatan, tradisi sunat perempuan atau biasa disebut upacara Appasunna (khitanan adat) masih ada beberapa masyarakat yang melaksanakan, seperti hasil penelitian Kalyana Mitra pada tahun 2005 di wilayah Muara Baru Jakarta yang penduduknya mayoritas berasal dari Makasar. Mereka melaksanakan sunat perempuan bagi anak-anak ketika anak berusia 7-9 tahun. Bagi masyarakat Makasar, hal ini dimaksudkan sebagai pelengkap daur hidup, dan tradisi ini sangat kuat dipegang oleh masyarakat Sulawesi selatan.

Sebagaimana di Makasar, di Kabupaten Takalar juga melestarikan adat sunat perempuan, karena sunat perempuan adalah bagian dari tradisi masyarakat Sulawesi Selatan. Melihat tradisi Sulawesi Selatan tentang sunat perempuan tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti lebih mendalam tentang latar belakang yang mempengaruhi tradisi sunat perempuan di desa Boddia kecamatan Galesong kabupaten Takalar. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hal-hal apa saja yang melatarbelakangi pelaksanaan tradisi sunat perempuan tersebut.

## METODE PENELITIAN

Metode yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif. Menurut Moleong (2004) penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang mencoba untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi,



tindakan dalam konteks khusus yang alamiah dengan memanfaatkan metode alamiah. Rancangan penelitian ini adalah eksploratif dengan tujuan menggambarkan bagaimana proses pelaksanaan sunat perempuan, bagaimana pandangan agama dan kesehatan tentang sunat perempuan.

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan wawancara mendalam (*depth interview*), diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*) dan dokumentasi. Sedangkan lokasi penelitian dilaksanakan di desa Baddui kecamatan Galesong kabupaten Takalar Sulawesi Selatan.

Subyek penelitian yang diambil dalam penelitian ini adalah anak dan remaja perempuan yang sudah disunat, orang tua yang menyunatkan anak perempuannya, dukun, bidan desa, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Teknik pengumpulan data secara kualitatif, akan dilakukan dengan menggunakan teknik *indepth interview* (wawancara mendalam) dan diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*). Data yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*depth interview*) dan FGD, serta data dokumen akan dianalisis secara deskriptif tahapan reduksi data, kategorisasi dan analisis-interpretasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Budaya Sunat Perempuan di desa Bodia

Khitan merupakan praktik kuno yang dilakukan oleh berbagai kalangan masyarakat untuk alasan-alasan agama maupun sosial budaya, dan sampai saat ini masih terus berlangsung. Khitan atau sunat tidak hanya berlaku pada anak laki-laki, tetapi juga berlaku pada anak perempuan. Dalam berbagai kebudayaan peristiwa khitan sering kali dipandang sebagai peristiwa yang sakral, seperti halnya upacara perkawinan. El-Sadawi (1980) menyatakan bahwa budaya sirkumsisi perempuan sudah lama dikenal umat manusia, bahkan jauh sebelum Islam datang. Dari bukti yang ada praktek sirkum-

sisi perempuan ini diduga telah dimulai sejak 400 tahun silam, sebelum kemunculan agama yang terorganisasi (Hathout, 1996). Praktek tersebut ditemukan pada Mummi Mesir yang berstatus kaya raya dan berkuasa. Ahli Antropologi menduga, dipraktikkannya sirkumsisi pada jaman Mesir Kuno adalah sebagai bentuk pencegahan masuknya roh-roh jahat melalui vagina. Tradisi sirkumsisi perempuan sudah menjadi ritual dalam proses perkawinan. Praktik sirkumsisi pharaonic sebagai ritual sebelum pernikahan ditemukan sejak tahun 1350 SM (Meinardus, 1970).

Demikian halnya dengan sunat perempuan di desa Bodia, bahwa sunat perempuan adalah praktek budaya turun temurun dari nenek moyang mereka, budaya yang melekat tersebut sangat berkaitan erat dengan agama Islam, bahwa “belum Islam jika belum disunat”, hal ini berlaku baik bagi laki-laki maupun perempuan.

*“Kalau menurut orangtua dulu kalau tidak disunat tidak sah masuk islam, tapi kalau kita karena sudah tradisi, ga mungkin kita bantah”* (As)

*“Kalau tidak melakukan sunat tidak boleh, karena tidak Islam kalau tidak disunat”* (ibu Sm)

Ritual budaya yang dilakukan adalah dengan memotong jengger ayam, pisau untuk memotong jengger ayam dan masih ada darahnya disentuh ke klitoris anak perempuan, kemudian pembacaan shahadat dan upacara tradisional selanjutnya membawa anak perempuan ke langit-langit atas rumah untuk menaikkan derajatnya. Setelah itu anak perempuan ditampilkan di hajatan dengan baju khas Sulawesi Selatan yakni baju “Bodo”.

*“Dimandikan, ambil air wudhu setelah itu dikasi duduk ada yang mangku, yang mangku kadang tante. Terus digoreskan itu. Kalau dulu saya disuruh pakai baju bodo 7 lapis, disuruh keliling bawa kelapa*

*dijinjing naik turun rumah baru disunat.*” (Nw, tm)

*“Itu juga ada, ada semacam daun pisang dan daus sirih baru itu ayamnya dipisau sedikit keluar darahnya lalu dikasih di daun sirih, lalu dibungkus lalu ditaruh di atas pintu.”* (Nw, tm)

*“Memang pakai ayam, yang di kepala yang itu diiris sehingga keluar darah nah itu yang ditaruh di alat kelamin itu. Jadi darah ayam ditempelkan ke kelamin anaknya”* (sanro)



**Gambar 1. Pisau yang dipakai untuk memotong jengger ayam kemudian darahnya dioleskan ke ujung vagina anak perempuan yang disunat**

Budaya sunat perempuan di Bodia Takalar sama dengan tradisi di Makasar, sunatan atau khitanan merupakan upacara yang senantiasa dilaksanakan sebagai pelengkap daur hidup. Masyarakat Bugis mengenal khitan pada laki-laki dan pada perempuan. Khitan pada anak laki-laki biasa dilakukan ketika mereka berusia 13 tahun. Sementara, pada anak perempuan dilakukan ketika berusia 7-9 tahun. Bagi anak laki-laki, sunatan disebut dengan *massunna*, sedangkan bagi anak perempuan disebut dengan *makkatte*. Kegiatannya disebut dengan *appasunna*.

Acara khitanan sering disebut dengan *mappaselleng* (pengislaman). Pada anak perempuan disertai dengan upacara *ripabbajui* (*mappasang* baju bodo), sebanyak lima atau tujuh lembar. Upacara *ripabbajui* ini merupakan upacara pertama kalinya seorang anak mengenakan baju bodo. Bagi masyarakat Bugis yang memegang adat, anak perempuan yang belum pernah *ripabbajui* tidak diperbolehkan menggunakan baju bodo.

Mitra (2013) menyatakan bahwa upacara Appasunna dikenal dua versi. Yaitu upacara khitan dilaksanakan pada siang hari dan satunya dilaksanakan pada malam hari, sehingga boleh dikatakan tidak ada perbedaan sama sekali. Versi pertama dengan urutan kegiatan *menre baruga*, *mammata-mata*, *allekke je'ne*, *appassili*, *nipasintinggi bulaeng* dan *nipasalingi*, *appamatta* dan khitanan (*nisunna*). Pada versi ini acara “*mammata-mata*” ditempatkan pada urutan kedua, karena sesudah acara *menre baruga* sekaligus dilangsungkan acara *mammata-mata*.

Pada acara *menre baruga*, anak yang akan disunat bersama orangtua dan keluarganya telah duduk di *lamming* (pelaminan) dalam *baruga*, dan pada acara ini pula ditampilkan acara kesenian meskipun pelaksanaannya dilakukan pada siang hari. Sedangkan versi kedua acara “*mammata-mata*” ditempatkan pada urutan keenam, dan dilaksanakan pada malam hari, dengan dirangkaikan malam ramah.

Budaya yang melekat juga pada tradisi sunat perempuan di Desa Bodia Takalar Sulawesi Selatan adalah budaya pesta pada saat sunat perempuan, pesta tersebut dilakukan dalam rangka wujud syukur telah dapat mealakukan sunat bagi anak perempuan mereka. Budaya pesta sebenarnya sangat memberatkan baik bagi keluarga yang melaksanakan maupun masyarakat sekitar. Karena bagi keluarga yang melaksanakan

sunat perempuan ada yang sampai menjual sapi, kerbau atau bahkan sawah mereka demi untuk menyelenggarakan pesta sunatan anak perempuan mereka. Kemegahan pesta ini juga menunjukkan status sosial masyarakat disana. Selain itu budaya pesta juga sangat memberatkan bagi masyarakat sekitar, karena mereka harus menyumbang kepada keluarga yang sedang melaksanakan hajatan pesta sunat perempuan. Bagi keluarga yang tidak mampu mereka berupaya sebisa mungkin untuk dapat menyumbang misalnya harus hutang ketetanggannya.

*“Sama semua dipestakan, baik Takalar, Makasar maupun Pangkep”* (ibu Zb)

*“Pestanya seperti pengantin, kadang lebih besar dari pada pesta kawinan,”* (ibu Rm)

*“Pestanya kadang habis 20-an juta,”* (ibu Ft)

*“Bagi yang tidak mampu hanya keluarga dekat saja potong kambing, kalau yang mampu potong kerbau”* (ibu Di)

*“Ada yang tidak mampu beli kambing, ya cuma dipotong ayam aja 1 ekor sama bikin onde onde, jadi seperti syukuran misalnya ada ayam, makanan ada kambing ada kerbau dengan cara membagikan makanan ya”* (ibu Dgr)

*“Iya ada yang nyumbang, kalau setiap ada hajatan seperti ketika sunat perempuan juga, (H,ta)*

Tradisi nyumbang ini dirasakan memberatkan bagi keluarga miskin karena pada awalnya tradisi nyumbang dimaksudkan untuk saling tolong menolong dengan ikhlas kepada keluarga yang sedang melakukan hajatan, namun pergeseran makna budaya nyumbang menjadi sebuah kewajiban dengan mengharap timbal balik dari pemilik hajat. Budaya sumbang menyumbang secara timbal balik ini dalam sosiologi ekonomi

disebut dengan resiprositas yakni gerakan diantara kelompok-kelompok simetris yang saling berhubungan. Ini terjadi apabila hubungan timbal balik antara individu-individu atau antara kelompok-kelompok sering dilakukan.

Pada hubungan resiprositas dikenal dengan hubungan timbal balik dengan kewajiban membayar atau membalas kebalikan kepada orang atau kelompok lain atas apa yang mereka berikan atau lakukan untuk kita, atau dalam tindakan nyata membayar atau membalas kembali kepada orang atau kelompok lain (Damsar, 2009). Resiprositas ada dua macam, yakni resiprositas sebanding (*balanced reciprocity*) dan resiprositas umum (*general reciprocity*).

Resiprositas umum merupakan kewajiban memberi atau membantu orang atau kelompok lain tanpa mengharapkan pengembalian, pembayaran atau balasan yang setara dan langsung. Lebih lanjut Sanderson (2003) menjelaskan, berbeda dengan resiprositas berbanding, resiprositas umum tidak menggunakan kesepakatan terbuka atau langsung antara pihak-pihak terlibat. Ada harapan bersifat umum (*general*) bahwa pengembalian setara atau hutang ini akan tiba pada saatnya, tetapi tidak ada batas waktu tertentu pengembalian, juga tidak ada spesifikasi mengenai bagaimana pengembalian itu dilakukan.

### Aspek Gender

Dari aspek gender budaya sunat perempuan di desa Bodia Takalar, pelaksanaan sunat perempuan masih banyak ditentukan oleh keputusan orang tua, keluarga dan tokoh agama yang ada disana, biasanya jika belum dilakukan sunat diantara mereka saling menyindir dan mengingatkan. Karena menurut kepercayaan mereka jika belum melaksanakan sunat belum Islam. Dalam hal ini terlihat anak perempuan tidak memiliki wewenang dan pengambilan keputusan bagi

dirinya sendiri, bahkan pada awalnya mereka ketakutan namun setelah dilihat teman sebayanya sunat perempuan tidak ada masalah baru ada keberanian. Bahkan menurut bidan di Bodia sebenarnya anak perempuan yang disunat ketakutan namun dipaksakan untuk berani.

*“Tidak ingat, kelas 3 SD 9 tahun, dulu disuruh ibu”* (M, 12 tahun)

*“Hjrah disunat 9 tahun yang lalu kelas 4, disuruh mamaknya”* (H, 12 tahun)

*“waktu kelas 3 SD, disuruh orang tua”* (D, 12 tahun)

*“Kelas 2 SD, saya nangis karena takut sama pisaunya to tapi setelah itu tidak hanya dibersihkan saja di bagian kotornya”* (ibu Dr)

*“anak 4 laki-laki 1, 3 perempuan semua disunat, semuanya mau, tapi ada juga yang takut, kemudian disampaikan sebelumnya yang lainnya juga sudah disunat tapi tidak ada apa apa”* (Rs)

Hal tersebut jika merujuk dengan apa yang disampaikan oleh Nursyahbani (1996) bahwa perempuan tidak mempunyai akses dan kontrol dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan hak-hak reproduksinya, termasuk tindakan-tindakan yang dapat merugikan, menimbulkan kerusakan, atau setidaknya-tidaknya menimbulkan gangguan pada alat reproduksi mereka.

Dengan kesaksian mereka bahwa setelah jengger ayam dipotong kemudian darahnya disentuh dengan pisau ke klitoris, hal ini menunjukkan bahwa kebersihan pada bagian vagina dapat terganggu dan dapat menimbulkan infeksi. Kondisi seperti ini anak perempuan tidak memiliki kuasa untuk menolak, karena aturan adat dan ketakutan mereka kepada orang tua dan keluarga besar mereka.

### A. Sunat Perempuan dalam Pandangan Kesehatan

Di desa Bodia Takalar, sunat perempuan dilakukan oleh sanrau (dukun), bukan oleh tenaga kesehatan, proses sunat perempuan mayoritas tidak dengan memotong klitoris, namun hanya menggaruk, menggores, menyentuh pisau ke vagina anak perempuan. Walaupun tidak memotong klitoris, namun jika dilihat segi kesehatan tetap dapat mengganggu kesehatan reproduksi anak perempuan yang sedang disunat. Karena proses sunat perempuan dilakukan dengan memotong jengger ayam kemudian darahnya diteteskan ke ujung klitorisnya dengan menggunakan ujung pisau yang untuk memotong jengger ayam, setelah itu tidak dicuci atau dibersihkan terlebih dahulu, namun diteruskan dengan upacara selanjutnya.

*“Saya punya anak 2 laki-laki semua, tapi saya dulu juga disunat, tidak sakit, cuma kayak digigit semut, pakai pisau kecil yang untuk ayam”* (Nn)

*“Memang pakai ayam, yang dipala yaang itu diiris sehingga keluar darah, nah itu yang ditaruh di alat kelamin itu. Jadi, darah ayam ditempelkan ke kelamin anaknya”* (sanro)

*“Tidak dibersihkan, karena setelah dioleskan mereka sudah main. Ada beras di bakul, ada pinang di situ harus ikut. Setelah mereka selesai disunat itu dengan alasan dia akan cepat dapet jodoh.”* (sanro)

Jika dilihat dari higienitas atau kebersihan, terlihat proses sunat perempuan tersebut tidak bersih dan berdampak pada infeksi atau penyakit kulit. Menurut bidan setempat, jika proses sunat perempuan tidak menyentuh alat reproduksi perempuan tidak masalah, tapi jika sampai memotong maka itu yang sangat membahayakan. Karena budaya sunat perempuan sangat

melekat di desa Bodia, bidan hanya dapat menganjurkan untuk membolehkan upacara adat sunat perempuannya saja, namun alat reproduksinya tidak boleh di dirusak.

Proses sunat perempuan sebenarnya tidak hanya di desa Bodia Takalar saja, banyak juga dilakukan di daerah lain. Padahal, sejak tahun 2006 Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan dengan mengeluarkan surat edaran (HK 00.07.1.31047 tahun 2006) yang menyatakan bahwa petugas kesehatan dilarang melakukan khitan perempuan.

Pada awalnya, para bidan banyak yang menentang anjuran surat edaran tersebut. Namun, dalam waktu 2 tahun sudah banyak bidan yang tidak melakukan khitan perempuan lagi. Bahkan, pimpinan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) terus gigih melarang anggotanya untuk melakukan khitan perempuan.

Di pihak lain, MUI menentang surat edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat dan terus mendesak pihak Depkes untuk mencabut surat edaran tersebut. Akhirnya, di tahun 2010 Menteri Kesehatan mengeluarkan Peraturan.

Jika dilihat dari proses dan penyunat ada perbedaan, jika sunat laki-laki dilakukan oleh tenaga medis namun jika sunat perempuan dilakukan oleh sanrau atau dukun. Di sini terlihat ada perbedaan perlakuan yakni jika laki-laki ditangani tenaga profesional oleh tenaga medis sedangkan perempuan tidak.

Dari pandangan medis, khitan perempuan tidak ada manfaatnya bagi perempuan, bahkan faktanya dapat menimbulkan kematian. Walaupun petugas medis yang melakukannya, namun dalam kurikulum kedokteran maupun kebidanan tidak pernah diajarkan tentang praktik khitan perempuan. Praktik khitan perempuan justru sering menyebabkan organ reproduksinya terinfeksi, timbulnya masalah pada saluran kencing, trauma psikis, komplikasi saat melahirkan dan,

beberapa kasus, menyebabkan pendarahan. Cukup banyak bukti menunjukkan bahwa khitan perempuan menyebabkan berkurangnya kenikmatan bagi perempuan saat berhubungan seks. Lebih jauh, WHO sudah mengeluarkan release bahwa praktik khitan perempuan dapat menyebabkan kemandulan bagi perempuan (Warta Komunitas, 2013).

Menurut Emi (2013) dari sudut pandang kesehatan, khitan perempuan tidak memberikan kontribusi positif dalam membantu kesehatan alat kelamin perempuan maupun alat reproduksi secara keseluruhan. Bahkan, berdasarkan penelitian yang lebih luas, khitan perempuan tidak memiliki manfaat, sebaliknya malah mengancam kesehatan bahkan mengancam jiwa perempuan. Walaupun mengancam jiwa perempuan sehingga banyak perempuan meninggal dunia akibat praktik ini, namun masih banyak masyarakat yang melakukannya.

Selain dari sudut pandang kesehatan, berbagai sudut pandang lain harus digunakan untuk melihat mengapa praktik ini masih dilakukan, seperti sosial budaya dan agama. Dari sudut pandang sosial, khitan perempuan dilakukan untuk mengekang keinginan seksual perempuan, menambah kenikmatan seksual laki-laki. Bahkan, ada mitos praktik ini untuk memperkuat kesuburan. Dari sudut pandang agama, praktik ini diyakini sebagai sunah dalam Islam dan dimaksudkan untuk mengislamkan individu yang dikhitan.

Selama ini, ada dua profesi yang sering diminta masyarakat untuk melakukan khitan perempuan, yakni dukun (peraji) dan bidan. Dukun dipilih oleh masyarakat karena khitan perempuan terkait dengan praktik budaya. Karena terkait budaya inilah dukun dianggap menjadi orang yang paling tahu untuk melakukan praktik tersebut. Dukun juga dipilih karena sejak tahun 2006 melalui surat edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Depkes RI melarang petugas kesehatan melaku-

kukan medikalisasi sunat perempuan. Namun demikian, sekalipun sudah ada larangan, masih banyak masyarakat yang melakukan khitan perempuan, karena dianggap terkait dengan kesehatan reproduksi perempuan.

Melihat masih banyak masyarakat yang melakukan khitan perempuan, tahun 2010 Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636 tentang Sunat Perempuan. Melalui Permenkes ini diatur secara detil bagaimana tata laksana khitan perempuan, sekaligus memberikan otoritas kepada pekerja medis. Adanya Permenkes itu membuat posisi bidan menjadi sangat dilematis. Bidan menjadi ujung tombak dari praktik khitan perempuan yang masih dilakukan oleh masyarakat. Sementara, di sisi lain, khitan perempuan tidak ada dalam kurikulum pendidikan bidan.

Masih banyaknya masyarakat yang meminta bidan untuk melakukan khitan pada perempuan menjadi kekhawatiran tersendiri bagi Dr. Emi Nurjismi (Plt Ketua Umum IBI Pusat). Sebagai ketua umum, Dr. Emi selalu mengingatkan kepada anggotanya agar tidak melakukan khitan pada perempuan. Namun, hal tersebut tidak mudah tentunya, karena bisa menjadi buah simalakama bagi bidan sendiri.

#### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang sunat perempuan di desa Bodia Takalar Sulawesi Selatan, diperoleh beberapa kesimpulan. Pertama, masyarakat desa Bodia masih sangat meyakini bahwa sunat perempuan itu harus dilakukan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor budaya dan interpretasi agama. Kedua, dilihat prosesnya, sunat perempuan masih belum steril dan membahayakan bagi kesehatan alat reproduksi perempuan.

Saran yang dapat diajukan adalah perlu adanya sosialisasi secara terus-menerus kepada masyarakat, tokoh agama dan tokoh

masyarakat tentang bahaya sunat perempuan bagi kesehatan. Selain itu, dalam ajaran Islam, sunat perempuan tidak dianjurkan karena dalilnya tidak shahih. Kerjasama antara bidan atau tenaga kesehatan dengan sanrau (dukun) untuk tidak melakukan praktek sunat perempuan juga perlu dilakukan mengingat dari sisi kesehatan membahayakan alat reproduksi perempuan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Damsar. 2009. *Pengantar Sosiologi Ekonomi*, cet. I. Predana Media Group: Jakarta.
- El-Sadawi, N. 1980. *The Hidden Face of Eve: Women in Arab World*. Zed Books: London
- Fatwa MUI Nomor 9A Tahun 2008.
- Hosken, Fran P. 1993. *The Hosken report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington, MA: Women's International Network News. 4th revised edition.
- Hathout, Hasan. 1996. *Revolusi Seksual Perempuan, Obstetri dan Ginekologi dalam Tjauan Islam*. Mizan: Bandung.
- Ihromi, TO. 1984. *Pokok Antropologi Budaya*. Gramedia: Jakarta.
- Meinardus, Otto. 1970. *Christian Egypt: Faith and Life*. The American University Press: Kairo.
- Meleong, Lexy J. 1993. *Metode Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Nursyahbani, K. 1996. *Hak reproduksi di Indonesia: Antara Hukum dan Realita Sosial dalam Seksualitas, Kesehatan Reproduksi dan Ketimpangan Gender*. Pustaka Sinar Harapan: Jakarta.

- Ristiani, Musyarofah, Ruli Nurdina Sari dan Dian Pemilawati. 2003. *Khitan Perempuan, Antara Tradisi dan Ajaran Agama*. PPSK UGM dan Ford Foundation.
- Sanderson, S.K. 2003. *Makro Sosiologi*. Raja-Grafindo Persada: Jakarta.
- Sumarni, D.W, Siti Aisyah dan Madarina Julia. 2005. *Sunat Perempuan di Bawah Bayang-bayang Tradisi*. PPSK UGM dan Ford Foundation
- Warta Komunitas. *Khitan Perempuan di Etnis di Makasar*, Kalyana Mitra, Edisi 3 Juli-September 2013: 13.
- Warta Perempuan. *Jangan Lakukan Sunat Perempuan*. Kalyana Mitra, Edisi 3 Juli-September 2013: 15-16.

**EFEKTIFITAS *COGNITIVE BEHAVIOURAL EDUCATIONAL INTERVENTION* PADA PASIEN *POST TRANS URETHERAL RESECTION OF THE PROSTATE* DI RS PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**

**Wantonoro, M. Dahlan**  
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta  
E-mail: oneto\_ns@yahoo.com

**Abstract:** This research aimed to show the effectiveness cognitive behavioural educational intervention (CBEI) in post trans urethral resection of the prostate in PKU Muhammadiyah Bantul Hospital. The research design used Quasi-eksperimen; posttest only control group. Sample was taken by nonprobability sampling with accidental sampling method (on February-June 2015). There were 20 respondent have TURP procedure and which were divided into two groups. The t-test independent indicated a significant difference in pain respon in two groups ( $p=0,000$ ). From this study, CBEI was recommended for pain management in patient with TURP.

**Keywords:** cognitive behavioural educational intervention, pain, TURP

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas cognitive behavioural educational intervention (CBEI) pada pasien post trans urethral resection of the prostate (TURP) di RS PKU Muhammadiyah Bantul. Desain penelitian Quasi eksperimen posttest only control group. Pengambilan sampel dilakukan secara nonprobability sampling dengan metode accidental sampling (pada bulan Februari-Juni 2015) Sampel penelitian berjumlah 20 responden yang yang menjalani TURP dan terbagi dalam dua kelompok. Hasil uji statistik t-test independent didapatkan angka signifikansi 0,000. Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada skala nyeri pada intervensi CBEI. Dari hasil penelitian, CBEI direkomendasikan diberikan pada pasien yang akan menjalani TURP supaya dapat mengontrol nyeri.

**Kata kunci:** cognitive behavioural educational intervention, nyeri, TURP



## PENDAHULUAN

Prostat merupakan organ tubuh yang rentan terkena penyakit pada laki-laki berusia di atas 50 tahun. Menurut Price dan Wilson, 2006 bahwa lebih dari 50% laki-laki di atas usia 50 tahun mengalami pertumbuhan nodular. Salah satu proses patologis yang ditemukan pada prostat adalah *Benigna Prostatic Hyperplasia* (BPH) yaitu pertumbuhan dari nodula-nodula fibroadenomatosa majemuk dalam prostat, dan hal ini merupakan kondisi patologis pada laki-laki di atas usia 60 tahun (Smeltzer & Bare, 2002; Heffner & Schust, 2006).

Data usia penderita BPH berdasarkan penelitian di Amerika menunjukkan bahwa kejadian BPH 20% pada usia antara 41-50 tahun, 50% pada usia antara 51-60 tahun dan selebihnya di atas 60 tahun (Wibowo, 2005). Di kawasan Eropa, khususnya Inggris dan Wales, terdapat pasien *Benigna Prostatic Hyperplasia* sejumlah 80.000 orang dan diperkirakan akan meningkat satu setengah kalinya pada tahun 2031 ([www.freelists.org/post/list-Indonesia/TUNA](http://www.freelists.org/post/list-Indonesia/TUNA), diakses 2 September 2012).

Tindakan yang saat ini dianggap efektif adalah pembedahan yang dilakukan bila pembesaran prostat telah menimbulkan gangguan tertentu pada pasien, seperti retensi urin, batu saluran kemih, hematuria, infeksi saluran kemih, kelainan saluran kemih bagian atas atau apabila tidak menunjukkan perbaikan setelah menjalani pengobatan medikamentosa (Smeltzer & Bare, 2002).

Tindakan pembedahan *Endourologi Transuretra* yang secara umum dilakukan pada BPH adalah *trans-urethral resection of the prostate* (TURP). Prosedur TURP dapat dilakukan melalui endoskopi, dan prosedur ini tidak memerlukan insisi terbuka, serta ideal bagi pasien yang mempunyai kelainan kecil dan yang dipertimbangkan terjadinya resiko bedah yang buruk (Smeltzer & Bare, 2002; Nursalam, 2006).

Tindakan pembedahan pada prosedur TURP menyebabkan luka karena insisi pembedahan. Adanya luka atau kerusakan jaringan akan melepaskan bahan kimia endogen yang dapat mempengaruhi keberadaan nosiseptor yang merupakan saraf aferen primer untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. Zat kimia yang merangsang nyeri yaitu bradikinin, serotonin, histamin, ion kalium, asam, asetilkolin dan enzim proteolitik. Prostaglandin dan substansi P akan meningkatkan ujung-ujung serabut nyeri sehingga terjadi nyeri menusuk setelah terjadi cedera (Guyton & Hall, 2008).

Adanya luka pada prosedur TURP, eskoriasi kulit pada letak kateter dan spasme kandung kemih akan menimbulkan nyeri. Spasme kandung kemih pasien dapat merasakan dorongan untuk berkemih sehingga merasakan tekanan pada kandung kemih dan menimbulkan perdarahan uretral sekitar kateter. Tindakan medikasi dapat melemaskan otot polos dapat membantu menghilangkan spasme baik intermitten maupun spasme yang menghebat (Smeltzer & Bare, 2002; Kara, Resorlu, Cicekbilek, & Unsal, 2010).

Nyeri sebagai konsekuensi operasi adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Herdman, 2012). Menurut Merskey dan Bogduk (1994, dalam Macintyre, Schug, Scott, Visser & Walker, 2010) nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan yang harus menjadi pertimbangan utama dalam pemberian asuhan keperawatan.

Nyeri pasca operasi harus menjadi perhatian utama dari perawat profesional dalam merawat pasien pasca operasi, karena adanya nyeri dapat menyebabkan gangguan intake nutrisi dan aktifitas-istirahat pasien, dan pada akhirnya berkontribusi pada komplikasi sehingga memperpanjang masa perawatan pasien (*Hospitalisasi*). Pasien yang

menjalani operasi dapat mengalami kehilangan kontrol serta emosi yang dapat berdampak pada meningkatnya persepsi nyeri. Selain itu stres fisik dan psikologis memberikan kontribusi untuk rasa nyeri bedah, memperpanjang waktu pemulihan pasca operasi dan *immunosuppression*, sehingga intervensi farmakologis disertai dengan nonfarmakologis merupakan hal yang perlu dilakukan (Smeltzer & Bare, 2002; Economidou, Klimi, Vivilaki & Lykeridou, 2012).

Terapi nonfarmakologis merupakan hal yang harus dilakukan sebagai kombinasi terapi farmakologis. Intervensi pendidikan secara singkat tentang manajemen nyeri efektif dilakukan untuk meningkatkan manajemen nyeri yang lebih baik (Freeman & Freeman 2005). Intervensi pendidikan manajemen nyeri dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang bagaimana untuk melakukan manajemen nyeri secara efektif (Johansson *et al.*, 2005; Carr 2007).

*Cognitive Behavioural Educational Intervention (CBEI)* merupakan sebuah pendekatan intervensi kognitif dan perilaku dengan melakukan pendidikan pada pasien dengan cara mengajarkan relaksasi nafas dalam sebelum pasien menjalani operasi, hal ini dikembangkan berdasarkan teori perilaku kognitif (Freeman & Freeman, 2005) dan studi kualitatif pada pengalaman nyeri pasien di China (Wong & Chan 2009).

Berbagai studi menunjukkan bahwa CBEI memainkan peran penting dalam mencapai kontrol nyeri yang lebih baik, mengurangi rasa sakit pada pasien *post* operasi *orthopaedic* di China, hal ini konsisten dengan temuan-temuan penelitian sebelumnya (Johansson *et al.*, 2005). Tingkat rasa sakit yang berkurang pada CBEI dihasilkan dari perubahan faktor kognitif (peningkatan tingkat pengetahuan, mengubah keyakinan tentang analgesik) dan faktor perilaku (praktik relaksasi dan keterampilan pernapasan).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang efektivitas CBEI pada pasien post operasi TURP di RS PKU Muhammadiyah Bantul. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah CBEI dapat mengontrol nyeri pada pasien yang akan menjalani TURP.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *Quasi-experimen* dengan bentuk pendekatan *post test only control group design*. Pengambilan sampel dilakukan secara *nonprobability sampling* dengan metode *accidental sampling* (pada bulan Februari-Juni 2015) berjumlah 20 responden yang yang menjalani TURP dan terbagi dalam dua kelompok.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di ruang perawatan dewasa Rumah Sakit PKU Muhammadiyah yang terletak di Jalan Jenderal Sudirman 124 Bantul. Tersedia 113 tempat tidur rawat inap dengan berbagai pelayanan bedah, termasuk bedah urologi. Responden pada penelitian ini yaitu pasien yang terdiagnosis mengalami Benigna Prostat Hiperplasi dan menjalani operasi TURP pada periode bulan Februari sampai bulan Juni 2015 di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

**Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia**

Kelompok	n	Mean	SD	Min-Mak
Intervensi	10	66.00	5.077	60-77
Kontrol	10	65.10	4.557	60-72

Rerata usia kelompok intervensi adalah 66 tahun dengan standar deviasi 5.077, Sedangkan usia rata-rata kelompok kontrol adalah 65.10 tahun dengan standar deviasi 4.557.

**Tabel 2. Distribusi Skala Nyeri Responden**

Kelompok	n	Mean	SD	Min - Mak
Intervensi	10	3.50	.423	3-4
Kontrol	10	4.93	.584	4-6

Rerata skala nyeri kelompok intervensi adalah 3.50 dengan standar deviasi 0.423, Sedangkan rata-rata skala nyeri kelompok kontrol adalah 4.93 dengan standar deviasi 0,584.

Hasil uji normalitas data untuk skala nyeri dengan menggunakan uji Shapiro-Wilk pada kelompok kontrol didapatkan nilai  $p=0,184$ . Sedangkan pada kelompok eksperimen didapatkan  $p=0,362$ , sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa data skala nyeri pada kedua kelompok berdistribusi normal. Uji dilakukan dengan uji *independent t-test* (Dahlan, 2011) menggunakan Interval kepercayaan 95% dengan batas kemaknaan  $p<0,05$ .

**Tabel 3. Hasil Uji t Tidak Berpasangan**

	n	Rerata $\pm$ s.b	Perbedaan rerata (IK95%)	p
Intervensi	10	66,00 $\pm$ 5.077	1.433 (0,954-1,912)	< 0,001
Kelompok	10	65.10 $\pm$ 4.557		

Hasil uji statistic menggunakan Uji t tidak berpasangan didapatkan nilai  $p=0,000$  ( $p<0,005$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan rerata skor nyeri pada pasien yang menjalani operasi TURP pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelenjar ini mencapai ukuran hampir tetap pada usia sekitar 20 tahun sampai usia kira-kira 50 tahun. Melebihi usia 50 tahun tersebut beberapa pria kelenjar prostatnya mulai berinvulusi, bersamaan dengan penurunan pembentukan testostosterone.

Seiring bertambahnya usia pada laki-laki akan menyebabkan penurunan tingkat

sirkulasi testosteron, sedangkan jumlah reseptor androgen akan meningkat. Hal ini menyebabkan pertumbuhan yang berlebihan dari kelenjar prostat (Heffner & Schust, 2006; Wasson, 2003). Perubahan mikroskopik pada prostat terjadi pada pria usia 30-40 tahun. Perubahan mikroskopik ini mengakibatkan terjadinya perubahan patologik anatomi pada laki-laki berusia 50 tahun ke atas. (Mansjoer, 2007, Wasson, 2003, Smeltzer, 2002).

Kecenderungan kesamaan rerata usia antara responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi yaitu 65-66 tahun, sehingga dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor usia antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi cenderung tidak menimbulkan perbedaan persepsi terhadap intensitas nyeri yang dialami pada saat menjalani prosedur TURP, adapun perbedaan intensitas nyeri yang dialami oleh kedua kelompok merupakan efek dari perlakuan yang dilakukan yaitu *Cognitive Behavioral Educational Intervention pain relief*.

Terapi BPH yang umum dilakukan adalah TURP (Heffner & Schust, 2006). BPH dan *post procedure* TURP akan menimbulkan nyeri. Nyeri pada post TURP juga sering dikaitkan dengan irigasi dari kateter. Sebagian besar pasien mengalami iritasi dan ketidaknyamanan dengan berkemih selama 2 sampai 4 minggu pasca TURP (Schanne, 2003; Wasson, 2003).

Nyeri adalah suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. *International Association for the Study of Pain* (IASP) (dalam Perry & Potter, 2006) salah satu variabel yang mempengaruhi nyeri adalah usia.

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, terutama pada anak-anak dan lansia (Perry & Potter, 2006),

perbedaan perkembangan mempengaruhi bagaimana individu bereaksi terhadap nyeri. Seiring dengan bertambahnya usia maka individu cenderung mempunyai pengalaman yang lebih dalam merasakan nyeri daripada usia sebelumnya sehingga memberikan pengalaman secara psikologis dan mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap nyeri yang dirasakan. Menurut Pickering (2005, dalam Macintyre, Schug, Scott, Visser & Walker, 2010) bahwa usia dewasa akan lebih mempunyai persepsi dan respon yang jelas untuk memahami, merasakan dan mengekspresikan nyeri yang dialaminya baik secara verbal maupun non verbal bila dibandingkan dengan usia sebelumnya.

Uji statistic menggunakan Uji t tidak berpasangan didapatkan nilai  $p=0,000$  ( $p<0,005$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan rerata skor nyeri pada pasien yang menjalani operasi *TURP* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil ini memberikan kemaknaan secara statistik bahwa *CBEI pain relief* efektif merupakan terapi nonfarmakologis sebagai pendamping farmakologis untuk manajemen nyeri post *TURP*.

Nyeri merupakan suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Herdman, 2012). Edukasi kognitif tentang manajemen nyeri merupakan hal yang dapat dilakukan dalam upaya mengurangi nyeri, salah satunya adalah dengan *CBEI* dengan memberikan pendidikan relaksasi nafas dalam dan merubah pikiran negatif tentang nyeri menjadi hal yang bernilai positif (Wong, Chan & Chair, 2010). *CBEI; pain relief* merupakan edukasi kognitif yang memfokuskan pada bagaimana mengubah pemikiran atau keyakinan yang negatif pada seseorang. Terapi ini selanjutnya diharapkan dapat diterapkan oleh mereka sendiri secara

mandiri menghadapi permasalahan yang muncul tanpa harus bergantung pada terapis (*self help*).

Pengertian teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002). Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

Teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme yaitu dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan *iskemic*. Teknik relaksasi nafas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen yaitu endorphen dan enkefalin (Smeltzer & Bare, 2002). Mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat relaksasi melibatkan sistem otot dan respirasi dan tidak membutuhkan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu.

Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologi sistem syaraf otonom yang merupakan bagian dari sistem syaraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan

internal individu. Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin dan substansi, akan merangsang syaraf simpatis sehingga menyebabkan vaso-konstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek seperti spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah, mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medulla spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri.

### SIMPULAN DAN SARAN

Secara statistik terdapat perbedaan rerata skor nyeri pada pasien yang menjalani operasi TURP pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p=0,000$ ) sehingga CBEI efektif digunakan sebagai terapi pendamping farmakologis untuk manajemen nyeri post TURP.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pembuatan SPO dalam manajemen nyeri terutama pada pasien yang menjalani TURP dan menambah dukungan keilmuan dan memperkuat teori terkait dengan perawatan medikal bedah terutama terkait dengan intervensi mandiri keperawatan pada pasien dengan nyeri *post* bedah TURP.

Penelitian ini dapat, menjadi inspirasi dan data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan menggunakan sampel yang lebih besar dan ditelaah untuk diterapkan pada kasus-kasus bedah tertentu yang terkait dengan nyeri dan manajemen nyeri

### DAFTAR PUSTAKA

Carr, E. 2007. Barriers to Effective Pain Management. *Journal of Perioperative Practice*, 17: 200–203.

Dahlan, M. S. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. (4th ed). Salemba Medika: Jakarta.

Economidou, E., Klimi, A., Vivilaki, V.G., & Lykeridou, K. (2012). Does music reduce postoperative pain? *Health Science Journal*, 6(3): 365-377.

Freeman, S & Freeman A (eds). 2005. *Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice*. Springer Publishing Co: New York.

Guyton & Hall. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. EGC: Jakarta.

Herdman, T.H. 2012. *NANDA 2012 - 2014 Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. EGC: Jakarta.

Heffner, L.J., & Schutst, D.J. 2006. *At a Glance Sistem Reproduksi*. (2<sup>nd</sup> ed.). Erlangga: Jakarta.

Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J & Salanterä S. 2005. Preoperative education for orthopedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50: 1365-2648

Kara, C., Resorl, B., Cicekbilek, I., & Unsal, A. 2010. Analgesic Efficacy and Safety of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs after Transurethral Resection of Prostate. *International Braz J Urol*, 36(1): 49-54

Mansjoer, A., Suprohaita, Wardhani, W.I. & Setowulan, W. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius Universitas Indonesia: Jakarta.

Macintyre, P.E., Schug, S.A., Scott, D.A., Visser, E.J., & Walker, S.M. 2010. *Acute pain management: scientific evidence (3rd edition)*, APM: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. ANZCA & FPM: Melbourne.

- Nursalam. 2006. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Perry, A. & Potter, P.A., (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek*. (4<sup>th</sup> ed.). EGC: Jakarta.
- Schanne, F.J., 2003. *Transurethral Resection of the Prostate*. *Urologic Surgical Associates of Delaware*, (online), ([http://www.usadelaware.com/medical\\_briefs](http://www.usadelaware.com/medical_briefs)), diakses 15 November 2014.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. 2002. *Textbook of medical surgical nursing Brunner & Suddarth*. (11<sup>th</sup> ed.). Lippincott William & Wilkins, a Wolter Kluwer busines: Philadelphia.
- Wasson, D. 2003. *Transurethral Resection of the Prostate*, (Online), (<http://www.perspectivesinnursing.org/pdf5/perspectives3.pdf>), diakses 15 November 2014.
- Wibowo, J.R. 2005. *TUNA Atasi Pembedaran Prostat Jinak*, (Online), (<http://groups.yahoo.com/group/nasional-list/message/10197>), diakses 18 November 2014.
- Wong, EML, Chan SWC and Chair SY. 2010. The effect of Educational Intervention on Pain Beliefs and Postoperative Pain Relief among Chinese patients with Fractured Limbs Blackwell Publishing Ltd. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 2652–2655 doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03260.x.

# **PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP PENGETAHUAN TENTANG KANKER LEHER RAHIM PADA WANITA USIA SUBUR DI KELURAHAN BONGSARI SEMARANG BARAT TAHUN 2011**

**Sri Wahyuni**

Universitas Islam Sultan Agung

E-mail: sriwahyunijayus@gmail.com

**Abstract:** The aim of research to determine the effect of education on knowledge of cervical cancer in women of childbearing age in the village of West Semarang Bongsari. A quasi-experimental research design with nonrandomized pre-post test control group. Sampling with purposive sampling. Data collection tool with a questionnaire. Data analysis used univariate analysis and multivariate analysis. The results of this research showed the proportion of education in both the treatment and control groups are equal. The pattern of such counseling is effective in increasing knowledge about cervical cancer, although only one extension. Intervention models give effect to increase knowledge about cervical cancer. In conclusion there was influence of education on knowledge of cervical cancer in women of childbearing age in the village of West Semarang Bongsari.

**Keywords:** extension of cervical cancer, knowledge about cervical cancer, women of childbearing age

**Abstrak:** Tujuan dari penelitian ini untuk menentukan dampak dari penyuluhan terhadap pengetahuan tentang kanker leher rahim pada wanita usia subur di Kelurahan Bongasari Semarang Barat. Desain penelitian eksperimen dengan nonrandomized pre-post test control group. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan analisis univariat dan multivariat. Hasil penelitian menunjukkan perbandingan penyuluhan antara kelompok treatment dan kelompok kontrol adalah sama. Penyuluhan secara efektif akan meningkatkan pengetahuan tentang kanker leher rahim, walaupun hanya sekali penyuluhan. Model intervensi memberikan dampak untuk meningkatkan pengetahuan tentang kanker leher rahim. Kesimpulannya, penyuluhan kanker leher rahim berpengaruh terhadap pengetahuan tentang kanker leher rahim.

**Kata kunci:** penyuluhan kanker leher rahim, pengetahuan tentang kanker leher rahim, wanita usia subur (WUS)

## PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan, dengan bertambahnya usia harapan hidup dan perkembangan industri, menyebabkan manusia makin menghadapi kemungkinan keganasan. Salah satu keganasan yang dapat menyebabkan kematian wanita adalah kanker leher rahim (karsinoma serviks uteri) atau yang lebih dikenal sebagai kanker serviks merupakan jenis penyakit kanker yang paling banyak diderita wanita di atas usia 18 tahun. Penyebab langsung kanker serviks belum diketahui secara pasti (Manuaba, 2001).

Sasaran utama kanker serviks adalah wanita yang berada pada masa produktif, yaitu pada kisaran usia 30-50 tahun. Parahnya lagi, berdasarkan survey, terbukti hanya 2% wanita yang memahami penyebab terjadinya kanker serviks ini. Jadi, pengetahuan wanita mengenai kanker serviks ini masih sangat minim. Apalagi, dari hampir semua kasus, infeksi kanker serviks berlangsung tanpa gejala, sehingga kebanyakan wanita tidak menyadari dirinya sedang terinfeksi kanker serviks (Rahat, 2010).

Hal ini sejalan dengan penelitian Realita (2010), tingkat pengetahuan ibu mengenai kanker leher rahim sebagian besar berada dalam kategori kurang yaitu sebanyak 53,34%, berada dalam kategori cukup sebanyak 33,33% dan berada dalam kategori baik sebanyak 13,33%. Hasil penelitian Retnosari (2010), tingkat pengetahuan ibu mengenai kanker leher rahim sebagian besar berada dalam kategori kurang yaitu sebanyak 56,1 %, kategori cukup (26,5 %), dan dalam kategori baik (17,4%).

Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat pengetahuan di antaranya adalah sosial ekonomi, budaya, pendidikan, pengalaman, lingkungan, intelegensi, dan penyuluhan. Uraian di atas menunjukkan pentingnya pengetahuan tentang kanker leher rahim dengan pengetahuan yang cukup diharapkan ibu-ibu mempunyai sikap yang positif dalam

pengecahan kanker leher rahim yang akan membawa dampak yang merugikan. Apalagi mengingat jumlah penderita penyakit ini meningkat pesat maka hendaknya semua pihak mulai menarik perhatian dalam upaya pencegahan penyakit ini agar dapat dilaksanakan dengan baik (Emilia, 2008).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tahun 2011 di Kelurahan Bongsari, dari 10 orang yang diwawancarai didapatkan informasi bahwa 70% tidak mengetahui mengenai pengertian kanker leher rahim, 60% tidak mengetahui mengenai faktor resiko kanker leher rahim, tanda dan gejala kanker leher rahim, 60% tidak mengetahui cara deteksi dini kanker leher rahim, 70% tidak mengetahui pencegahan kanker leher rahim, dan 60% tidak mengetahui mengenai pengobatan kanker leher rahim. Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kanker leher rahim menjadi motivasi tersendiri untuk melakukan sebuah penelitian yang bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh penyuluhan kanker leher rahim terhadap pengetahuan tentang kanker leher rahim.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian eksperimen semu dengan desain penelitian *nonrandomized pre-post test control group design*. Variabel penelitian ini adalah penyuluhan tentang kanker leher rahim dan pengetahuan tentang kanker leher rahim. Populasi penelitian yaitu WUS di kelurahan Bongsari pada tahun 2011 sejumlah 3278 orang. Pengambilan sampel 62 responden dengan *purposive sampling*. Responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 31 orang untuk kelompok intervensi (diberi perlakuan berupa penyuluhan selama 45 menit) dan 31 orang untuk kelompok kontrol (tidak diberi perlakuan berupa penyuluhan).

Pengumpulan data dengan menggunakan data primer. Alat pengumpulan



**Tabel 1. Distribusi Karakteristik WUS Menurut Usia dan Kelompok Seperlakuan**

Perlakuan	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Intervensi	25	31	6.6	18	42
Kontrol	33	31	7.5	18	46
Total	29	62	8.1	18	46

**Tabel 2. Distribusi WUS Menurut Tingkat Pendidikan dan Kelompok Perlakuan**

Kelompok perlakuan	Tk. Pendidikan		Total
	Dasar	Menengah Tinggi	
Intervensi	13 41.9%	18 58.1%	31 100.0%
Kontrol	13 41.9%	18 58.1%	31 100.0%
Total	26 41.9%	36 58.1%	62 100.0%

data dengan kuesioner. Jenis analisa univariat dengan menggambarkan data tersebut dalam tabel distribusi mean. Sedangkan analisa multivariat dengan menguji pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan tentang kanker leher rahim yang dikontrol dengan pendidikan, digunakan *uji repeated measure annova* pada  $\alpha$  0,05.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian didapatkan hasil analisa univariat dan multivariat sebagai berikut:

### Analisa Univariat

Tabel 1 memperlihatkan bahwa WUS pada kelompok intervensi berusia lebih muda dibandingkan dibandingkan WUS pada kelompok kontrol. Bahkan WUS pada kelompok kontrol ada yang berusia 46 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dengan memiliki usia yang lebih muda, akan memudahkan dalam menerima informasi yang masuk berupa penyuluhan. Hal ini sejalan dengan penelitian menurut Realita (2010) usia ibu-ibu yang mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai kanker leher rahim rata-rata berusia 30 tahun.

Umur merupakan salah satu sifat karakteristik seseorang yang sangat utama.

Semakin tua seseorang akan mendapatkan banyak pengalaman dan pengetahuan sebelumnya. Hal ini sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa umur akan menentukan pengalaman seseorang, dan pengalaman adalah sesuatu yang pernah dialami seseorang tentang suatu hal dan menambah pengetahuan mengenai sesuatu yang bersifat non formal (Sukmadinata, 2003).

Berdasarkan Tabel 2 terlihat bahwa WUS pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol memiliki proporsi tingkat pendidikan yang sama, baik tingkat pendidikan dasar (SD dan SMP) maupun tingkat menengah tinggi (SMA dan perguruan tinggi). Dari hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu sebesar 38,7%. Hal ini sejalan dengan penelitian menurut Retnosari (2010) pendidikan ibu-ibu di wilayah Puskesmas Mlati I Sleman adalah sebagian besar adalah SMA.

Penelitian di atas sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa pendidikan merupakan upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon yang datang dari luar. Orang

**Tabel 3. Distribusi WUS Menurut Perolehan Informasi Kanker Leher Rahim dan Kelompok Perlakuan**

Kelompok perlakuan	Info					Total
	Belum Pernah	Koran / Majalah	Petugas Kesehatan	Radio	Televisi	
Intervensi	21 67.7%	4 12.9%	5 16.1%	0 .0%	1 3.2%	31 100.0%
Kontrol	25 80.6%	1 3.2%	2 6.5%	1 3.2%	2 6.5%	31 100%
Total	46 74.2%	5 8.1%	7 11.3%	1 1.6%	3 4.8%	62 100%

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi WUS Menurut Jenis Pekerjaan dan Kelompok Perlakuan**

Kelompok Perlakuan	Kerja						Total
	IRT	Karyawan Swasta	Pedagang	PNS	POLRI	Swasta	
Intervensi	10 32.3%	6 19.4%	8 25.8%	5 16.1%	1 3.2%	1 3.2%	31 100%
Kontrol	9 29.0%	8 25.8%	8 25.8%	5 16.1%	1 3.2%	0 .0%	31 100%
Total	19 30.6%	14 22.6%	16 25.8%	10 16.1%	2 3.2%	1 1.6%	62 100%

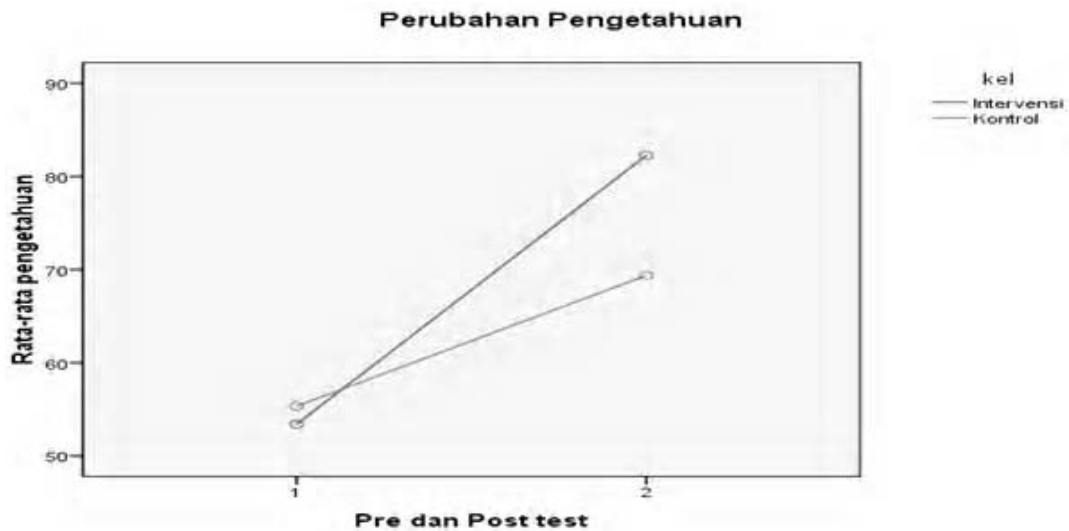
dengan pendidikan tinggi akan memikirkan sejauh mana keuntungan yang didapat dari gagasan tersebut (Sukmadinata, 2003).

Tabel 3 menunjukkan bahwa WUS pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol sebagian besar belum pernah memperoleh informasi kanker leher rahim. WUS pada kelompok intervensi, 67,7% belum pernah informasi kanker leher rahim, sedangkan kelompok kontrol, 80,6% belum pernah informasi kanker leher rahim. Dengan banyaknya responden yang belum pernah menerima informasi mengenai kanker leher rahim, maka metode intervensi berupa penyuluhan akan sangat berarti bagi pengetahuan para wanita usia subur di Kelurahan Bongsari Semarang.

Adanya keterpaparan media baik melalui koran, majalah, televisi, radio, maupun

informasi dari petugas kesehatan di Kelurahan Bongsari sebagian besar hanya memperoleh 1 kali. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Realita (2010) bahwa sebagian besar responden belum pernah menerima informasi mengenai kanker leher rahim. Padahal, informasi mengenai kanker leher rahim sangat penting diketahui oleh para wanita usia subur sehingga setelah mereka mengetahui mengenai kanker leher rahim, mereka bisa secara dini mencegah dan mendeteksi kanker leher rahim.

Tabel 4 menunjukkan bahwa baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, sebagian besar dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (32,3%) pada kelompok intervensi dan 29,0% pada kelompok kontrol. Hal ini sejalan dengan penelitian Retnosari (2010) sebagian besar responden



**Gambar 1: Perubahan Pengetahuan**

di Puskesmas Mlati I Sleman hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Sebagian besar responden sebagai ibu rumah tangga, maka para wanita usia subur di Kelurahan Bongsari bergantung dari nafkah yang diberikan oleh suami. Hal ini tentu saja mempengaruhi status ekonomi dari keluarga tersebut.

Keluarga dengan status ekonomi tinggi akan lebih mudah memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder dibanding dengan keluarga berstatus ekonomi rendah. Soekmadinata (2003) menyebutkan bahwa keluarga dengan status ekonomi lebih baik akan lebih mudah tercukupi kebutuhannya. Hal ini juga akan mempengaruhi kebutuhan informasi akan media baik berupa koran, majalah, televisi dan sebagainya yang termasuk kebutuhan sekunder.

### **Analisa Multivariat**

#### **Perubahan Pengetahuan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol**

Gambar 1 memperlihatkan rerata pengetahuan menurut sebelum dan sesudah diberi penyuluhan serta kelompok. Pada gambar tersebut terlihat peningkatan yang tajam dalam pengetahuan pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol

terlihat peningkatan yang landai dan tidak berarti. Peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi tersebut terlihat meningkat tajam dikarenakan telah dilakukan intervensi penyuluhan. Adanya penyuluhan mengenai pengertian, faktor resiko, tanda dan gejala, cara deteksi dini, pencegahan, dan pengobatan kanker leher rahim akan meningkatkan pengetahuan para wanita usia subur di kelurahan Bongsari Semarang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Realita (2010) yang menyebutkan bahwa ibu-ibu di RT 05 Rw 06 kelurahan Sampangan sebagian besar berpengetahuan baik setelah dilakukan pendidikan kesehatan mengenai kanker leher rahim. Notoatmodjo (2005) menyebutkan bahwa pengetahuan adalah suatu hasil tahu yang telah terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu atau dapat didefinisikan lain bahwa pengetahuan merupakan kumpulan informasi yang diperbaharui yang didapat dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap dirinya maupun lingkungannya.

Adapun hasil penelitian pada kelompok kontrol, terlihat peningkatan penge-

**Tabel 5. Perubahan Pengetahuan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Diberi Penyuluhan mengenai Kanker Leher Rahim**

	Kelompok	n	Mean	Std.Dev	Beda Mean Sebelum & Sesudah	P value
Sebelum	Intervensi	31	53,59	11,357		
	Kontrol	31	55,32	11,542		
	Total	62	54,35	11,398		
Sesudah	Intervensi	31	82,26	7,398	+ 28,67	Sebelum sesudah: 0,000 Kelompok: 0,000
	Kontrol	31	69,35	13,022	+ 14,03	
	Total	62	75,81	12,354		

tahuan yang landai dan tidak berarti. Hal ini dikarenakan adanya rasa ingin tahu dari responden setelah dilakukan *pre test* dan diberi jeda selama 45 menit. Selama masa jeda, para responden akan mencari tahu jawaban apa yang benar misalnya bertanya kepada teman di dekatnya. Bisa juga dengan cara menebak-nebak saja barangkali jawaban yang berikutnya adalah yang benar. Sehingga, setelah dilakukan jeda 45 menit dan kemudian dilakukan *post test*, terjadi peningkatan pengetahuan meskipun landai dan tidak berarti jika dibandingkan dengan kelompok intervensi yang dilakukan penyuluhan.

Penelitian ini sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa cara memperoleh pengetahuan secara tradisional antara lain dengan coba-coba dan salah, dan cara kekuasaan (otoritas) yang pada intinya adalah menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang lain yang mempunyai aktifitas tanpa menguji kebenarannya terlebih dahulu (Notoatmodjo, 2002).

#### **Perubahan Pengetahuan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Diberi Penyuluhan tentang Kanker Leher Rahim**

Pada Tabel 5 tampak ada perbedaan mean pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberi penyuluhan. Setelah diuji de-

ngan *Repeated Measure Anova*, maka: ada perbedaan mean pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberi penyuluhan ( $p=0,000$ ). Hasil ini memberikan petunjuk bahwa pola penyuluhan seperti ini efektif dalam meningkatkan pengetahuan. Model intervensi berupa penyuluhan sangat efektif digunakan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai kanker leher rahim karena penyuluhan adalah kegiatan yang memberikan informasi kepada orang lain yang diharapkan setelah menerima penyuluhan tersebut orang lain akan menjadi lebih tahu dari sebelumnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Realita (2010) yang menyebutkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan mengenai kanker leher rahim. Hal ini dapat ditunjang dengan pernyataan Notoatmodjo (2003) bahwa salah satu upaya agar informasi tersebut dapat dipahami dan dapat memberikan dampak perubahan perilaku pada masyarakat adalah dengan menggunakan penyuluhan. Lebih lanjut Notoatmodjo (2005) menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah penyuluhan. Penyuluhan adalah pemberian informasi atau pesan berupa penyuluhan kesehatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan

agar memudahkan terjadinya perilaku sehat.

Hasil penelitian dengan uji *Repeated Measure Annova* yang dikontrol dengan pendidikan terlihat pada bahwa  $\alpha$  0,547 yang mempunyai arti bahwa tidak ada perbedaan pendidikan pada model intervensi ini, sehingga penyuluhan yang dilakukan sangat efektif. Menurut peneliti, model penyuluhan seperti ini sangat efektif dilakukan dengan latar belakang pendidikan apapun, karena terbukti terjadi peningkatan pengetahuan yang tajam sebelum dan sesudah dilakukan penelitian pada kelompok intervensi. Hal ini sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa penyuluhan juga dapat diartikan sebagai kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar namun mau dan bisa melakukan suatu anjuran tentang kesehatan (Septalia, 2010).

#### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa pola penyuluhan secara efektif dapat meningkatkan pengetahuan mengenai kanker leher rahim walaupun hanya diberikan dalam sekali penyuluhan. Dengan demikian, model intervensi berupa penyuluhan berpengaruh terhadap pengetahuan tentang kanker leher rahim.

Peran serta masyarakat khususnya wanita usia subur di wilayah kelurahan Bongsari Semarang Barat sangat dibutuhkan untuk mengikuti penyuluhan kesehatan baik yang dilakukan oleh institusi kesehatan maupun yang dilakukan kelurahan setempat. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi masukan bagi pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat khususnya wanita usia subur dengan peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan mengerahkan segenap jajarannya di bidang kesehatan untuk memberikan penyuluhan secara proaktif kepada masyarakat.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Emilia, O. 2008. *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*. Pustaka Cendekia Press: Yogyakarta.
- Manuaba, I.G.B. 2002. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. EGC: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta: Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta: Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat*. EGC: Jakarta.
- Rahat, Agus. 2010. *Mengenal Kanker Serviks, Si Pembunuh Wanita*, (Online), (<http://www.kotakediri.bersemita.com/>), diakses 23-12-10.
- Realita, F. 2010. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Mengenai Kanker Leher Rahim pada Ibu-Ibu Rt 05 Rw 06 Kel. Sampangan tahun 2010*. Skripsi Diterbitkan. Semarang: Politeknik Kesehatan Semarang.
- Retnosari. 2010. *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Ibu-Ibu tentang Resiko Kanker Serviks terhadap Motivasi Melakukan Papsmear di Puskesmas Mlati I Sleman Yogyakarta*. Skripsi Diterbitkan. Yogyakarta: PSIK-STIKES Aisiyah Yogyakarta.
- Septalia, R.E. 2010. *Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*, (Online) (<http://creasoft.wordpress.com>), diakses 23 Desember 2010.
- Sukmadinata. 2003. *Landasan Psikologi Proses Pendidikan*. PT Remaja Rosdakaria: Bandung.

# **PERAN ORANG TUA TERHADAP KONSUMSI ALKOHOL PADA REMAJA PUTRA DI DESA SIDOREJO KECAMATAN SUGIO KABUPATEN LAMONGAN TAHUN 2015**

**Amirul Amalia**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Lamongan  
E-mail: amirul.amalia@yahoo.co.id

**Abstract:** The aim of research to determine the relationship of the role of parents on alcohol consumption in young men in the village Sidorejo Sugio subdistrict in Lamongan district in 2015. The study design used cross sectional analytic approach. The entire population of young men who consume alcoholic beverages in the village Sidorejo Sugio subdistrict in Lamongan district in June 2015 with Simple Random Sampling technique. Data taken with kuessioner and analyzed using Spearman Rank test with  $\alpha = 0.05$ . The result showed almost half or 34.8% less than the role of parents, and more than 63% partially or low levels of alcohol consumption. There is a relationship between the roles of parents with alcohol consumption in young men in the village Sidorejo Sugio Lamongan District of the Year 2015. Rated  $r_s = 0.749$  and  $p = 0.000$ .

**Keywords:** role of parents, adolescents, alcohol consumption

**Abstrak:** Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan peran orang tua terhadap konsumsi alkohol pada remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan tahun 2015. Desain penelitian yang digunakan analitik dengan pendekatan Cross Sectional. Populasinya seluruh remaja putra yang mengonsumsi minuman beralkohol di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan dengan menggunakan tehnik Simple Random Samplin. Data diambil dengan kuessioner dan dianalisis menggunakan uji Rank Spearman dengan  $\alpha=0,05$ . Hasil penelitian didapatkan hampir sebagian atau 34,8 % peran orang tua kurang, dan lebih dari sebagian atau 63% mengonsumsi alkohol tingkat rendah. Terdapat hubungan antara peran orang tua dengan konsumsi alkohol pada remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan Tahun 2014. Nilai  $r_s = 0,749$  dan  $p = 0,000$ .

**Kata kunci:** peran orang tua, remaja, konsumsi alkohol

## PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa transisi dari periode anak ke dewasa, kedewasaan bukan hanya tercapainya umur tertentu seperti misalnya dalam ilmu hukum (Wirawan, 2011). Pada tahap ini remaja akan mengalami suatu perubahan biologis, psikologis, lingkungan, sosial, tetapi juga fisik misalnya bentuk tubuh, tumbuhnya rambut pada daerah kemaluan, tumbuhnya payudara, perubahan suara, berfungsinya alat reproduksi ditandai dengan mimpi basah atau menstruasi (Charles, 2006).

Adapun perubahan remaja seperti rasa ingin tahu pencarian jati diri, rasa cinta dengan lawan jenis yang bisa mengakibatkan perilaku yang negatif salah satunya dengan mengonsumsi alkohol. Alkohol merupakan zat aktif yang terdapat dari berbagai jenis minuman keras yang mengandung etanol berfungsi menekan susunan syaraf pusat (Kusmiran, 2011).

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi (2007) yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik memperoleh prevalensi penduduk laki-laki umur 15 keatas yang mengonsumsi alkohol di Provinsi Jawa Timur 1 bulan terakhir adalah 2,9% diperkotaan dan 1,7% dipedesaan. Berdasarkan survei awal di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan pada tanggal 6 Januari 2015, dari 10 remaja putra didapatkan 7 remaja putra atau 70% masih mengonsumsi minuman beralkohol dan 3 remaja putra atau 30% tidak mengonsumsi minuman beralkohol.

Dari data tersebut masalah penelitian adalah masih banyaknya remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan yang mengonsumsi minuman beralkohol. dan kadang makan jajan. Pada ibu yang anaknya kurus, pemenuhan nutrisinya kadang-kadang 3x sehari karena anaknya sulit sekali disuruh makan disebabkan anaknya lebih sering makan jajan dan anaknya juga tidak mau makan sayur dan minum

susu. Jadi, masih ada peran keluarga yang kurang dalam pemberian nutrisi pada anak.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kenakalan remaja dalam mengonsumsi minuman beralkohol terbagi menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal seperti kepribadian, konsep diri dan kontrol diri yang lemah, sedangkan faktor eksternal seperti teman sebaya yang kurang baik, komunitas atau tempat tinggal yang kurang baik dan peran orang tua. Menurut Mars (2005), kepribadian merupakan seorang yang terbuka terhadap pengalaman baru, tidak takut mencoba dan suka bereksperimen, toleran terhadap penyimpangan, menyukai kebebasan pribadi, tetapi menyesuaikan diri mereka kurang baik, dan mempunyai hambatan sosial, serta tidak mempunyai minat terhadap keluarga dan agama.

Konsep diri adalah semua tanda, keyakinan, dan pendirian yang merupakan bagian dari masalah kebutuhan psikologis yang tidak didapatkan sejak lahir dan hal ini diperoleh dari pengetahuan individu tentang dirinya yang dapat mempengaruhi hubungannya dengan orang lain, termasuk karakter, kemampuan, nilai, ide, dan tujuan (Hidayat, 2007). Kontrol diri yang lemah adalah remaja yang tidak biasa mempelajari dan membedakan tingkah laku yang dapat diterima dengan yang tidak dapat diterima dapat terseret pada perilaku nakal. Teman sebaya yang kurang baik banyak diakibatkan oleh pergaulan yang salah dan juga pemikiran yang salah, karena menurut mereka mempunyai banyak teman adalah merupakan suatu prestasi tersendiri (Noto-atmodjo, 2003).

Komunitas atau tempat tinggal yang kurang baik yaitu menciptakan kondisi lingkungan yang kurang stabil, sehingga remaja tidak dapat mengembangkan diri secara lebih optimal khususnya pada lingkungan keluarga, karena pada masa ini remaja mulai bergerak

meninggalkan rumah dan menuju teman sebaya, sehingga minat, nilai, dan norma, yang ditanamkan oleh kelompok lebih menentukan perilaku remaja (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Yusuf (2009) peran orang tua terhadap anak merupakan bentuk interaksi antara orang tua yang berusaha memberdayakan prinsip-prinsip kehidupan kepada anak, sehingga anak memahami dan melaksanakannya selama mengadakan pengasuhan yang berarti orang tua mendidik, membimbing, dan melindungi anak.

Dampak dari kenakalan remaja yang mengonsumsi alkohol secara psikologis di antaranya tidak adanya gairah semangat, depresi, kegelisahan, kurang fokus. Sedangkan gangguan secara fisik di antaranya *trauma sequelae* yaitu semacam gangguan pada ginjal, konsentrasi tinggi serum enzim hati, gigi dan organ oral yang abnormal, dan bisa menyebabkan kemandulan pada penggunaan jangka panjang. Serta terjadi gangguan perasaan seorang tersebut mudah tersinggung dan perhatian terhadap lingkungan juga terganggu, menekan pusat pengendalian diri dan bila tidak terkontrol akan menimbulkan tindakan yang melanggar norma-norma dan sikap moral yang lebih parah lagi akan dapat menimbulkan tindakan pidana atau kriminal (Soetjiningsih, 2004).

Upaya yang harus dilakukan yaitu memberi informasi kepada orang tua tentang tugas perkembangan keluarga terhadap anak remaja, menjalin komunikasi yang baik dengan anak, dan mengembangkan kepercayaan anak kepada orang tua, memberikan penyuluhan pada remaja tentang tugas perkembangan remaja di tingkat karang taruna sebagai organisasi remaja ditingkat desa, hal-hal yang bisa menimbulkan perilaku minum-minuman keras, dampak dari minuman beralkohol dan cara menghindarinya (Soetjiningsih, 2004).

Menurut Arsyad (2009), upaya yang bisa dilakukan diantaranya menanamkan rasa disiplin dari orang tua terhadap anak,

memberikan pengawasan dan perlindungan terhadap anak, pencurahan kasih sayang dari kedua orang tua terhadap anak, memberikan pendekatan khusus terhadap anak untuk mengembangkan perasaan saling percaya, pendidikan agama untuk meletakkan dasar moral yang baik dan berguna, identifikasi masalah anak secara umum sesuai kondisi anak sekarang ini secara konsisten dan konsekuen. Selain itu pemerintah dan masyarakat juga wajib melakukan tindakan-tindakan preventif dan pengendalian secara kuratif.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara peran orang tua dengan konsumsi alkohol pada remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan.

## METODE PENELITIAN

Desain dalam penelitian ini adalah penelitian analitik. Lokasi penelitian di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan. Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari-Juli 2015. Populasi Seluruh remaja putra yang pernah mengonsumsi minuman beralkohol berjumlah 52 orang, adapun jumlah sampel adalah 46 orang yang diambil secara *Simple Random sampling*.

Instrument yang digunakan berupa kuesioner dengan dua variabel. Variabel independen adalah peran orang tua dan variabel dependen adalah konsumsi alkohol. Data yang dikumpulkan ini adalah data primer. Tehnik analisa penelitian menggunakan Uji *Spearman rank*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan. Desa ini mempunyai batas wilayah sebagai berikut: Sebelah utara berbatasan



dengan Desa Kedungpari Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan, sebelah selatan berbatasan dengan kawasan perhutanan, sebelah barat berbatasan dengan Desa Nglebur Kecamatan Kedungpring Kabupaten Lamongan, sebelah timur berbatasan dengan Desa Randu Bolong Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan. Desa ini mempunyai luas wilayah 2.307,16 ha. Jumlah penduduk Desa Sidorejo tahun 2015 mencapai 3171 jiwa, dengan 752 KK.

**Tabel 1. Distribusi Berdasarkan Umur Remaja Putra yang Mengonsumsi Alkohol**

Umur Remaja	Frekuensi	(%)
15-17 tahun	15	32,6
18-21 tahun	31	67,4
Total	46	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian remaja berusia 18-21 tahun yaitu sebanyak 67,4 %, dan sebagian kecil remaja berusia 15-17 tahun yaitu sebanyak 32,6 %.

**Tabel 2. Distribusi Berdasarkan Pendidikan Remaja Putra yang Mengonsumsi Alkohol**

Pendidikan Remaja	Frekuensi	(%)
SD	6	13,0
SMP	23	50,0
SMA	11	37,0
Total	46	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian pendidikan remaja adalah SMP yaitu sebanyak 50,0 % dan sebagian kecil pendidikan remaja adalah SD yaitu sebanyak 13,0 %.

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian orang tua yang tinggal bersama responden berusia 41-50

tahun yaitu sebanyak 54,3%, dan sebagian kecil orang tua yang tinggal bersama responden berusia lebih dari 60 tahun yaitu sebanyak 4,3%.

**Tabel 3. Distribusi Berdasarkan Umur Orang Tua yang Tinggal Bersama Responden**

Umur Orang Tua	Frekuensi	Prosentase (%)
30-40 tahun	8	17,4
41-50 tahun	25	54,3
51-60 tahun	11	23,9
> 60 tahun	2	4,3
Total	46	100

**Tabel 4. Distribusi Pendidikan Orang Tua yang Tinggal Bersama Responden di Desa Sidorejo Tahun 2015**

Pendidikan Remaja	Frekuensi	(%)
Tidak tamat SD	1	2,2
SD	4	8,7
SMP	17	37,0
SMA	18	39,1
PT	6	13,0
Total	46	100

**Tabel 5. Distribusi Pekerjaan Orang Tua yang Tinggal Bersama Responden di Desa Sidorejo Tahun 2015**

Pekerjaan Orang Tua	Frekuensi	(%)
Petani/swasta	22	47,8
Wiraswasta	18	39,1
PNS/TNI/POLRI	6	13,0
Total	46	100

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa hampir sebagian pendidikan orang

tua yang tinggal bersama responden adalah SMA yaitu sebanyak 39,1% dan sebagian kecil pendidikan orang tua yang tinggal bersama responden tidak tamat SD yaitu sebanyak 2,2%.

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa hampir sebagian pekerjaan orang tua yang tinggal bersama responden adalah petani/swasta yaitu sebanyak 47,8% dan sebagian kecil pekerjaan orang tua yang tinggal bersama responden adalah sebagai PNS yaitu 13,0 %.

**Tabel 6. Distribusi Keutuhan Orang Tua Responden**

Tinggal di Rumah	Frekuensi	(%)
Ibu dan Ayah	35	76,1
Ibu saja	5	10,9
Ayah saja	1	2,2
Orang lain	5	10,9
Total	46	100

**Tabel 7. Distribusi Peran Orang Tua Responden**

Peran Orang Tua	Frekuensi	(%)
Baik	14	30,4
Cukup	16	34,8
Kurang	16	34,8
Total	46	100

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden tinggal

bersama kedua orang tua yaitu sebanyak 76,1%, dan sebagian kecil responden tinggal dengan ayah saja yaitu sebanyak 2,2 %.

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa hampir sebagian peran orang tua responden berperan cukup dan kurang yaitu sebanyak 34,8%.

**Tabel 8. Distribusi Konsumsi Alkohol pada Remaja Putra**

Konsumsi Alkohol Remaja Putra	Frekuensi	(%)
Rendah	29	63,0
Menengah	11	23,9
Tinggi	6	13,0
Total	46	100

Berdasarkan tabel 8 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian responden mengonsumsi alkohol kriteria rendah yaitu sebanyak 63,0%, sedangkan sebagian kecil responden mengonsumsi alkohol kriteria tinggi yaitu sebanyak 13,0%.

Berdasarkan tabel 9 menunjukkan bahwa dari 14 responden peran orang tua baik, seluruhnya atau 100 % anaknya mengonsumsi alkohol tingkat rendah, sedangkan dari 16 responden peran orang tua kurang, sebagian atau 50 % anaknya mengonsumsi alkohol tingkat menengah.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan uji spearman rho didapatkan ( $r_s$ ) = 0,749 dan  $p=0,000$  dimana  $p < 0,05$  maka dapat

**Tabel 9. Tabel Silang Berdasarkan Peran Orang Tua dengan Konsumsi Alkohol pada Remaja Putra**

Peran Orang Tua	Konsumsi Alkohol						Jumlah	
	Rendah		Menengah		Tinggi		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Baik	14	100	0	0	0	0	14	100
Cukup	13	81,3	3	18,8	0	0	16	100
Kurang	2	12,5	8	50,0	6	37,5	16	100
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>63,0</b>	<b>11</b>	<b>23,9</b>	<b>6</b>	<b>13,0</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

$r_s = 0,749$        $p = 0,000$

disimpulkan  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan signifikan antara peran orang tua dengan konsumsi alkohol pada remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan Tahun 2015.

## PEMBAHASAN

### Peran Orang Tua

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa dari hasil penelitian didapatkan peran orang tua di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan hampir sebagian atau 34,8% peran orang tua responden berperan cukup dan kurang. Peran orang tua merupakan sikap orang tua dalam berinteraksi dengan anak-anaknya. Sikap tersebut meliputi cara orang tua memberi aturan-aturan, memberi perhatian.

Peran sebagai suatu perlakuan orang tua dalam rangka memenuhi kebutuhan, memberi perlindungan, dan mendidik anak dalam keseharian. Sedangkan peran orang tua terhadap anak merupakan bentuk interaksi antara orang tua yang berusaha memberdayakan prinsip-prinsip kehidupan kepada anak, sehingga anak memahami dan melaksanakannya selama mengadakan pengasuhan yang berarti orang tua mendidik, membimbing, dan melindungi anak (Gurnarso, 2005). Peran orang tua dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, pendidikan, dan pekerjaan.

Berdasarkan tabel 3 di atas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian atau 54,3% orang tua yang tinggal bersama remaja berusia 41-50 tahun. Menurut Mubarak (2007), pada usia 21-30 tahun merupakan umur dengan kematangan yang hampir sempurna dimana tempat pemahaman pada masalah sudah ada pada tahap yang tinggi pula sebagai manusia dewasa.

Bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, sebab semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan

seseorang akan lebih matang sehingga mereka akan lebih mengerti tentang perkembangan anak, akan tetapi umur lebih dari 35 tahun merupakan umur menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang, keterbatasan dalam daya ingat juga mengalami penurunan. Dengan demikian, umur seseorang dapat berpengaruh pada tingkat pengetahuan yang dimiliki. Hal ini disebabkan cara berfikir dan pemahaman seseorang yang sudah matang, sehingga orang tua akan merubah sikap dan perilaku untuk mau mencari informasi tentang perkembangan anak.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa hampir sebagian atau 39,1% pendidikan orang tua yang tinggal bersama remaja adalah SMA. Menurut Mubarak (2007) Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Tingkat pendidikan seseorang sangat besar pengaruhnya terhadap peran. seseorang yang berpendidikan tinggi pengetahuannya akan berbeda dengan orang yang hanya berpendidikan sekolah dasar. Jika pendidikan seseorang itu rendah maka pengetahuan yang dimiliki juga rendah dan akan berpengaruh terhadap peran seseorang.

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa hampir sebagian atau 47,8% pekerjaan orang tua yang tinggal bersama remaja adalah petani/swasta. Bekerja pada umumnya adalah kegiatan yang nyata, waktu bekerja mempengaruhi keuangan waktu dan kesempatan bersama keluarga. Semakin ringan jenis pekerjaan seseorang, maka kesempatan dan waktu luang yang dimiliki juga lebih banyak (Mubarak, 2007).

Menurut Latipun (2004), pekerjaan orang tua dapat menggambarkan keadaan sosial ekonomi keluarga, status sosial ekonomi berpengaruh terhadap tingkah laku, dimana individu yang berstatus ekonomi baik dimungkinkan lebih memiliki sikap positif memandang masa depan dibandingkan mereka yang berasal dari keluarga yang berstatus sosial ekonomi rendah.

Hal ini berarti pekerjaan orang tua berhubungan dengan tingkat kenakalan yang dilakukan oleh anak-anaknya. Keadaan yang demikian karena mungkin bagi petani atau pegawai swasta hanya sibuk mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan keluarga, sehingga kurang ada perhatian pada sosialisasi penanaman nilai dan norma-norma sosial kepada anak-anak. Akibat dari semua itu maka anak-anaknya lebih tersosialisasi oleh kelompoknya yang kurang mengarahkan pada kehidupan yang normatif. Sedangkan bagi PNS lebih memperhatikan anaknya untuk mencapai masa depan yang lebih baik, dan disiplin yang diterapkan serta nilai-nilai yang disosialisasikan lebih efektif.

### **Konsumsi Alkohol**

Berdasarkan tabel 8 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian atau 63,0% remaja putra mengonsumsi alkohol kategori rendah. Mengonsumsi alkohol bisa disebabkan oleh faktor umur remaja, pendidikan remaja dan keutuhan orang tua dirumah. Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian atau 67,4% remaja berusia 18-21 tahun. Umur merupakan suatu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Sehingga memungkinkan seseorang remaja dapat menerima aturan di sekolah maupun masyarakat dan mampu untuk berperilaku positif.

Pada masa pubertas anak sudah mulai aktif dan menerima norma-norma agama dan estetika (Ahmadi, 2005). Pada usia remaja proses menjadi manusia dewasa berlang-

sung. Sayangnya, banyak diantara mereka yang tidak sadar bahwa beberapa pengalaman yang tampak menyenangkan justru menjerumuskan. Rasa ingin tau pada remaja kadang tidak disertai pertimbangan rasional dan pengetahuan yang cukup akan akibat lanjut dari suatu perbuatan.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian atau 50,0% pendidikan remaja adalah SMP. Menurut Soetjningsih (2004) pengetahuan yang kurang pada remaja akan mempengaruhi kematangan organ-organ reproduksi dan pencarian jati diri yang akan menyebabkan remaja tidak dapat menyeleksi informasi yang diperoleh. Pengetahuan yang kurang membuat remaja rentan terhadap informasi yang keliru dan perilaku negatif yang dapat menimbulkan minat untuk mengonsumsi minuman beralkohol tanpa didasari pengetahuan yang mendalam tentang dampak dari mengonsumsi minuman beralkohol.

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa hampir seluruh atau 76% remaja tinggal bersama kedua orang tua. Menurut Suprajitno (2004) anak yang mempunyai penyesuaian diri yang baik di lingkungan, biasanya mempunyai latar belakang keluarga yang harmonis, menghargai pendapat anak, dan hangat. Hal ini disebabkan karena anak yang berasal dari keluarga yang harmonis akan mempersepsi rumah mereka sebagai suatu tempat yang membahagiakan karena semakin sedikit masalah antara orang tua, maka semakin sedikit masalah yang dihadapi anak, dan begitu juga sebaliknya jika anak mempersepsi rumahnya berantakan atau kurang harmonis maka ia akan terbebani dengan masalah yang sedang dihadapi oleh orang tuanya tersebut.

Keutuhan orang tua sangat berpengaruh terhadap perkembangan remaja karena keluarga adalah sumber informasi yang paling dekat sebelum remaja itu berinteraksi dengan lingkungan luar di masyarakat (Yulia,

2007). Keutuhan orang tua dapat berpengaruh terhadap konsumsi alkohol pada remaja putra. Banyak terdapat remaja yang nakal datang dari orang tua yang tidak utuh, baik dilihat dari struktur keluarga maupun dalam interaksi di keluarga, sehingga lebih mudah untuk menjadi anak yang berperilaku menyimpang dibandingkan anak-anak muda yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang harmonis.

### **Hubungan Peran Orang Tua Dengan Konsumsi Minuman Beralkohol Pada Remaja Putra**

Berdasarkan tabel 9 di atas menunjukkan bahwa dari 14 remaja peran orang tua baik, seluruhnya atau 100 % anaknya mengonsumsi alkohol tingkat rendah, sedangkan dari 16 remaja peran orang tua kurang, sebagian atau 50 % anaknya mengonsumsi alkohol tingkat menengah.

Berdasarkan hasil uji Rank Spearman dengan bantuan SPSS 16,0 menunjukkan bahwa  $p=0,000$  dimana  $p < 0,05$  maka  $H_1$  diterima, artinya terdapat hubungan signifikan antara peran orang tua dengan konsumsi alkohol pada remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan Tahun 2015.

Peran orang tua terhadap anak merupakan bentuk interaksi antara orang tua yang berusaha memberdayakan prinsip-prinsip kehidupan kepada anak, sehingga anak memahami dan melaksanakannya selama mengadakan pengasuhan yang berarti orang tua mendidik, membimbing, dan melindungi anak (Gunarso, 2005).

Menurut Wirawan (2011) faktor mengonsumsi alkohol sebagai berikut: 1) Sosial: didasari motif-motif sosial seperti adanya pengaruh pergaulan, perubahan gaya hidup, sistem norma, sosial; 2) Ekonomi: meningkatnya jumlah penggunaan minuman beralkohol di Indonesia dapat diisolasi dengan faktor keterjangkauan harga minuman

keras lokal dengan daya beli atau kekuatan ekonomi masyarakat dan secara makro industri minuman keras baik itu ditingkat produksi, distribusi dan periklanan ternyata mampu menyumbang porsi yang sangat besar bagi pendapatan Negara; 3) Budaya: Di Indonesia banyak dijumpai produksi lokal minuman keras yang merupakan warisan tradisional yaitu arak dan tuak yang banyak dikonsumsi oleh masyarakat dengan alasan tradisi; dan 4) Lingkungan: Peranan Negara dalam menciptakan lingkungan yang bersih minuman beralkohol menjadi sangat vital. Bentuk-bentuk aturan dan regulasi tentang minuman keras, serta pelaksanaan daripada aturan dan regulasi tersebut secara tegas menjadi kunci utama penanganan masalah alkohol ini. Peranan provider kesehatan juga sangat penting dalam mempromosikan kesehatan.

Menurut Bahiyatun (2010) salah satu temuan tentang konsumsi minuman beralkohol pada remaja adalah bahwa anak-anak muda yang berasal dari rumah tangga yang hubungannya tidak harmonis, dimana orang tua tidak terlalu memperhatikan pergaulan anak-anaknya dan senang memberikan hukuman fisik keras, lebih mudah untuk menjadi anak yang berperilaku menyimpang dibandingkan anak-anak muda yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang harmonis.

Pengaruh paling kuat yang menyebabkan seorang remaja mengonsumsi minuman beralkohol adalah figur contoh dari orang tuanya. Ketidakmampuan orang tua dalam mengontrol emosi membuat anak menjadi temperamental, sulit diatur, cenderung berbuat kriminal dan berpeluang mengonsumsi alkohol untuk menghilangkan beban yang dihadapi dari orang tuanya. Akibatnya orang tua yang demikian tidak bisa menjadi model atau peran yang baik bagi anak-anaknya dalam mengontrol anak serta mengasuh buah hatinya.

## SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara peran orang tua dengan konsumsi alkohol pada remaja putra di Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan Tahun 2015 dengan nilai  $P = 0,000$  dan  $r_s = 0,749$ . Dengan demikian perlu adanya peningkatan peran dari orang tua terhadap anaknya terutama anak di usia remaja agar dapat mencegah terjadinya peningkatan konsumsi alkohol di kalangan remaja.

## DAFTAR RUJUKAN

- Ahmadi, Abu. 2005. *Psikologi Perkembangan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Arsyad, Ansyur. 2009. *Kenakalan Remaja*, (Online), (<http://wijaogi.multiply.com>), diakses 16 Mei 2014.
- Bahiyatun. 2010. *Psikologi Ibu dan Anak*. EGC: Jakarta.
- Charles. 2006. *Psikologi Perkembangan*. UGM Press: Yogyakarta.
- Gunarso, Singgih D. 2005. *Psikologis Praktis Anak, Remaja dan Keluarga*. BPK Gunung Mulia: Jakarta.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika: Jakarta.
- Kusmiran, Eny. 2011. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Salemba Medika: Jakarta.
- Latipun. 2004. *Konsep Pengetahuan Remaja*, (Online), ([www.wordpress.com](http://www.wordpress.com)), diakses 06 Juli 2014.
- Mars, Eric J. 2005. *Macam-macam Kenakalan Remaja*, (Online), (<http://id.shvoong.com/social>), diakses 22 Februari 2014.
- Mubarok, Waqid Iqbal. 2007. *Promosi Kesehatan*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Notoatmodjo Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Sagung Seta: Jakarta.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatann Keluarga Aplikasi dalam Praktik*. EGC: Jakarta.
- Wirawan, Sarlito Sarwono. 2011. *Psikologi Remaja Edisi 12*. PT. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Yulia. 2007. *Seks Bebas pada Remaja*, (Online), (<http://www.wordpress.com>), diakses 06 Juli 2014.
- Yusuf, Syamsu. 2009. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Cet:10*. Rineka Rosdakarya: Bandung.

# **PENGARUH JAMBU BIJI MERAH TERHADAP KADAR Hb SAAT MENSTRUASI PADA MAHASISWI DIII KEBIDANAN STIKES MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

**Sulistiyowati**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Lamongan

E-mail: [sulisfaraz@gmail.com](mailto:sulisfaraz@gmail.com)

**Abstract:** The aim of research to determine the effect of guava on Hb levels during menstruation. The study design used Pre-Eksperiment method with one group pre test post-test design. The population are all sophomore of DIII Kebidanan Study Program in STIKES Muhammadiyah Lamongan. Sample taken by purposive Sampling technique. Data taken with observation and analyzed using Paired T-Test. The result showed that guava was influence Hb levels during menstruation with  $p=0,000$ .

**Keywords:** haemoglobin, guava, menstruation, anemia

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh jambu biji merah terhadap kadar Hb saat menstruasi. Desain penelitian yang digunakan adalah Pre-Eksperiment dengan metode one group pre test post-test design. Populasi adalah seluruh mahasiswa Tingkat 2 Prodi D III Kebidanan STIKes Muhammadiyah Lamongan. Sampel diambil dengan metode purposive sampling. Data penelitian diambil dengan menggunakan lembar observasi dan di uji dengan Paired T-Test. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh jambu biji merah terhadap kadar Hb saat menstruasi dengan  $p= 0,000$ .

**Kata Kunci:** haemoglobin, jambu biji merah, menstruasi, anemia

## PENDAHULUAN

*Hemoglobin* (Hb) merupakan suatu protein yang kaya zat besi, memiliki afinitas (daya gabung) terhadap oksigen dan dengan oksigen itu membentuk oxihemoglobin di dalam sel darah merah. Melalui fungsi ini maka oksigen dibawa dari paru-paru ke jaringan seluruh tubuh (Evelyn 2009). Berdasarkan WHO, jika kadar *hemoglobin* < 12 gr% disebut dengan anemia remaja. Salah satu masalah gizi remaja putri di Asia Tenggara adalah anemia defisiensi zat besi yaitu kira-kira 25-40% remaja putri menjadi korban anemia tingkat ringan sampai berat.

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2008 menunjukkan bahwa *prevalensi* anemia remaja putri di Indonesia adalah 6,5%. Masa depan suatu bangsa ditentukan oleh kuantitas dan kualitas dari generasi muda. Dilihat dari segi kuantitas, jumlah penduduk usia remaja (10-19 tahun) di Indonesia adalah sebesar 24,2% dari total penduduk Indonesia, terdiri dari 65,5% laki-laki dan 34,5% perempuan (Hasil Riskesdas, 2013 dalam Depkes RI, 2010).

Dari survei awal yang dilakukan, ditemukan 5 mahasiswi prodi D III Kebidanan STIKes Muhammadiyah Lamongan saat menstruasi, diantaranya 3 atau 60% mengalami anaemia dan 2 atau 40% tidak mengalami anemia. Dengan demikian, masih banyak remaja yang mengalami anemia pada saat menstruasi. Anemia dapat diartikan kekurangan kadar *hemoglobin* (Hb). Faktor yang mempengaruhi kadar *hemoglobin* dalam darah adalah kecukupan besi dalam tubuh dan metabolisme besi dalam tubuh. Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya anemia pada remaja putri saat menstruasi adalah Kehilangan banyak zat besi, banyaknya darah yang keluar, siklus menstruasi yang tidak normal, kurangnya asupan zat besi (Gibney dkk, 2009).

Kehilangan zat besi yang dibutuhkan wanita berjumlah 0,8 mg per hari. Namun,

wanita dewasa mengalami kehilangan zat besi tambahan akibat menstruasi dan hal ini menaikkan jumlah rata-rata setiap harinya sehingga zat besi yang harus diserap 1,4 mg per hari, jumlah ini memenuhi 90% pada wanita yang sedang menstruasi untuk memenuhi kebutuhan yang 10% lagi diperlukan absorpsi harian paling sedikit 2,4 mg zat besi guna mengimbangi kehilangan yang sangat tinggi saat menstruasi (Gibney dkk, 2009).

Pada umumnya siklus menstruasi terjadi secara periodik setiap 28 hari yaitu pada hari 1-14 terjadi pertumbuhan dan perkembangan folikel primer yang dirangsang oleh hormon FSH. Di negara berkembang, banyak orang bergantung hanya dengan makanan nabati yang memiliki absorpsi zat besi yang buruk dan terdapat beberapa zat dalam makanan tersebut yang mempengaruhi absorpsi zat besi. Pada awal menstruasi terdapat peningkatan kebutuhan zat besi yang sangat tinggi sehingga memberikan beban yang ganda dan dapat menyebabkan anemia saat menstruasi berlangsung bila tidak segera ditangani dengan tepat.

Anemia remaja putri saat menstruasi dapat berdampak tidak adanya gairah belajar dan konsentrasi, muka pucat, sering merasa lelah kurang energi, badan terasa lemas dan mudah mengantuk. Selain itu, daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terserang penyakit. Anemia juga dapat menyebabkan menurunnya produksi energi dan akumulasi laktat dalam otot (Moore, 1997 dalam Depkes RI, 2010).

Bila tidak segera di atasi bisa menimbulkan komplikasi anemia yang beraneka ragam yaitu gagal jantung kongesif, karena otot jantung yang kekurangan oksigen tidak dapat menyesuaikan diri dengan beban kerja jantung yang meningkat, parentesia, konfusi kanker, penyakit ginjal, gondok, gangguan pembentukan heme atau pigmen pembentuk warna merah yang mengandung zat besi, penyakit infeksi kuman, thalassemia atau



kurang cepatnya pembuatan satu rantai/ unsur pembentukan hemoglobin, kelainan jantung, rematoid, kecelakaan hebat, meningitis, gangguan sistem imun, dan sebagainya (Reksodiputro, 2004 dalam Depkes RI, 2010).

Upaya yang bisa dilakukan untuk mengatasi anemia ada dua cara yaitu: farmakologi dan non farmakologi. Cara farmakologi yaitu bisa dengan mengkonsumsi 1 tablet Fe setiap hari selama menstruasi berlangsung. Namun banyak remaja yang menolak mengkonsumsi tablet Fe dikarenakan efek samping dari tablet Fe yaitu mual-muntah dan feses keras berwarna kehitaman.

Cara yang kedua, dengan non farmakologi, melihat banyak tanaman jambu biji merah yang ada disekitar bisa dimanfaatkan untuk mengatasi anemia. Jambu biji merah mengandung vitamin C dua sampai empat kali lipat dibandingkan jeruk sehingga dapat membantu penyerapan zat besi yang terdapat di jambu biji merah. Disamping itu jambu biji merah juga mudah didapat dan harganya pun terjangkau.

Melihat banyaknya remaja yang mengalami anemia pada saat menstruasi maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh jambu biji merah terhadap kadar Hb saat menstruasi pada mahasiswa D III Kebidanan STIKes Muhammadiyah Lamongan.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *Pra-Eksperiment one Group Pra-test-Posttest Design* yaitu kelompok subyek diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah mahasiswi tingkat 2 Prodi D III Kebidanan yang mengalami anemia saat menstruasi yang diambil secara *purposive sampling* yaitu 25 responden. Metode pengumpulan yaitu Pengukur Hb elektrik (*hemoglobin testing system Quick-Check*) dan lembar

observasi. Intervensi berupa pemberian jus jambu merah sebanyak 400 gram setara dengan 0,8 mg kebutuhan zat besi perhari, diberikan selama 3 hari pertama menstruasi kemudian kadar Hb diukur pada hari ke 4 menstruasi. Setelah data terkumpul dianalisis dengan menggunakan uji *Paired T-Test*,  $p < \alpha$  ( $\alpha = 0,05$ ) jika  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya ada pengaruh jambu biji merah terhadap kadar Hb.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil Penelitian

Berikut adalah hasil pengumpulan data atas 25 responden.

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur**

No	Umur	Frekuensi	(%)
1.	19 tahun	4	16
2.	20 tahun	19	76
3.	21 tahun	2	8
Total		25	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya atau 76% mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII kebidanan berumur 20 tahun dan sebagian kecil atau 8% mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan yang berusia 21 tahun.

**Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kategori Menarche**

No	Kategori Menarche	Frekuensi	(%)
1.	Dini	5	20
2.	Normal	20	80
3.	lambat	0	0
Total		25	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa hampir seluruhnya atau 80% mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan *menarche* normal.

**Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu**

No	Pendidikan Ibu	Frekuensi	(%)
1.	SD / Sederajat	2	8
2.	SMP / Sederajat	8	32
3.	SMA / Sederajat	10	40
4.	Diploma/ Sarjana	5	20
Total		25	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa hampir setengah atau 40% pendidikan ibu yaitu SMA/ sederajat dan sebagian kecil atau 8% yaitu SD/ sederajat.

**Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu**

No.	Pekerjaan Ibu	Frekuensi	(%)
1.	IRT	5	20
2.	Petani	2	8
3.	PNS	4	16
4.	Wiraswasta	14	56
Total		25	100

**Tabel 5. Kadar Hb Sebelum Konsumsi Jambu Biji Merah**

No.	Kadar Hb (gr%)	Frekuensi	(%)
1.	10.8	1	4
2.	10.9	2	8
3.	11.2	4	16
4.	11.3	2	8
5.	11.4	4	16
6.	11.5	3	12
7.	11.6	3	12
8.	11.7	4	16
9.	11.8	1	4
10.	11.9	1	4
Total		25	100

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar (56%) pekerjaan ibu responden wiraswasta

dan sebagian kecil (8%) adalah petani.

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian kecil atau 16 % kadar Hb responden yaitu: 11.2 gr%, 11.4 gr% dan 11.7 gr %.

**Tabel 6. Kadar Hb Darah Setelah Konsumsi Jambu Biji Merah**

No.	Kadar Hb (gr%)	Frekuensi	(%)
1.	10.8	1	4
2.	10.9	2	8
3.	11.2	4	16
4.	11.3	2	8
5.	11.4	4	16
6.	11.5	3	12
7.	11.6	3	12
8.	11.7	4	16
9.	11.8	1	4
10.	11.9	1	4
Total		25	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian kecil atau 16 % kadar Hb responden yaitu: 11.2 gr%, 11.4 gr% dan 12 gr %.

**Tabel 7. Perbedaan Kadar Hb Darah Sebelum dan Setelah Konsumsi Jambu Biji Merah**

Perlakuan	N	Mean	SD	Min	Max
Pre	25	11.4	0.285	10.8	11.9
Post	25	11.6	0.356	11	12.2
		t=-6.325	p=0.000		

Berdasarkan gambar 1 dan tabel 7 dapat disimpulkan bahwa hasil analisa *pairedt-test* didapatkan bahwa nilai kadar Hb darah sebelum konsumsi jambu biji merah rata-rata kadar Hb darahnya yaitu 11.4 gr% dan kadar Hb darah setelah konsumsi jambu biji merah rata-rata kadar Hb darahnya yaitu 11.6 gr% sedangkan nilai  $p=0,000$  dimana  $p < 0,05$ , sehingga  $H_0$  di tolak yang artinya terdapat pengaruh jambu biji merah terhadap kadar Hb saat menstruasi.

## Pembahasan

### Kadar Hemoglobin (Hb) Darah Sebelum Konsumsi Jus Jambu Biji Merah

Tabel 5 menunjukkan bahwa seluruh mahasiswa Tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan rata-rata nilai kadar Hb darah sebelum konsumsi jambu biji merah adalah 11.4 gr% yang termasuk kategori anaemia. Fungsi Hb dalam darah adalah mengikat oksigen di paru-paru dan melepaskannya diseluruh jaringan tubuh yang membutuhkan, kemudian mengikat CO<sub>2</sub> dari jaringan tubuh dan melepaskan ke paru-paru. Disamping itu kekurangan besi, nilai hemoglobin yang rendah dapat disebabkan oleh kekurangan protein atau vitamin B6 (Almatsier, 2001 dalam Depkes RI, 2010). Hasil tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh umur dan kategori *menarche*.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar (76%) mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan berumur 20 tahun dan hanya sebagian kecil saja (8%) yang berusia 21 tahun. Semakin bertambah umur seseorang semakin bertambah pula kebutuhan gizi termasuk kebutuhan zat besi juga meningkat. Pada umumnya, anemia lebih sering terjadi pada remaja putri karena biasanya ingin tampil langsing dan membatasi asupan makanan. Selain itu, setiap bulan mereka akan mengalami menstruasi yang mengakibatkan tubuh mereka kehilangan banyak zat besi sehingga kebutuhan zat besi pun lebih banyak.

Pada usia 20 tahun keatas bila kebutuhan zat besi tidak dipenuhi akan menyebabkan anemia terutama pada saat menstruasi tubuh kehilangan banyak zat besi sehingga harus segera di atasi bila dibiarkan saja akan mengakibatkan terjadinya anemia berat. Anemia kalau tidak segera diatasi dan dibiarkan saja sampai wanita bereproduksi akan berpengaruh pada kehamilannya dan menyebabkan perdarahan saat melahirkan. Sehingga kebutuhan akan zat gizi harus segera dipenuhi terutama zat besi.

Rentan usia produktif apalagi belum menikah biasanya sangat memperhatikan penampilan dengan melakukan banyak upaya salah satunya dengan diit vegetarian yang menyebabkan tubuh kekurangan zat besi yang banyak terdapat pada bahan makanan hewani (Depkes RI, 2010). Semakin tua usia seseorang semakin lebar rahim maka sekresi hormon prostaglandin sebagai hormon yang berperan untuk membatasi aliran darah menstruasi semakin banyak dan lama menstruasi pun memanjang (Novia dan Puspitasari, 2008). Pada wanita yang semakin tua, lebih sering mengalami menstruasi maka leher Rahim bertambah lebar sehingga aliran darah pun bertambah banyak.

Berdasarkan pada tabel 2 di atas menunjukkan bahwa hampir seluruhnya atau 80% mahasiswi tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan *menarche* normal dan sebagian kecil atau 20% mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan yang *menarche* prekoks. *Menarche* sebenarnya merupakan puncak dari serangkaian perubahan yang terjadi pada seorang remaja yang sedang menginjak dewasa. Perubahan timbul karena serangkaian interaksi antara beberapa kelenjar di dalam tubuh. Setelah seorang remaja putri tersebut mengalami *menarche*, berarti perempuan tersebut telah memasuki puncak dari pubertas.

Selanjutnya, perempuan tersebut akan mengalami siklus menstruasi setiap bulannya dan siklus menstruasi tersebut akan berhenti setelah mencapai menopause. Semakin dini usia *menarche* semakin kuat terjadinya anemia karena pada umumnya setelah seorang remaja putri mengalami menstruasi selama 2 tahun siklus menstruasi akan menjadi normal sehingga setiap bulan akan rutin mengalami menstruasi dan kehilangan banyak zat besi secara bersamaan keluaranya darah sehingga wanita lebih cenderung terkena anemia dan harus segera di atasi sehingga tidak bertambah berat.

Remaja putri harus diperhatikan kebutuhan zat besinya, karena kebutuhan zat besi akan terus meningkat dengan datangnya *menarche* (Rangen *et al.* 1997, dalam Depkes RI, 2010). Kehilangan zat besi yang dibutuhkan ada wanita berjumlah sama, yaitu sekitar 0,8 mg per hari. Namun, wanita dewasa mengalami kehilangan tambahan akibat menstruasi dan hal ini menaikkan kebutuhan rata-rata setiap harinya sehingga zat besi yang harus diserap adalah 1,4 mg per hari, jumlah ini memenuhi 90 % kebutuhan pada wanita yang sedang menstruasi: untuk memenuhi kebutuhan yang 10 % lagi diperlukan absorpsi harian paling sedikit 2,4 mg zat besi guna mengimbangi kehilangan yang sangat tinggi pada saat menstruasi (Gibney, 2009).

#### **Kadar Hemoglobin (Hb) Setelah Konsumsi Jus Jambu Biji Merah**

Berdasarkan pada tabel 6 di atas menunjukkan bahwa seluruh mahasiswi Tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan rata-rata kadar Hb darah setelah konsumsi jambu biji merah adalah 11.6 gr%. Sebelum konsumsi jambu biji merah rata-rata kadar Hb darah adalah 11.4 gr% tetapi setelah diberikan jambu biji merah menjadi 11.6 gr%.

Beberapa zat gizi diperlukan dalam pembentukan sel darah merah. Zat besi atau Fe, vitamin B12 dan asam folat adalah zat yang terpenting. Di samping itu, tubuh juga memerlukan sejumlah kecil vitamin C, riboflavin dan tembaga serta keseimbangan hormon, terutama *eritropoietin* (hormon yang merangsang pembentukan sel darah merah). Tanpa zat gizi dan hormon tersebut, pembentukan sel darah merah akan berjalan lambat dan tidak mencukupi, dan selnya bisa memiliki kelainan bentuk dan tidak mampu mengangkut oksigen sebagaimana mestinya sehingga menimbulkan anemia (Yusnaini, 2014).

Zat besi farmakologis dapat digantikan dengan bahan alami salah satunya berasal

dari jambu biji merah yang mengandung zat besi dan kaya akan vitamin C. Selain itu faktor yang mempengaruhi anemia saat menstruasi adalah pendidikan dan pekerjaan ibu. Setiap remaja putri pasti akan lebih dekat dengan ibu dari pada ayahnya. Sehingga peran ibu sangat mempengaruhi kehidupan anaknya terutama saat masa pubertas dimana remaja mengalami banyak perubahan dalam dirinya.

Berdasarkan pada tabel 3 di atas menunjukkan bahwa hampir setengah atau 40% Pendidikan ibu mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan yaitu SMA/Sederajat dan sebagian kecil atau 8% mahasiswi tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan yaitu SD/ sederajat tingkat pendidikan yang terlalu rendah, akan sulit memahami pesan dan informasi yang disampaikan.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah memahami informasi sehingga semakin banyak juga pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru yang diperkenalkan (Nursalam, 2008). Seseorang yang berpendidikan tinggi pengetahuannya akan berbeda dengan orang yang hanya berpendidikan sekolah dasar (Notoatmodjo, 2006).

Berdasarkan pada tabel 4 di atas menunjukkan bahwa hampir seluruh atau 56% pekerjaan ibu mahasiswi tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan yaitu Wiraswasta dan sebagian kecil atau 8% mahasiswa tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan yaitu petani. Tingkat pendapatan keluarga sangat mempengaruhi tercukupinya kebutuhan primer, sekunder serta perhatian dan kasih sayang yang akan diperoleh anak. Pendapatan keluarga mencakup data sosial seperti penduduk suatu masyarakat, keadaan keluarga, pendidikan, keadaan perumahan. Data ekonomi meliputi pekerjaan, pendapatan, kekayaan, pengetahuan pada pasar dan variasi musim.

### **Perbedaan Kadar Hemoglobin (Hb) Sebelum dan Setelah Konsumsi Jambu Biji Merah**

Dari hasil tabel 7 disimpulkan bahwa rata-rata kadar Hb darah dari 25 mahasiswi tingkat 2 prodi DIII Kebidanan di STIKES Muhammadiyah Lamongan April-Mei 2015 sebelum konsumsi jus jambu biji merah adalah 11.4 gr% dan rata-rata kadar Hb setelah konsumsi jambu biji merah adalah 11.6 % sehingga rata-rata peningkatannya adalah 0,2 gr%.

Berdasarkan Hasil uji statistik *Paired t-test* tentang perbedaan kadar Hb sebelum dan setelah konsumsi jambu biji merah menunjukkan bahwa  $P = 0,00 (< 0,05)$  yang artinya  $H_1$  diterima sehingga ada Perbedaan Kadar Hb Sebelum Dan Setelah Konsumsi Jambu Biji Merah

Setiap bulan wanita akan mengalami menstruasi, pada saat menstruasi akan mengalami kehilangan banyak darah dan kehilangan zat besi secara bersamaan pada saat darah keluar sehingga tubuh tidak bisa menjaga keseimbangan zat besi dan wanita lebih cenderung mengalami anemia saat menstruasi. Untuk mengatasi anemia ada solusi yang tepat yaitu konsumsi jus jambu biji merah yang setiap 100 gram jambu biji merah mengandung 0,26 mg zat besi (USDA Nutrient Database, 2011 dalam Evira, 2013). Wanita yang sedang menstruasi membutuhkan zat besi 1,4 mg/hari (Gibney *et. al*, 2009). Untuk memenuhi kebutuhan zat besi saat menstruasi dapat membuat jus jambu biji merah dengan 400 gram jambu biji merah yang diminum sekali setiap hari selama 3 hari pertama menstruasi dimana darah keluar banyak.

Buah jambu biji merah mengandung senyawa yang dapat meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah, antara lain: zat besi, vitamin C, vitamin A, tembaga dan fosfor. Zat besi merupakan mineral yang diperlukan untuk mengangkut oksigen ke seluruh

tubuh. Kekurangan zat besi dalam tubuh bisa membuat seseorang mengalami penurunan system kekebalan tubuh dan sering merasa lesu. Hal ini juga merupakan salah satu penyebab anemia (Sianturi, 2012).

Zat besi dengan vitamin C membentuk askorbat besi kompleks yang larut dan mudah diserap oleh organ-organ pada tubuh manusia. Pengubahan zat besi non-heme dalam bentuk senyawa etabolis Ferri menjadi Ferro akan semakin besar bila pH di dalam lambung semakin asam. Vitamin C dapat menambah keasaman sehingga membantu meningkatkan penyerapan zat besi sebanyak 30% (Sianturi, 2012). Selain penting untuk kesehatan mata, vitamin A juga penting untuk meningkatkan jumlah sel darah merah. Vitamin A membantu dalam mobilisasi zat besi untuk dimasukkan ke dalam hemoglobin untuk mengangkut oksigen (Suharno D, 1993 dalam Sianturi, 2012). Mineral, tembaga dan fosfor berperan dalam memelihara kesehatan dan fungsi sel darah merah. Tembaga membantu dalam metabolisme zat besi sedangkan fosfor membantu hemoglobin dalam pengiriman oksigen ke jaringan tubuh (Turnlund JR, 2006 dalam Sianturi, 2012).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Yusraini (2014) yang tentang adanya pengaruh konsumsi jambu biji merah (*Psidium Guajava*) terhadap perubahan peningkatan Kadar Hb Darah ibu hamil anemia.

Dari data hasil penelitian dan penjelasan teori di atas dapat dilihat bahwa mahasiswa yang mengalami anemia saat menstruasi bisa mengonsumsi jambu biji merah 400 gram/hari selama 1-3 hari pertama menstruasi berlangsung untuk mengatasi anemia saat menstruasi. Selain itu, dapat disimpulkan bahwa konsumsi jambu biji merah pada saat menstruasi merupakan salah satu cara alternatif untuk mengatasi anemia dengan meningkatkan kadar Hb darah.

## SIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata kadar Hb sebelum konsumsi jambu biji merah adalah 11.4 gr%. Rata-rata Kadar Hb dari 25 orang setelah konsumsi Jus jambu biji merah sebesar 11.6 gr%. Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat pengaruh konsumsi jambu biji merah terhadap kadar Hb pada Mahasiswi Tingkat 2 Prodi DIII Kebidanan STIKes Muhammadiyah Lamongan.

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian di atas maka ada beberapa saran dari peneliti yakni, (1) Bagi responden sebagai alternatif untuk meningkatkan kadar Hb pada saat menstruasi dari bahan alami yang mudah didapat dan terjangkau; (2) Bagi tenaga kesehatan penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam memberikan *health education* kepada pasien dengan anemia.

## DAFTAR RUJUKAN

- Depkes RI, Poltekes. 2010. *Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya*. Salemba Medika: Jakarta.
- Evelyn, Pearce. 2009. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. PT Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Evira, Desty. 2013. *The Microle Fruits*. Agromedia Pustaka: Jakarta.
- Gibney Michael J, Margecta D.N, Kearney John M. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. ECG: Jakarta.
- Novia, I dan Puspitasari, N. 2008. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Disminore Primer. *The Indonesian Journal of Public Health*, (Online), ([www.Journal.lib.unair.ac.id](http://www.Journal.lib.unair.ac.id)), diakses 3 Juni 2015.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Ed. Rev. Rineka Cipta: Jakarta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Sianturi, C. 2012. *Pengaruh Vitamin C pada Penyerapan Zat Besi Non Heme*. Medan: FMIPA UNM.
- Yusnaini, Y. 2014. *Pengaruh Konsumsi Jambu Biji (PsidiumGuajava. L) Terhadap Perubahan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Anemia yang Mendapat Suplementasi Tablet Fe (Studi Kasus Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Indrapuri Kabupaten Aceh Besar Propinsi Aceh)*, Master thesis, Program Pascasarjana Undip, (Online), (<http://eprints.undip.ac.id>), diakses 25 september 2014.

# **PENGARUH KOMPRES DINGIN TERHADAP PENURUNAN NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF DI BPS NY. MUJIYATI KABUPATEN LAMONGAN**

**Lilin Turlina, Nepi Vilanti Eka Ratnasari**  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Lamongan  
E-mail: turlinalmg@gmail.com

**Abstract:** The aim of research to determine the effect of cold pack on the decrease of pain childbirth at 1 active phase. The study design used Pre-Eksperiment Pratest-Postes Design. The population in this research were all women who give birth in BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb. Sample taken by simple random sampling. Data taken by observasion and analyzed using Wilcoxon Sign Rank Test significance 0,05. The result showed that cold pack was influence on the decrease of pain childbirth at 1 active phase in BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Joto Sanur village, Tikung SubDistrict, Lamongan District, year 2013.

**Keywords:** cold pack, painful childbirth reduction

**Abstrak:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif. Desain yang digunakan adalah Pre-Eksperiment Pratest-Postes Design. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh ibu yang akan bersalin di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb. Pemilihan sampel dengan teknik Simple random sampling. Data penelitian ini diambil dengan menggunakan lembar observasi, setelah ditabulasi data dianalisis dengan menggunakan uji Wilcoxon Sign Rank Test dengan tingkat kesalahan 0,05. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompres dingin berpengaruh terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan tahun 2013.

**Kata kunci:** kompres dingin, penurunan nyeri persalinan

## PENDAHULUAN

Persalinan merupakan proses menipis dan membuka leher rahim yang diikuti oleh turunnya janin ke jalan lahir dan kemudian disusul oleh kelahiran yaitu proses keluarnya hasil konsepsi atau dari rahim. Meskipun sudah dialami oleh sebagian wanita, rasa nyeri saat melahirkan bersifat unik dan berbeda. Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu (Perry Potter, 2006).

Nyeri persalinan kala I fase aktif sering kali dialami oleh ibu yang akan melahirkan. Pada pembukaan 4 sampai dengan 10 nyeri dirasakan semakin berat. Nyeri ini berasal dari bawah abdomen akibat dari pembukaan dan penipisan serviks kemudian nyeri menyebar ke punggung bawah dan turun ke paha yang disebabkan oleh tekanan kepala janin terhadap tulang belakang ibu. Nyeri ini dirasakan hanya selama kontraksi dan akan berkurang pada interval antar kontraksi (Bobak, 2005).

Nyeri persalinan yang pertama kali makin kuat dirasakan ketika janin mulai turun dan ketika mulut rahim terbuka penuh. Nyeri ini timbul karena tekanan bayi terhadap struktur punggung yang diikuti robekan jalan lahir bagian bawah, peregangan dan pengungtingan daerah perineum atau antara vulva dan anus. Kala I fase aktif selesai apabila pembukaan telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung diperkirakan 13 jam sedangkan multigravida diperkirakan 7 jam. Adapun faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan kala I fase aktif adalah pengalaman masa lalu, anxietas, budaya, usia, dukungan keluarga dan sosial.

Semua orang yang pernah melahirkan secara normal 100% pasti merasakan sakit. Berdasarkan penelitian di Amerika 70% sampai 80% wanita yang melahirkan mengharapkan persalinan berlangsung tanpa nyeri, berbagai cara dilakukan agar ibu

melahirkan tidak selalu merasa sakit dan merasa nyaman, salah satunya dengan tehnik hidroterapi. Hal ini dibuktikan dengan 50% persalinan di rumah sakit swasta dilakukan operasi caesar. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Erwin Kusuma dari Klinik Prolekteal Jakarta, melalui daftar pertanyaan untuk mengukur skala distres. Diketahui bahwa lebih dari 60% wanita hamil mengalami distres dan kurang dari 10% yang termasuk relatif tenang.

Sedangkan survei awal yang dilakukan penulis pada 10 Responden ibu bersalin di BPS Ny. Mujiyati, Amd.Keb. Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Lamongan hasilnya yang mengalami nyeri berat pada kala I fase aktif sebanyak 7 orang dan yang mengalami nyeri ringan sebanyak 3 orang. Data di atas menunjukkan masalah banyak ibu bersalin yang mengalami nyeri berat pada kala I fase aktif.

Peregangan otot polos telah ditujukan menjadi rangsang pada nyeri versal. Intensitas nyeri yang dialami pada kontraksi dikaitkan dengan derajat dan kecepatan dilatasi serviks dan segmen uterus bawah. Pada wal persalinan, terdapat pembentukan tekanan perlahan, dan nyeri dirasakan sekitar 20 detik setelah mulainya kontraksi uterus. Pada persalinan selanjutnya, terdapat pembentukan tekanan lebih cepat yang mengakibatkan waktu kelambatan minimal sebelum adanya persepsi nyeri (Walsh, 2008).

Pengetahuan Ibu tentang nyeri adalah persepsi ibu terhadap nyeri yang merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Ibu yang tidak tahu cara mengendalikan nyeri hanya bisa mengekspresikan nyeri dengan cara merintih, mendengkur atau menangis. Untuk ndapat mengatasi rasa nyeri ibu akan memperoleh informasi mengenai metode pengendalian nyeri salah satunya dengan kompres dingin yang dapat mengurangi spasme otot dan meningkatkan ambang nyeri (Henderson, 2006).



Apabila nyeri persalinan kala I fase aktif tidak ditangani, maka ibu akan merasakan nyeri yang berat sehingga anxietas atau rasa takut akan muncul yang dapat berakhir dengan kepanikan. Nyeri pada persalinan kala I fase aktif dapat diturunkan melalui metode farmakologi dan nonfarmakologi. Metode farmakologi yaitu obat golongan analgesik narkotik dan non narkotik, sedangkan metode non farmakologis yaitu stimulasi dan masase kutaneus, terapi es dan panas, stimulasi saraf elektrik transkutan, distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnotis, pembedahan (Walsh, 2008). Kompres dingin ini diberikan pada saat itu mengalami kontraksi yaitu dengan cara meletakkan kain dingin atau buli-buli dingin yang diisi air dingin atau es batu pada perut bagian bawah, pinggang, lipat paha atau perineum (Simkin, 2008).

Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa tenaga kesehatan perlu memberikan penyuluhan pada ibu hamil dan bersalin, yaitu tentang kehamilan dan persalinan yang merupakan hal fisiologis. Selain penyuluhan ibu juga bisa diberikan obat maupun terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan. Berangkat dari latar belakang di atas penulis bermaksud melakukan penelitian tentang pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan Tahun 2013.

## METODE PENELITIAN

Desain Penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2003). Desain penelitian yang digunakan adalah *Praksperiment one* atau *Group Pratest-Postes Design* yaitu kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi

kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2003).

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh ibu yang akan bersalin di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu sebanyak 30 orang. Pemilihan sampel dengan teknik *Simple Random Sampling*, dimana sampel yang diamati sebanyak 28 orang. Data penelitian ini diambil dengan menggunakan lembar observasi, setelah ditabulasi data dianalisis dengan menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan tingkat kesalahan 0,05.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Berikut adalah tabulasi data penelitian yang diperoleh dari hasil pengamatan atau observasi lapangan:

**Tabel 1. Distribusi Ibu Bersalin Berdasarkan Umur**

No	Umur	Jumlah	Persentase (%)
1	< 20 tahun	3	10,7
2	20-30 tahun	19	67,9
3	>30 tahun	6	21,4
	Total	28	100

**Tabel 2. Distribusi Ibu Bersalin Berdasarkan Pendidikan**

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1	SMP	6	21,4
2	SMA	20	71,4
3	PT	2	7,1
	Total	28	100

Tabel 1 menunjukkan lebih dari sebagian ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan berumur 20-30 tahun yaitu sebanyak 19 orang (67,9%) dan sebagian kecil ibu ber-

salin berumur < 20 tahun yaitu sebanyak 3 orang (10,7%).

Tabel 2 menunjukkan lebih dari sebagian ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan berpendidikan SMA sebanyak 20 orang (71,4%) dan sebagian kecil ibu bersalin berpendidikan perguruan tinggi yaitu sebanyak 2 orang (7,1%).

**Tabel 3. Distribusi Ibu Bersalin Berdasarkan Pekerjaan**

No	Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1	Ibu rumah tangga	23	82,1
2	Swasta	3	10,7
3	PNS	2	7,1
	Total	28	100

Tabel 3 menunjukkan hampir seluruh ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung bekerja sebagai IRT sebanyak 23 orang (82,1%) dan sebagian kecil ibu bersalin bekerja sebagai PNS sebanyak 2 orang (7,1%).

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tingkatan Nyeri Persalinan Ibu Bersalin Sebelum Dilakukan Teknik Kompres Dingin**

No	Tingkatan Nyeri	Jumlah	Persentase (%)
1	Nyeri ringan	3	10,7
2	Nyeri sedang	5	17,9
3	Nyeri berat	20	71,4
	Total	28	100

Tabel 4 menunjukkan lebih dari sebagian ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur

Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan mengalami nyeri berat pada persalinan kala I fase aktif sebelum dilakukan kompres dingin sebanyak 20 orang (71,4%) dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami nyeri sedang sebanyak 3 orang (10,7%).

**Tabel 5. Distribusi Frekuensi Tingkatan Nyeri Persalinan Ibu Bersalin Setelah Dilakukan Teknik Kompres Dingin**

No	Tingkatan Nyeri	Jumlah	Persentase (%)
1	Nyeri ringan	3	10,7
2	Nyeri sedang	23	82,1
3	Nyeri berat	2	7,1
	Total	28	100

Tabel 5 menunjukkan hampir seluruh ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan mengalami nyeri sedang pada persalinan kala I fase aktif setelah dilakukan kompres dingin sebanyak 23 orang (82,1%) dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami nyeri berat sebanyak 2 orang (7,1%).

**Tabel 6. Distribusi Frekuensi Tingkatan Nyeri Persalinan Ibu Bersalin Sebelum dan Setelah Dilakukan Teknik Kompres Dingin**

Tingkatan Nyeri Persalinan Sebelum Dilakukan Kompres Dingin	Tingkatan Nyeri Persalinan Setelah Dilakukan Kompres Dingin							
	Nyeri Ringan		Nyeri Sedang		Nyeri Berat		Total	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Nyeri ringan	3	100	0	0	0	0	3	100
Nyeri sedang	0	0	5	100	0	0	5	100
Nyeri berat	0	0	18	90	2	10	20	100
Jumlah	3	10,7	23	82,1	2	7,1	28	100

P = -4.243

Tabel 6 menunjukkan bahwa seluruh ibu bersalin yaitu 3 orang (100%) mengalami nyeri ringan sebelum dilakukan teknik kompres dingin dan tetap mengalami nyeri ringan setelah dilakukan teknik kompres dingin. Sedangkan seluruh ibu bersalin yaitu 5 orang (100%) mengalami nyeri sedang sebelum dilakukan teknik kompres dingin dan tetap mengalami nyeri sedang setelah dilakukan teknik kompres dingin. Dan hampir seluruh ibu bersalin yaitu 18 orang (90%) mengalami nyeri berat sebelum dilakukan teknik kompres dingin menjadi sebagian kecil yaitu 2 orang (10%) mengalami nyeri berat setelah dilakukan teknik kompres dingin.

Pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan tahun 2013 dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test*. Hasil Uji Statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* tentang pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif dengan  $p : < 0,00$  menunjukkan nilai signifikan ( $Z = -4,243$ ) dimana hal ini berarti  $Z < 0,05$  sehingga  $H_1$  diterima artinya ada pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Lamongan .

## Pembahasan

### Tingkatan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Bersalin Sebelum Dilakukan Kompres Dingin

Tabel 4 menunjukkan lebih dari sebagian ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan mengalami nyeri berat pada persalinan kala I fase aktif sebelum dilakukan kompres dingin sebanyak 20 orang (71,4%) dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami nyeri sedang sebanyak 3 orang (10,7%). Artinya hampir

seluruh ibu bersalin mengalami nyeri berat sebelum dan menjelang persalinan, dengan demikian sekarang sebelum bidan melakukan proses persalinan perlu melakukan persiapan-persiapan yang lengkap untuk mencegah sesuatu yang tidak di inginkan.

Data tersebut menunjukkan bahwa masih banyak ibu bersalin yang mengalami nyeri persalinan pada kala I fase aktif di Indonesia khususnya di daerah Lamongan. Biasanya para ibu yang tidak tahu cara mengendalikan rasa nyeri persalinan ibu akan mencari informasi mengenai metode pengendalian nyeri persalinan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan nyeri persalinan kala I fase aktif dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, budaya, pengalaman masa lalu, dukungan keluarga dan sosial.

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri, pengalaman nyeri sebelumnya tidak terlalu berarti bahwa individu tersebut menerima lebih pada masa yang akan datang, dukungan keluarga dan sosial yaitu kelompok sosial budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri (Perry & Potter, 2006).

Nyeri adalah suatu sensorik subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (Varney, 2008). Menurut Bobak (2005) nyeri persalinan kala I fase aktif sering kali dialami oleh ibu yang akan melahirkan. Pada pembukaan 4 sampai dengan 10 nyeri dirasakan semakin berat. Nyeri ini berasal dari bawah abdomen akibat dari pembukaaan dan penipisan serviks kemudian nyeri menyebar ke punggung bawah dan turun ke paha yang disebabkan oleh tekanan kepala janin terhadap tulang belakang

ibu. Nyeri ini dirasakan hanya selama kontraksi dan akan berkurang pada interval antar kontraksi.

Penyebab nyeri pada persalinan kala I fase aktif salah satunya adalah kontraksi uterus yang dikaitkan dengan derajat kecepatan dilatasi serviks dan segmen bawah rahim. Nyeri persalinan ini diawali dengan perdarahan, pecahnya selaput ketuban dan kontraksi atau ketegangan otot rahim, dengan adanya kontraksi ini maka bayi akan terdorong keluar dari dalam rahim secara bertahap sedikit demi sedikit, akibat daya dorong dari kontraksi ini maka mulut rahim sedikit demi sedikit akan terbuka untuk memberikan jalan lahir keluarnya bayi.

Dalam keadaan normal kontraksi muncul secara spontan dari tubuh ibu yang mau melahirkan, mekanisme kontraksi ini dikendalikan oleh sistem saraf otonom, sehingga muncul sendiri secara reflek. Kontraksi dalam pembukaan pintu rahim inilah yang menjadi salah satu sumber rasa nyeri didalam persalinan kala I fase aktif.

### **Tingkatan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif pada Ibu Bersalin Setelah Dilakukan Kompres Dingin**

Tabel 5 menunjukkan hampir seluruh ibu bersalin yang melahirkan di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan mengalami nyeri sedang pada persalinan kala I fase aktif setelah dilakukan kompres dingin sebanyak 23 orang (82,1%) dan sebagian kecil ibu bersalin yang mengalami nyeri berat sebanyak 2 orang (7,1%).

Data tersebut menunjukkan bahwa hampir seluruh ibu bersalin setelah diberikan kompres dingin mengalami nyeri sedang. Klien yang merasa nyeri akan berusaha untuk menghilangkan rasa nyeri itu agar ketidaknyamanan yang dirasakan hilang dan aktifitas sehari-hari dapat tetap berjalan. Pemberian kompres dingin pada ibu bersalin

yang sedang mengalami nyeri punggung yang disebabkan oleh posisi posterior oksiput janin atau tegangan pada otot punggung dianggap meredakan nyeri dengan mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia, yang merangsang neuron yang memblokir transmisi lanjut rangsang nyeri dan menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan aliran darah ke area punggung tersebut.

Kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. Aplikasi kompres dingin adalah mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema. Diperkirakan bahwa terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Mekanisme lain yang mungkin bekerja adalah bahwa persepsi dingin menjadi dominan dan mengurangi persepsi nyeri (Fraser, 2009).

Tujuan dalam pengobatan nyeri adalah mengurangi nyeri sebesar mungkin dengan efek samping paling kecil (Chapman, 2006). Hal ini sesuai dengan teori Musrifatul M dan Alimul, bahwa kompres dingin dapat memberikan relaksasi pada otot yang tegang dan kekakuan sendi. Ibu bersalin tidak ada yang mendapatkan pengobatan untuk menghilangkan, nyeri persalinan, dimana dalam pemberian tehnik kompres dingin tidak dipengaruhi oleh pengobatan lain sehingga observasi tingkatan nyeri persalinan kala I fase aktif dapat dilakukan dengan mengurangi faktor perancu.

### **Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb**

Berdasarkan tabel 6, seluruh ibu bersalin yaitu sebanyak 3 orang (100%) mengalami nyeri ringan sebelum dilakukan teknik kompres dingin dan tetap mengalami nyeri ringan setelah dilakukan teknik kompres

dingin. Sedangkan seluruh ibu bersalin yaitu 5 orang (100%) mengalami nyeri sedang sebelum dilakukan teknik kompres dingin dan tetap mengalami nyeri sedang setelah dilakukan teknik kompres dingin. Hampir seluruh ibu bersalin yaitu 18 orang (90%) yang mengalami nyeri berat sebelum dilakukan teknik kompres dingin menjadi sebagian kecil yaitu 2 orang (10%) yang mengalami nyeri berat setelah dilakukan teknik kompres dingin.

Menggunakan bantuan SPSS, hasil uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* tentang pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif dengan  $p < 0,00$  menunjukkan nilai signifikan ( $Z = -4,243$ ) dimana hal ini berarti  $Z < 0,05$  sehingga  $H_1$  diterima artinya ada pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di BPS Ny. Mujiyati, Amd. Keb. Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan tahun 2013.

Dari data tersebut dapat diketahui bahwa hampir seluruh ibu bersalin sebelum dilakukan kompres dingin mengalami nyeri berat dan setelah dilakukan kompres dingin mengalami nyeri sedang. Dari sini dapat diketahui bahwa kompres dingin sangat mempengaruhi penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif. Hal ini sesuai dengan pendapat Nursalam (2003), bahwa kompres dingin akan menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit sehingga mengurangi rasa nyeri.

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2008). Ketika kontraksi dimulai ibu akan merasakan nyeri yang mengakibatkan ketidaknyamanan dan untuk mengatasi rasa nyeri tersebut dapat

dilakukan kompres dingin yaitu dengan menggunakan buli-buli dingin. Pengompresan ini diletakkan pada daerah yang terasa nyeri biasanya pada pinggang, perut bagian bawah atau lipat paha ketika ada kontraksi dengan memakai buli-buli dingin yang diisi air dingin dengan suhu  $15-18^{\circ}\text{C}$  selama 20-30 menit (Potter & Perry, 2006). Pengompresan dilakukan selama 20 menit karena suhu air sudah turun sehingga air dingin harus diganti dan saat itulah melakukan observasi nyeri persalinan.

Kompres dingin ini berguna untuk mengurangi ketegangan nyeri sendi dan otot, mengurangi pembengkakan, dan menyejukkan kulit. Kompres dingin akan membuat daerah yang terkena dengan memperlambat transmisi nyeri melalui neuron-neuron sensorik (Rohani, dkk, 2011:44). Roper (2000) menyatakan, mekanisme terjadinya penurunan nyeri akibat dilakukan kompres dingin karena dingin menyebabkan vasokonstriksi untuk menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera, mencegah terbentuknya edema, mengurangi inflamasi. Dingin akan meredakan nyeri dengan membuat area menjadi mati rasa, memperlambat aliran impuls nyeri, meredakan perdarahan dan meningkatkan ambang nyeri, ketegangan otot menurun yang berguna untuk menghilangkan nyeri.

Berdasarkan uraian di atas peneliti dapat menyimpulkan bahwa lebih dari sebagian ibu bersalin yang mengalami nyeri berat pada persalinan kala I fase aktif sebelum dilakukan kompres dingin. Tetapi setelah dilakukan kompres dingin ada penurunan nyeri yang hampir seluruh ibu bersalin mengalami nyeri sedang. Hal ini disebabkan karena efek dari kompres dingin sendiri yang dapat menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera sehingga meredakan nyeri dengan membuat area menjadi mati rasa, dengan efek inilah tingkatan nyeri persalinan dapat berkurang.

## SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa ada pengaruh kompres dingin terhadap penurunan nyeri persalinan kala I fase aktif di BPS Ny.Mujiyati, Amd.Keb Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan tahun 2013. Dengan demikian, bagi para bidan diharapkan dapat meningkatkan pelayanannya melalui pengembangan asuhan kebidanan khususnya kompres dingin dengan melibatkan keluarga sebagai upaya untuk menurunkan nyeri persalinan.

Kompres dingin pada saat ibu merasakan nyeri persalinan dapat dilakukan dengan memperhatikan daerah yang dikompres yaitu pada pinggang, perut bagian bawah atau lipat paha ketika ada kontraksi dengan memakai buli-buli dingin yang diisi air dingin dengan suhu 15-18°C selama 20-30 menit untuk menurunkan nyeri persalinan.

## DAFTAR RUJUKAN

- Bobak. 2005. *Buku Ajar Maternitas Edisi 4*. EGC: Jakarta.
- Chapman, Vicky. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. EGC: Jakarta.
- Fraser, Cooper. 2009. *Buku Ajar Bidan Edisi 14*. EGC: Jakarta.
- Henderson, Christine. 2006. *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. EGC: Jakarta.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Salemba Medika: Jakarta.
- Potter dan Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4*. EGC: Jakarta.
- Rohani, Saswita Reni, Marisah. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Roper, Nancy. 2000. *Prinsip-prinsip Keperawatan*, (Online), ([www//http: emailbox@ cbn.net.id](http://www/emailbox@cbn.net.id)), diakses 13 Mei 2013.
- Simkin, Peny P.T. 2008. *Pedoman Lengkap Kehamilan Melahirkan dan Bayi*. Archan: Jakarta.
- Varney, Hellen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. EGC: Jakarta.
- Walsh, Linda V. 2008. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. EGC: Jakarta.

# **GAMBARAN PELAKSANAAN BEDSIDE TEACHING PADA PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN PRODI KEBIDANAN JENJANG DIPLOMA III STIKES 'AISYIYAH YOGYAKARTA**

**Rosmita Nuzuliana, Kharisah Diniyah, Esitra Herfanda**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: nuzuliana\_201286@yahoo.com

**Abstract:** The purpose of this research is to find out the Implementation of bedside teaching (BST) in clinical practice. We used observational analytic with cross sectional approach and total sampling technique. The samples are Diploma level midwifery students who have completed all the clinical practice of obstetrics and all activities in the academic year 2014/2015. We used 162 respondents. The result showed that all respondents are female, and the average age of respondents was 21 years. BST Implementation on average get good grades from students. A total of 61.11% of the students stated BST delivered well and easily understood. Average stage in the implementation of the BST gets good grades from students. The allocated time given by mentors for BST implementation received moderate ratings from students, which is 68.52%.

**Keywords:** bedside teaching, midwifery clinical practice, midwifery students

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pelaksanaan bedside teaching pada praktik klinik kebidanan Prodi Kebidanan Diploma III STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. Menggunakan metode observational analytic, dengan pendekatan cross sectional, dengan total sampling. Sampel adalah mahasiswa kebidanan DIII yang telah menyelesaikan praktik klinik kebidanan dan semua aktifitas perkuliahan pada tahun ajaran 2014/2015. Jumlah responden sebanyak 162. Hasil penelitian didapatkan keseluruhan responden berjenis kelamin wanita, rata-rata umur adalah 21 tahun. Pelaksanaan BST oleh pembimbing kepada mahasiswa rata-rata mendapatkan nilai baik dari mahasiswa. Sebanyak 61,11% mahasiswa menyatakan BST yang diberikan pembimbing baik dan mudah diterima. Rata-rata tahapan pada pelaksanaan BST mendapat nilai baik. Rata-rata ketersediaan waktu yang diberikan pembimbing diberi penilaian sedang oleh mahasiswa, dengan nilai 68,52%.

**Kata kunci:** bedside teaching, praktik klinik kebidanan, mahasiswa kebidanan

## PENDAHULUAN

Pendidikan kesehatan yang mengedepankan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah pendidikan kebidanan. Nurachmach (2007) dalam Cholifah, Rusnoto (2015) menjelaskan titik berat pendidikan kebidanan adalah proses mencerdaskan dan meningkatkan kemampuan individu menjadi bidan yang mampu melaksanakan praktik kebidanan secara profesional. Guna mempersiapkan tenaga kesehatan yang profesional, maka perlu adanya proses pembelajaran klinik karena dalam proses ini dilakukan melalui pengalaman atau praktik langsung, sehingga dapat dilakukan secara holistik yang membutuhkan transfer, reorganisasi, aplikasi, dan sintesis dari apa yang telah dipelajari sebelumnya (Hardisman 2009).

Akan tetapi dalam pelaksanaannya, pembelajaran klinik memiliki banyak permasalahan, salah satunya yaitu banyaknya mahasiswa tidak sebanding dengan jumlah lahan praktik. Hal ini akan berdampak pada efektivitas proses pembelajaran klinik, jumlah yang tidak berimbang antara institusi pendidikan dengan jumlah lahan praktik menyebabkan dengan jumlah lahan praktik menyebabkan sulitnya pencapaian kompetensi pembelajaran praktik klinik. Permasalahan tersebut pada gilirannya akan menurunkan kualitas lulusan pendidikan tenaga kesehatan. Upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut adalah pembuatan berbagai model pendidikan klinis yang diterapkan pada pendidikan kesehatan di dunia. Model bimbingan tersebut meliputi supervision model (model supervisi), *preceptorship model* (model preceptorship).

*Bedside teaching* (BST) merupakan metode bimbingan dalam kategori *preceptorship model*. Menurut Rolfe-Flett (2001) dan Spencer, (1999) dalam (Cholifah, Rusnoto 2015), BST adalah suatu model pembelajaran yang terfokus dalam mengajar, tidak mengesampingkan dalam memper-

hatikan kenyamanan pasien, dan dinamika kelompok, menghasilkan refleksi, terdapat kritik yang membangun terhadap tugas atau kegiatan yang masing-masing memiliki spesifik tujuan dan keterampilan. Metode ini telah diaplikasikan sejak lama dalam pendidikan kebidanan dan keperawatan dan disiplin ilmu lainnya dalam kesehatan, khususnya diluar negeri. Bahkan hasil *review* atas pelaksanaan BST menyatakan bahwa BST dapat mengatasi kekurangan tenaga perawat, meningkatkan kepuasan perawat serta memperbaiki kualitas pelayanan (Block & Korow, 2005).

Anindita *et al.* (2014) dalam penelitiannya menjelaskan BST meningkatkan motivasi belajar sebanyak 90%, Yusiana & Damayanti (2013) BST bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa. Hal ini dikarenakan persepsi peserta didik terhadap *bedside teaching* sebagai metode pembelajaran klinik adalah tepat. *Bedside teaching* merupakan pembelajaran yang membawa peserta didik berhadapan langsung dengan pasien, sehingga peserta didik dapat mempraktikkan langsung aspek klinis juga komunikasi serta etika.

Kenyamanan pasien diperoleh dari adanya peningkatan komunikasi yang baik antara dokter dengan pasien. Adanya BST memberi kesempatan pasien untuk berkonsultasi lebih dalam tentang penyakitnya dan pasien bisa diikutsertakan dalam proses tanya jawab. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kianmehr tahun 2010 (dalam Anindita *et al.*, 2014) bahwa 70% pasien setuju dengan adanya *bedside teaching* yang berefek dalam peningkatan komunikasi dokter dan pasien.

Prosiding hasil penelitian yang dilakukan oleh Anindita *et al.* (2014) menjelaskan terdapat tiga faktor utama dalam yang menentukan keberhasilan BST yaitu dosen klinik, peserta didik dan pasien. Dosen klinik atau pembimbing lahan mempunyai peranan



sangat penting dalam mencapai sasaran pembelajaran dalam kepaniteraan klinik. Keberhasilan tersebut ditentukan oleh kompetensi pendidik klinik sebagai praktisi dan sebagai pendidik dalam menciptakan lingkungan pembelajaran yang baik melalui pendekatan yang baik pula dengan bersikap profesional, egaliter, komunikatif, dan mampu memberikan umpan balik yang konstruktif (Hardisman 2009).

Di sisi lain, peserta didik harus mempersiapkan diri sebelum pelaksanaan BST. Persiapan tersebut meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan sebelum berhadapan langsung dengan pasien. Persiapan yang matang dari peserta didik mampu membuat pembelajaran metode BST menjadi efektif dan mampu meningkatkan kompetensi mahasiswa (Rahmawati & Satino 2012). Selain itu, kepuasan pasien dalam pelaksanaan BST bisa terpenuhi dengan bantuan dosen klinik dan peserta didik yang melaksanakan tindakan sesuai dengan demonstrasi dosen pembimbing.

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta adalah salah satu instansi pendidikan kesehatan yang memiliki program studi kebidanan, dimana dalam metode bimbingan praktik klinik mahasiswa sudah menggunakan BST. Namun, hasil wawancara dari beberapa mahasiswa kebidanan didapatkan bahwa mahasiswa banyak yang mengeluh sewaktu melakukan BST di lahan mengatakan terkadang *clinical instructor* tidak ada waktu, tidak ada ruang untuk berdiskusi, dan jarang ada pasien yang akan digunakan untuk BST. Selain itu, kurangnya pemahaman pembimbing dalam melaksanakan BST dan kurangnya persiapan mahasiswa dalam pelaksanaan BST menjadikan metode ini dirasa kurang efektif.

Berangkat dari latar belakang di atas dan pentingnya pemantauan pelaksanaan BST yang tepat, maka peneliti ingin mengetahui gambaran pelaksanaan BST pada

praktik klinik kebidanan mahasiswa semester akhir Prodi kebidanan DIII STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik menggunakan pendekatan *cross sectional*, yang menggunakan satu variabel yaitu gambaran pelaksanaan BST praktik klinik kebidanan pada mahasiswa tingkat akhir Prodi DIII Kebidanan. Sampel pada penelitian ini adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan praktik klinik kebidanan dan semua aktifitas perkuliahan pada tahun ajaran 2014/2015. Pengambilan sampel dengan menggunakan *total sampling* yaitu sebanyak 202 mahasiswa. Namun pada pelaksanaannya, 202 sampel yang digunakan gugur sebanyak 19%. Hal ini dikarenakan tidak semua responden lulus pada tahun ajaran tersebut dan dalam pengisian kuisisioner tidak lengkap, sehingga jumlah responden yang digunakan adalah 162 responden.

Responden diberi *informed consent* dan diberikan kuisisioner. Alat pengumpulan data pada penelitian ini adalah kuisisioner BST yang sudah dilakukan uji validitas, uji reliabilitas. Kuisisioner ini mengandung pertanyaan mengenai identitas responden, dan 20 pertanyaan untuk kuisisioner BST. Kuisisioner BST merupakan kuisisioner tertutup dengan jawaban dikotomi yang terdiri dari dua alternatif jawaban. Alternatif jawaban yang digunakan memakai skala Guttman yaitu alternatif jawaban terdiri dari 'ya' dan 'tidak'.

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah memanfaatkan waktu. Analisis univariat digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dari pelaksanaan BST itu sendiri. Analisis pelaksanaan *bedside teaching* dikategorikan menjadi 3 hal yaitu baik, sedang, dan kurang. Baik jika skor > 76%, sedang jika skor 56-75%, dan kurang jika skor > 55% (Arikunto, 2006).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta adalah sekolah tinggi yang bergerak di bidang kesehatan. STIKES 'Aisyiyah memiliki empat prodi, salah satunya adalah Program Studi kebidanan Jenjang Diploma III. Program Pendidikan Kebidanan Jenjang Diploma III mempunyai tujuan menghasilkan lulusan bidan profesional yang berkualitas, baik dari pengetahuan, keterampilan dan sikap sesuai dengan standar profesi. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, mahasiswa diwajibkan mengikuti kegiatan pembelajaran baik teori tatap muka, laboratorium kelas maupun praktikum dan praktik klinik.

Beban SKS untuk Praktik Klinik Kebidanan III sebesar 6 SKS dan IV sebesar 6 SKS. Antara Praktik Klinik Kebidanan III merupakan kesinambungan dari Praktik Klinik Kebidanan I dan II, sehingga diperlukan evaluasi keberhasilan pada Praktik Klinik Kebidanan I dan II. Penekaan pada Praktik Klinik Kebidanan III dan IV adalah pada patologi kebidanan.

Pengalaman pembelajaran praktik klinik diberikan kepada mahasiswa karena sangat besar manfaatnya. Mahasiswa diberi kesempatan untuk melakukan keterampilan langsung dengan pasien, sehingga dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilannya. Setelah menyelesaikan pembelajaran praktik klinik, mahasiswa lebih memahami dan mendapatkan pengalaman nyata sebagai bekal menjadi bidan profesional. Peningkatan kemampuan pembimbing lahan dan pendidikan sebagai perseptor mahasiswa maka STIKES 'Aisyiyah sudah melakukan pelatihan perseptor mentor sebanyak dua kali kepada pembimbing yang ditunjuk sebagai *clinical* instruktur dalam kurun waktu 5 tahun.

Responden penelitian ini adalah mahasiswa semester enam Program Studi Kebidanan Jenjang Diploma III yang sudah melaksanakan praktik klinik kebidanan I-IV.

Jenis kelamin keseluruhan responden penelitian ini adalah perempuan dengan rata-rata usia 21 tahun dan latar belakang pendidikan sebelum menjadi mahasiswa adalah siswi SMA. Responden sudah melaksanakan praktik klinik di berbagai instansi kesehatan baik di Rumah Sakit, Puskesmas maupun di Bidan Praktik Mandiri (BPM). Salah satu model bimbingan yang dilakukan pembimbing praktik klinik adalah dengan menggunakan BST dan terpapar oleh berbagai jenis tindakan dan karakter pembimbing dalam penyampaian isi materi bimbingan.

Hasil laporan koordinator praktik klinik menunjukkan bahwa secara umum, sebagian tujuan pembelajaran praktik klinik kebidanan I, II, III dan IV tercapai dengan diperolehnya target keterampilan selama masa praktik. Target keterampilan yang harusnya dicapai difasilitasi di beberapa bangsal di Rumah Sakit, di Bidan Praktik Mandiri dan di Puskesmas. Beberapa kendala yang ditemui pada pelaksanaan praktik klinik kebidanan ini antara lain, a) kurangnya pemantauan dari dosen pembimbing akademik disebabkan jarak tempat praktik yang berjauhan, jumlah mahasiswa yang banyak, sarana transportasi yang terbatas, dan padatnya kegiatan di kampus; b) beberapa mahasiswa tidak dapat melaksanakan praktik secara penuh karena berbagai sebab, antara lain sakit dan keperluan keluarga, tanpa keterangan dan ada anggota keluarga meninggal dunia; c) Sebagian pembimbing di tempat praktik belum memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk melakukan praktik keterampilan secara mandiri, sehingga kegiatan yang dilakukan hanya observasi; dan d) beberapa tempat praktik belum memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk melaksanakan keterampilan/perasat.

Keterampilan klinik merupakan komponen penting dalam kompetensi yang harus dikuasai oleh mahasiswa. Pembelajaran keterampilan klinik harus terintegrasi secara

**Tabel 1. Rerata Keseluruhan Pelaksanaan BST**

Item	Baik		Sedang		Kurang	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Pelaksanaan BST	99	61,11	15	9,25	32	19,74
Jumlah	99	61,11	15	9,25	32	19,74

baik dalam kurikulum dengan prinsip spiral (Saputra & Lisiswanti 2015). Pelaksanaan BST berdasarkan tabel 1 dan 2 menunjukkan pelaksanaan BST oleh pembimbing kepada mahasiswa rata-rata mendapatkan nilai baik dari mahasiswa.

**Tabel 2. Rerata Tahapan Pelaksanaan BST dan Ketersediaan Waktu Bimbingan**

Item	Mean	Prosentase (%)
Tahap Persiapan	135	83,33
Tahap Tindakan	135	83,33
Tahap Evaluasi	133	82,10
Ketersediaan Waktu Bimbingan	111	68,52

Pelaksanaan BST yang sesuai atau baik menurut mahasiswa mampu meningkatkan keterampilan peserta didik secara langsung. Hal ini disebabkan oleh dalam tahap BST terdapat pemberian contoh secara langsung oleh pembimbing pada situasi nyata dan peserta didik melakukan sesuai yang didemonstrasikan. Selanjutnya pembimbing klinik mengobservasi kegiatan atau tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peserta didik. Dengan demikian, keterampilan dan pengetahuan peserta didik terpantau sehingga mampu meningkatkan kompetensi yang ada (Yusiana & Damayanti 2013).

Nursalam (2008) menjelaskan metode pembelajaran merupakan salah satu metode mendidik mahasiswa di klinik yang memungkinkan pendidik memilih dan menerapkan cara mendidik yang sesuai dengan tujuan dan

karakteristik individual mahasiswa berdasarkan kerangka konsep pengajaran. Andriani (2010) dalam Yusiana & Damayanti (2013) proses pembelajaran klinik menggunakan metode bedside teaching yang harus mempersiapkan mahasiswa. Metode tersebut juga perlu mendapatkan kasus yang sesuai untuk dilakukan observasi dan dapat memberi kesempatan pada mahasiswa untuk kunjungan. Selanjutnya menerapkan keterampilan teknik prosedural dan interpersonal sehingga dapat dilakukan demonstrasi pada pasien

Tahapan persiapan pada BST yang dilakukan pembimbing dan mahasiswa dalam praktik klinik menunjukkan hasil yang baik (tabel 2). Ramani (2003) dalam Yusiana & Damayanti (2013) menyatakan bahwa persiapan merupakan salah satu elemen kunci dalam melakukan metode BST yang efektif dan membuat pembimbing klinik menjadi nyaman dan persiapan merupakan salah satu elemen kunci dalam melakukan metode BST yang efektif dan membuat pembimbing klinik menjadi nyaman.

Pelaksanaan BST yang sesuai mampu mengatasi permasalahan yang dihadapi mahasiswa dalam pembelajaran klinik. Penelitian Finn, Thorburn, dan King (2000) dalam Putri (2012) dijelaskan bahwa banyak mahasiswa yang mengalami kesulitan saat berhadapan dengan masalah-masalah nyata selama menjalani pembelajaran klinik. Penyebab masalah dalam menjalani pembelajaran klinik sangat bervariasi di antaranya karena mahasiswa baru pertama kalinya menghadapi pembelajaran klinik, pemahaman yang terbatas terhadap tugas

profesi, lingkungan baru dan pengalaman pertama berinteraksi dengan pasien. Keberhasilan pembelajaran klinik dipengaruhi oleh kesiapan pengetahuan, mental, emosi dan ketersediaan lingkungan pembelajaran yang kondusif dan metode pembelajaran klinik yang diberikan kepada mahasiswa.

Tabel 2 terkait ketersediaan waktu yang diberikan pembimbing diberi penilaian sedang oleh mahasiswa yaitu memiliki nilai 68,52%. Rerata penilaian mahasiswa ini juga didukung oleh laporan koordinator praktik klinik yaitu, sebagian pembimbing di tempat praktik belum memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk melakukan praktik keterampilan secara mandiri, sehingga kegiatan yang dilakukan hanya observasi. Pembimbing klinik merupakan seorang perawat profesional yang terpilih dan ahli dalam praktik klinik keperawatan. Ahli dapat diartikan memiliki keterampilan yang mumpuni. Keterampilan didefinisikan sebagai mempresentasikan (*presenting*), bertanya (*questioning*), pemecahan masalah (*problem solving*) dan konferensi (*conferencing*) dan setiap keterampilan mempunyai banyak komponen (Yusiana & Damayanti 2013)

Chapman dan Orb (2000) dalam Syahreni & Waluyanti, (2007) menyebutkan bahwa pendidikan klinik merupakan aktivitas konsolidasi pengalaman belajar mahasiswa yang sangat krusial sehingga perlu dukungan dan fasilitas yang memadai. Dukungan dan bimbingan akan memudahkan mahasiswa untuk mengintegrasikan semua ilmu pengetahuan yang telah diperoleh di tahap akademik dalam pembelajaran klinik dan pemberian asuhan pada klien di klinik.

## SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa pelaksanaan BST oleh pembimbing pada praktik klinik kebidanan mahasiswa semester akhir Prodi kebidanan DIII STIKES 'Aisyiyah Yogya-

karta rata-rata mendapatkan nilai yang baik. Sebanyak 61,11 % mahasiswa menyatakan BST yang diberikan atau disampaikan pembimbing baik dan mudah diterima. Rata-rata tahapan pada pelaksanaan BST mendapat nilai baik dari mahasiswa. Rata-rata ketersediaan waktu yang diberikan pembimbing diberi penilaian sedang oleh mahasiswa yaitu memiliki nilai 68,52%.

Bagi instansi yang berkomitmen terhadap metode bimbingan BST hendaknya mempertimbangkan ketersediaan waktu pembimbing klinik dalam memberikan bimbingan kepada mahasiswa. kurangnya ketersediaan waktu bisa dikarenakan kurangnya pengetahuan pembimbing klinik terkait pentingnya pelaksanaan BST yang sesuai karena dengan pelaksanaan yang sesuai akan menjadikan motivasi belajar, meningkatkan keterampilan mahasiswa serta meningkatkan kenyamanan pasien sebagai subyek pelaksanaan BST. Disamping itu, perlu dilakukan penelitian terkait pelaksanaan BST dengan penelitian observasi secara kualitatif yang dikaitkan dengan keterampilan mahasiswa sehingga bisa dijadikan acuan keberhasilan pelaksanaan BST.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anindita, G., Nilpsari, R. & Kharisma, Y. 2014. *Persepsi Peserta Didik dan Pasien tentang Pelaksanaan Bed-side Teaching dalam Pendidikan Klinik*. Prosiding Pendidikan Dokter, Bandung: 654–659.
- Block LM, Claffey C, & Korow MK, McCaffrey. 2005. The Value of Mentorship within Nursing Organization. *Ners Forum*, 40(4): 134-140.
- Cholifah, Noor, & Rusnoto, D. Hartinah, 2015. Suatu Inovasi Metode Bimbingan Klinik. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 6 (2).

- Hardisman, 2009. Model-model Bimbingan pada Pendidikan Klinik dan Relevansinya pada Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan di Indonesia. *Majalah Kedokteran Andalas*, 33(2).
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Putri, T.H., 2012. *Hubungan Lingkungan Belajar Klinik dengan Tingkat kecemasan pada Pembelajaran Klinik Mahasiswa Program Ners PSIK FK-Universitas Andalas Padang Tahun 2012*. Skripsi Diterbitkan. Padang: Universitas Andalas.
- Rahmawati & Satino, 2012. Pencapaian kompetensi tindakan *suction* dalam pembelajaran praktik klinik melalui metoda bedside teaching. *Jurnal terpadu Ilmu Kesehatan*, 05(2): 1–6.
- Saputra, O. & Lisiswanti, R., 2015. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pembelajaran Keterampilan Klinik di Institusi Pendidikan Kedokteran. *Skripsi* diterbitkan. Lampung: Fak. Kedokteran Universitas Lampung.
- Syahreni, E. & Waluyanti, F.T., 2007. Pengalaman Mahasiswa S1 Keperawatan Program Reguler dalam Pembelajaran Klinik. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11(2): 47–53.
- Yusiana, M.A. & Damayanti, N.A., 2013. Evaluasi Penerapan Pembelajaran Klinik Keperawatan Metode *Bed-side Teaching* dan Penugasan Klinik Berdasarkan Evaluasi CIPP. *Administrasi Kebijakan Kesehatan*, 2: 80–83.

# **INDIKASI ADVERSE SELECTION PADA PESERTA NON PBI MANDIRI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RS RAJAWALI CITRA BANTUL YOGYAKARTA**

**Sri Sularsih Endartiwi**  
Stikes Surya Global Yogyakarta  
Email: tiwinafla2@gmail.com

**Abstract:** This study aims to identify adverse selection on independent participants non PBI of National Health Insurance (JKN) in RS Rajawali Citra Bantul, Yogyakarta. This research is quantitative descriptive with cross-sectional design. The results of the study show that in April 2014 the patients were hospitalized in the hospital Rajawali Citra has a of 100% month on the card printed with the date SEP BPJS is for 0-3 months. After BPJS applying for 7 days waiting period, it was found that in December 2014 to 9 peoples who have monthly difference of 0-3 months. In August 2015, after BPJS applying 14-days waiting period for patients who have a difference a month for 0-3 months between the date of the card printed with the date SEP BPJS it dropped to 3 people. This shows there is an indication of adverse selection on independent participants non PBI National Health Insurance (JKN) in RS Rajawali Citra Bantul. In addition, the application waiting period conducted by Health BPJS can suppress the occurrence of adverse selection on independent participants non PBI.

**Keywords:** adverse selection, independent participants non PBI

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi adverse selection pada peserta non PBI Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Di RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan rancangan cross sectional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada bulan April 2014 pasien yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra 100% mempunyai selisih bulan pada tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP adalah selama 0-3 bulan. Setelah BPJS Kesehatan menerapkan waiting period selama 7 hari, didapatkan bahwa bulan Desember 2014 menjadi 9 orang yang mempunyai selisih bulannya 0-3 bulan. Pada bulan Agustus 2015 setelah BPJS Kesehatan menerapkan waiting period selama 14 hari pasien yang mempunyai selisih bulan selama 0-3 bulan antara tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP-nya turun menjadi 3 orang. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada indikasi adverse selection pada peserta non PBI mandiri Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RS Rajawali Citra Bantul. Selain itu, penerapan waiting period yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dapat menekan terjadinya adverse selection pada peserta non PBI mandiri tersebut.

**Kata kunci:** adverse selection, peserta non PBI Mandiri

## PENDAHULUAN

Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), ditujukan pada kesehatan perorangan khususnya dan kesehatan masyarakat pada umumnya. Usaha untuk mewujudkan hal itu sebenarnya sudah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero), yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, belum terlaksana secara komprehensif. Akibatnya, biaya kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan menjadi sulit terkendali (Kemenkes RI, 2014).

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka, dan atau anggota keluarganya. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Kemenkes RI, 2014).

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Perpres, 2013).

Beberapa negara juga sudah menyelenggarakan *universal health coverage*. Meksiko mencapai cakupan kesehatan universal pada 2012 Program asuransi kesehatan nasional yang disebut Seguro Popular, diperkenalkan pada tahun 2003, menyediakan akses ke paket pelayanan kesehatan yang komprehensif dengan perlindungan finansial untuk lebih dari 50 juta orang Meksiko yang sebelumnya tidak memiliki asuransi. Cakupan universal di Meksiko ini identik dengan perlindungan sosial kesehatan (Knaul *et al.*, 2012).

Pada saat ini distribusi askes masih terkonsentrasi pada orang kaya, namun dampak terbesar askes terhadap akses ditemukan pada kelompok termiskin. Peserta asuransi cenderung memilih provider swasta ketimbang publik. Demikian halnya dengan mereka yang sakit, belum menikah, kaya dan berpendidikan tinggi. Motivasi seseorang memiliki askes bisa disebabkan oleh status kesehatan yang rendah (*adverse selection*) yang diketahui sebagai faktor endogen. Upaya peningkatan akses JKN akan semakin efektif jika JKN ini mengakomodasi preferensi konsumen (Hidayat, 2010).

Dampak program asuransi kesehatan terhadap permintaan pelayanan kesehatan cukup kompleks. Dampak seperti seleksi bias (*adverse selection*) atas kepemilikan asuransi dan perilaku pemberi pelayanan kesehatan perlu dipertimbangkan (Hidayat, 2008). Berdasarkan laporan Kepala Divre Jawa Tengah dan DIY diketahui bahwa jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DIY sampai dengan bulan Juli 2014 sudah berjumlah 2.208.607 jiwa atau sebesar 63,88%. Dimana peserta PBI berjumlah 1.572.154 jiwa, sedangkan peserta Non PBI dari golongan PNS, TNI, Polri, Pensiunan dan Veteran berjumlah 442.978 jiwa, peserta dari pekerja swasta berjumlah 249.181 jiwa serta pendaftar mandiri berjumlah 44.294 jiwa.

Sampai pada semester pertama pelaksanaan program JKN ini ditemukan beberapa permasalahan yang ada di bagian pendaftaran kepesertaan. Masalah yang pertama, ditemukan kurang lebih 10% atau kurang lebih 4.400 jiwa yang mendaftar sebagai peserta mandiri adalah mereka yang memang sudah menderita suatu penyakit, jadi dapat dipastikan mereka mendaftar menjadi peserta karena memang sudah akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Masalah yang kedua, masyarakat ada yang sudah menjalani perawatan di rumah sakit dan ternyata menghabiskan biaya yang besar maka baru mendaftar menjadi peserta JKN.

Berdasarkan laporan tersebut peneliti melakukan observasi ke BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta. Peneliti melakukan wawancara dengan 20 orang yang akan mendaftar menjadi peserta JKN. Dari 20 orang tersebut, 2 orang sedang hamil, 3 orang penderita penyakit gagal ginjal, 6 orang menderita hipertensi, 2 orang menderita katarak, 2 orang menderita DM. Dan dari 20 orang tersebut hanya 5 orang yang dalam kondisi sehat atau tidak mempunyai riwayat penyakit. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat *adverse selection*.

Berdasarkan temuan tersebut maka peneliti ingin melakukan penelitian yang berjudul “Indikasi *Adverse Selection* pada Peserta Non PBI Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi *adverse selection* pada peserta non PBI Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta. Objek penelitian ini berkas jaminan kese-

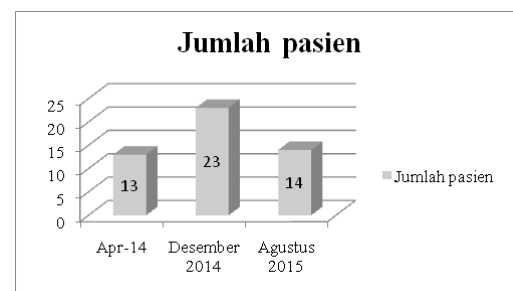
hatan peserta non PBI mandiri rawat inap di Di RS Rajawali Citra Bantul pada bulan April dan Desember 2014 serta bulan Agustus 2015. Penentuan sampel penelitian ini menggunakan *total sampling*, dimana seluruh anggota populasi yang memenuhi kriteria tertentu diambil menjadi sampel. Instrumen pada penelitian ini adalah daftar isian.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data dengan pengisian lembar isian tentang data kepesertaan non PBI mandiri di RS Rajawali Citra Bantul. Data yang diperoleh dilakukan analisis univariat untuk mendeskripsikan data tentang kepesertaan non PBI mandiri di RS Rajawali Citra Bantul. Hasil analisis data kemudian disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan dinarasikan sehingga membentuk sebuah informasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Trend Kunjungan Pasien

Gambar 1 berikut ini menunjukkan *trend* kunjungan pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut di RS Rajawali Citra Bantul.



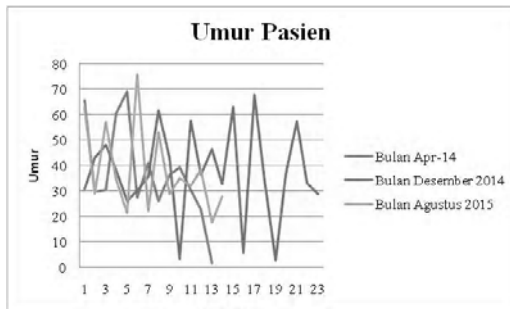
Gambar 1. *Trend* Kunjungan Pasien

Berdasarkan gambar 1 tersebut dapat diketahui bahwa jumlah pasien peserta non PBI yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai pasien rawat inap pada bulan April 2014 berjumlah 13 orang, bulan Desember 2014 berjumlah 23 orang dan pada bulan Agustus 2015 berjumlah 14 orang.



### Karakteristik Pasien

Gambar 2 menunjukkan persebaran umur pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lanjut di RS Rajawali Citra Bantul.



**Gambar 2. Umur Pasien Peserta Non PBI Mandiri**

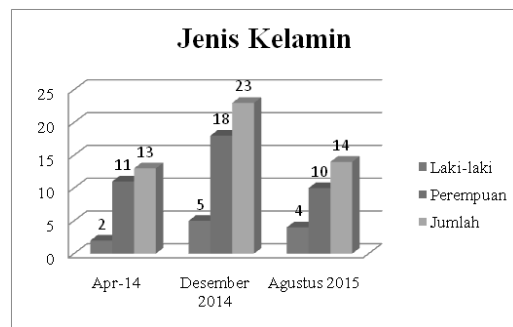
Berdasarkan Gambar 2 tersebut dapat terlihat bahwa umur pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut di RS Rajawali Citra Bantul adalah berumur di bawah 10 tahun dan umur di atas 50 tahun (lansia).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul berusia di bawah 10 tahun dan di atas 50 tahun atau lansia. Hal tersebut menunjukkan bahwa kedua kelompok umur tersebut rentan terhadap penyakit.

Menurut Notoatmojo (2011), umur yang sangat muda atau tua lebih rentan, kurang kebal terhadap penyakit terutama penyakit menular. Hal tersebut bisa disebabkan karena kedua kelompok umur tersebut daya tahan tubuhnya rendah. Thabrany (2005) mengemukakan bahwa kejadian kesakitan dan pola mencari pengobatan bervariasi menurut usia. Kejadian kesakitan sering ditemukan pada usia balita dan usia tua dengan pola distribusi klasik menyerupai huruf "U". Angka kesakitan pada usia balita dan usia tua pada umumnya jumlahnya melebihi angka kesakitan rata-rata dari

seluruh populasi. Angka kesakitan yang terendah pada umumnya terjadi pada usia produktif.

Gambar 3 berikut ini menunjukkan distribusi pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut di RS Rajawali Citra Bantul berdasarkan jenis kelamin.



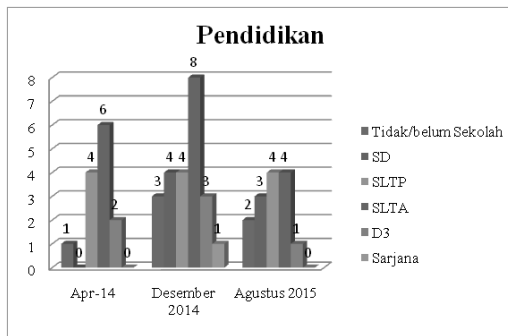
**Gambar 3. Jenis Kelamin Pasien Peserta Non PBI Mandiri**

Berdasarkan Gambar 3 tersebut dapat terlihat bahwa pasien peserta non PBI mandiri yang paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut di RS Rajawali Citra Bantul adalah berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 11 orang pada bulan April 2014, 18 orang pada bulan Desember 2014 dan 10 orang pada bulan Agustus 2015.

Pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul mayoritas berjenis kelamin perempuan daripada laki-laki. Menurut Notoatmojo (2011), angka kesakitan lebih tinggi terjadi pada wanita atau perempuan dibandingkan pada laki-laki. Thabrany (2005) mengemukakan bahwa angka kesakitan pada kelompok wanita lebih tinggi daripada laki-laki dan khususnya pada masa reproduksi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh fungsi biologis dari wanita sehingga mempunyai risiko terkena sakit yang bisa berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan lain-lain.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada usia lanjut di Spanyol paling besar adalah pada wanita dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa faktor yang mempengaruhi terhadap pelayanan kesehatan yang diterima oleh wanita, seperti adanya pelayanan administrasi yang kurang memuaskan di rumah sakit. Kondisi tersebut mengakibatkan ketidakadilan pada kaum wanita (Redondo *et al.*, 2006).

Gambar 4 berikut ini menggambarkan tingkat pendidikan pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul.

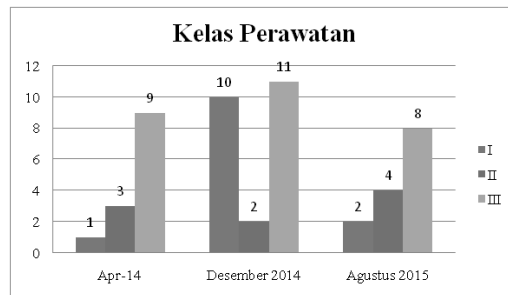


**Gambar 4. Tingkat Pendidikan Pasien Peserta Non PBI Mandiri**

Berdasarkan Gambar 4 dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul mayoritas berpendidikan SLTA, SLTP, dan SD.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul mempunyai tingkat pendidikan SLTA kemudian SLTP. Menurut Notoatmojo (2011), kelompok masyarakat yang berpendidikan tinggi cenderung lebih mengetahui cara-cara untuk mencegah terjadinya penyakit.

Berikut ini merupakan gambar yang menunjukkan kelas perawatan yang digunakan oleh pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul.



**Gambar 5. Kelas Perawatan Pasien Peserta Non PBI Mandiri**

Berdasarkan gambar 5 tersebut dapat diketahui bahwa kelas perawatan yang paling banyak dipilih oleh pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul adalah kelas III yaitu sebanyak 9 orang pada bulan April 2014, 11 orang pada bulan Desember 2014 serta 8 orang pada bulan Agustus 2015. Kelas perawatan di kelas I yaitu hanya berjumlah 1 orang pada bulan April 2014, 10 orang pada bulan Desember 2014 dan 2 orang pada bulan Agustus 2015.

Kelas perawatan yang paling sedikit dipilih oleh pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul adalah kelas II yaitu sebanyak 3 orang pada bulan April 2014, 2 orang pada bulan Desember 2014 dan 4 orang pada bulan Agustus 2015.

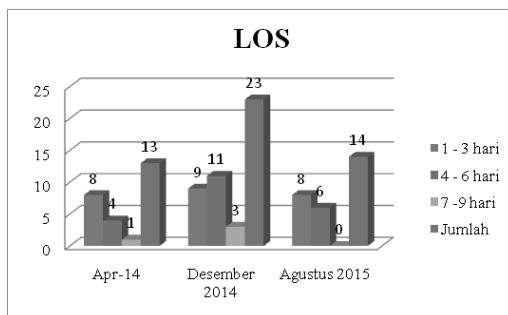
Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul adalah kelas 3 dan kelas 1. Peserta non PBI mandiri bisa memilih kelas perawatan yang telah disesuaikan dengan besaran iuran yang telah dipilih. Menurut Perpres No. 111 tahun 2013 pasal 16 dan BPJS (2013), iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. Besaran iuran PBI adalah Rp 19.225, besaran iuran bagi peserta non PBI

dari pekerja informal adalah sesuai dengan kelas pelayanan di rumah sakit. Iuran untuk mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan di kelas III sebesar Rp 25.500, kelas II sebesar Rp 42.500 dan kelas I sebesar Rp 59.500.

Menurut Thabrany (2005) seseorang yang mempunyai pendapatan yang lebih tinggi dari rata-rata pada umumnya akan mencari perawatan kesehatan yang lebih sering dan lebih mahal. Hal tersebut akan mengakibatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan sehingga pengajuan klaim akan menjadi lebih sering.

Pemilihan kelas perawatan pada peserta non PBI mandiri Jaminan Kesehatan Nasional pastilah juga berhubungan dengan tingkat pendapatan sehingga peserta akan memilih kelas 1, 2 atau pun kelas 3. Hal ini dikarenakan berkaitan dengan besaran iuran yang harus dibayar oleh setiap peserta.

Berikut ini adalah gambar yang menunjukkan LOS (*Length of Stay*) pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul pada bulan April dan Desember 2014 serta Agustus 2015.



**Gambar 6. LOS Pasien Peserta Non PBI Mandiri**

Berdasarkan Gambar 6 tersebut dapat diketahui bahwa LOS pasien peserta non PBI mandiri dalam menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul yang paling banyak adalah selama 1-3 hari yaitu sebanyak 8 orang pada bulan April 2014, 9

orang pada bulan Desember 2014 dan 8 orang pada bulan Agustus 2015. Pasien peserta non PBI mandiri dengan LOS antara 4-6 hari berjumlah 4 orang pada bulan April 2014, 11 orang pada bulan Desember 2014 dan 6 orang pada bulan Agustus 2015. LOS selama 7-9 hari yang dijalani oleh peserta non PBI mandiri pada bulan April 2014 sebanyak 1 orang dan 3 orang pada bulan Desember 2014.

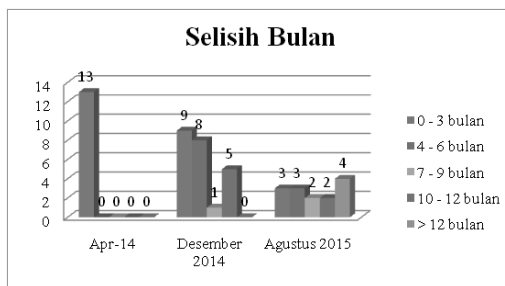
*Avarage Length of Stay (ALOS)* pada bulan April 2014 selama 3,461538 hari. ALOS pada bulan Desember 2014 adalah selama 4 hari, sedangkan pada bulan Agustus 2015 selama 3,357143 hari. ALOS dari ketiga bulan tersebut adalah selama 3,606 hari. LOS pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul paling banyak adalah selama 1-3 hari, dengan ALOS selama 3,606 hari.

Berdasarkan Permenkes No 71 tahun 2013 pada pasal 22 disebutkan bahwa lama perawatan pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah selama 3 hari. Hal tersebut menunjukkan bahwa ALOS pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra sudah sesuai dengan standar ALOS yang telah ditetapkan oleh pemerintah. ALOS atau rata-rata lama perawatan pasien ini juga menjadi indikator yang bisa memberikan gambaran tingkat efisiensi dan juga memberikan gambaran mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien. Secara umum ALOS adalah selama 6-9 hari.

Gambar 7 menunjukkan selisih bulan atau jeda waktu antara tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP (Surat Eligibilitas Peserta) pada saat masuk menjalani rawat inap di RS Rajawali Citra Bantul.

Berdasarkan Gambar 7 tersebut dapat terlihat bahwa jumlah pasien peserta non PBI mandiri yang menjalani rawat inap di RS

Rajawali Citra Bantul pada bulan April sebanyak 13 orang (100%) selisih bulan antara tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP adalah berjarak 0-3 bulan. Pada bulan Desember 2014, selisih bulan antara tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP adalah 0-3 bulan sebanyak 9 orang, 4-6 bulan sebanyak 8 orang, 7-9 bulan sebanyak 1 orang, serta 10-12 bulan sebanyak 5 orang. Bulan Agustus 2015, selisih bulan antara tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP adalah 0-3 bulan sebanyak 3 orang, 4-6 bulan sebanyak 3 orang, 7-9 orang sebanyak 2 orang, 10-12 bulan sebanyak 2 orang dan > 12 bulan sebanyak 4 orang.



**Gambar 7. Selisih Bulan Cetak Kartu BPJS Kesehatan dan SEP**

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada awal pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, masyarakat yang mendaftar menjadi peserta non PBI mandiri adalah mereka yang sudah sakit atau sudah akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pada awal penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 100% pasien peserta non PBI mandiri yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RS Rajawali Citra mempunyai selisih tanggal cetak kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP hanya berjarak 0-3 bulan.

Pada bulan September 2014, pihak BPJS Kesehatan menerapkan *waiting period* selama 7 hari. Akan tetapi masyarakat yang mendaftar pun masih, mereka

yang akan segera memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sampai akhirnya bulan Juli 2015 pihak BPJS kembali mengeluarkan peraturan No 32 tahun 2015 yang salah satu isinya mengenai penerapan *waiting period* selama 14 hari. Dengan penerapan *waiting period* selama 14 hari ini sepertinya efektif di dalam mengantisipasi para pendaftar peserta non PBI mandiri yang akan segera memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kondisi tersebut bukan berarti tidak terjadi *adverse selection* lagi, bisa jadi pasien tersebut juga sudah pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan sebelumnya pada bulan-bulan sebelumnya yang tidak menjadi ranah penelitian ini.

Diterapkannya kebijakan kepesertaan mandiri JKN memberikan dampak masyarakat yang mendaftar adalah masyarakat yang mendaftar adalah masyarakat yang sudah sakit atau sudah akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal tersebut bertentangan dengan prinsip asuransi sosial yang diterapkan pada program JKN. Menurut Murti (2007), asuransi sosial (*social insurance, social security*) merupakan suatu program dari pemerintah. Asuransi sosial biasanya diselenggarakan oleh pemerintah atau oleh suatu badan khusus yang ditunjuk oleh pemerintah. Pada asuransi kesehatan sosial terdapat unsur keharusan, sehingga kadang asuransi jenis ini bersifat wajib (*compulsory health insurance*). Sebagaimana program jaminan kesehatan nasional yang dilaksanakan di Indonesia juga bersifat wajib yang harapannya pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN semua.

Asuransi sosial menerapkan suatu mekanisme untuk mengalihkan dan membagi risiko, tetapi dengan kualifikasi tertentu dengan maksud mencapai tujuan sosial. Asuransi sosial dilandasi dengan pengertian bahwa dalam perekonomian terdapat individu-individu yang akan menghadapi risiko-risiko

fundamental yang tidak mampu ditangani sendiri dan kerugian yang diakibatkan oleh kerugian akibat risiko tersebut akan menurunkan atau menghilangkan sumber penghasilannya (Kertonegoro, 1996). Menurut Murti (2007) *adverse selection* terjadi di mana ada kecenderungan orang-orang yang yang berisiko sakit lebih tinggi untuk memilih polis asuransi dengan cakupan asuransi yang lebih banyak sebagai akibat dari asimetri informasi dan penerapan premi yang sama bagi setiap peserta.

*Adverse selection* pada umumnya terjadi pada asuransi komersial. Survei yang dilakukan untuk memeriksa adanya *adverse selection* di pasar asuransi swasta (Ettner, 1997). Menurut Thabrany (2013) salah satu perbedaan antara asuransi sosial dan asuransi komersial adalah pada ada dan tidaknya *adverse selection*. Pada asuransi sosial tidak dijumpai *adverse selection* sedangkan pada asuransi komersial bisa dijumpai adanya *adverse selection* tergantung dari kemampuan bapel dalam penilaian faktor risiko calon peserta.

Hal-hal yang dilakukan untuk mengatasi terjadinya *adverse selection* menurut Thabrany (2005) adalah dilakukannya analisis terhadap faktor risiko calon peserta asuransi. Faktor tersebut meliputi faktor medis, faktor usia dan faktor pekerjaan. Tindakan tersebut biasanya dilakukan untuk asuransi yang menerapkan konsep asuransi komersial atau swasta. BPJS Kesehatan menerapkan *waiting period* untuk mengatasi terjadinya *adverse selection* pada peserta mandiri.

Berdasarkan Peraturan Direksi BPJS No. 211 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan pada pasal 6 ayat (1) menyebutkan bahwa: a. Kartu peserta berlaku 7 hari setelah calon peserta melakukan pembayaran iuran; b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) hanya diterbitkan

setelah kartu peserta mulai berlaku dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan (BPJS, 2014).

Penerapan *waiting period* ini sebenarnya bertentangan dengan konsep asuransi sosial yang diterapkan dalam program jaminan kesehatan nasional. Biasanya *waiting period* digunakan pada asuransi swasta atau asuransi komersial untuk mencegah terjadinya *adverse selection*. Menurut Jacobs *et al.* (2000), asuransi kesehatan sosial juga sering menggabungkan beberapa fitur asuransi komersial dengan beberapa modifikasi agar sistem menjadi lebih adil. Penjatahan akses ke pelayanan kesehatan termasuk waktu tunggu yang lama juga terjadi negara Perancis, Belanda, Jerman, dan Swiss.

Penerapan *waiting period* pada implementasi asuransi kesehatan sosial di Jerman bisa berlangsung sampai 3 bulan sebelum memanfaatkan pelayanan kesehatan. Bayi baru lahir harus segera diasuransikan tanpa memandang status kesehatannya (Saltman *et al.*, 2004).

Individu dengan cacat harus menjalani proses yang panjang sebelum menerima cakupan manfaat dari program *medicare* di Amerika. Penderita cacat harus menunggu tambahan 24 bulan sebelum bisa menerima cakupan *medicare* (Bye *et al.*, 1989). *Waiting period* selama 24 bulan tersebut kemudian diperbaharui menjadi 5 bulan. Akses ke asuransi kesehatan dan perawatan kesehatan sangat penting bagi orang-orang di *medicare* dan penerapan waktu tunggu sangat berpengaruh terhadap status kesehatan karena pendapatan yang rendah, kesehatan yang buruk (Riley, 2006).

## SIMPULAN DAN SARAN

*Adverse selection* memang terjadi pada pasien peserta non PBI mandiri JKN yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RS rajawali Citra Bantul. Hal ini ditunjukkan dengan selisih tanggal cetak

kartu BPJS Kesehatan dengan tanggal SEP pasien masuk ke rumah sakit yang berjarak hanya 0-3 bulan. Kondisi tersebut paling banyak terjadi pada bulan April 2014. Pada waktu itu setiap peserta yang mendaftar menjadi peserta non PBI mandiri sudah bisa langsung memanfaatkan pelayanan kesehatan setelah kartu BPJS Kesehatan tercetak.

Pada bulan Desember 2014 setelah BPJS Kesehatan menerapkan *waiting period* 7 hari, jumlah pasien peserta non PBI mandiri yang mempunyai selisih tanggal cetak kartu dengan tanggal SEP 0-3 bulan sudah mulai berkurang dan pada bulan Agustus 2015 setelah diterapkan *waiting period* selama 14 hari jumlahnya jauh lebih berkurang lagi. Hal ini menunjukkan penerapan *waiting period* dapat menekan terjadinya *adverse selection* pada peserta non PBI mandiri JKN. Dengan demikian, penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian terhadap efektivitas dan efisiensi penerapan *waiting period* terhadap pencegahan *adverse selection*.

#### DAFTAR RUJUKAN

- BPJS, K. 2014. Peraturan Direksi BPJS No 211 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS Kesehatan. Jakarta.
- Bye, Barry. V., Riley, Gerald. F. 1989. Eliminating the Medicare Waiting Period for Social Security Disabled-Worker Beneficiaries. *Social Security Bulletin*, May 1989/Vol.52, No.5, (online), (<http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v52n5/v52n5p2.pdf>), diakses 23 Januari 2014
- Ettner, S. L. 1997. Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly. *Journal of Health Economics*, 16(5):543–562. doi: 10.1016/S0167-6296(97)00011-8.
- Hidayat, B. 2008. Modelling The Demand For Health Care Given Insurance: Notes For Researcher. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 11, 58–65.
- Hidayat, B. 2010. Empirical Evidence of Social Health Insurance Policy: Analysis Of Indonesian Family Life Survey (IFLS) Data. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13: 117–125.
- Jacobs, R., Goddard, M. 2000. *Social Health Insurance Systems in European Countries (The Role of the Insurer in the Health Care System: a Comparative Study of Four European Countries)*. Centre for Health Economics, University of York, Heslington, York. United Kingdom.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan No 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.
- Kertonegoro, Sentanoe. 1996. *Manajemen Risiko dan Asuransi*. PT Toko Gunung Agung: Jakarta.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D.,

- Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Frenk, J. 2012. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 380(9849): 1259–79. doi:10.1016/S0140-6736(12)61068-X.
- Murti, B. 2007. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan (ke-6)*. Penerbit Kanisius: Yogyakarta.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2011. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Perpres. 2013. *Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Perpres. 2013. *Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P, Ramon, Jose., Rodriguez, F. 2006. Gender Differences in the Utilization of Health Care Services among the Older Adult Population of Spain. *BMC Public Health*. doi:10.1186/1471-2458-6-155, (Online), (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/155>), diakses 5 Februari 2014
- Riley, Gerald. 2006. Health Insurance and Access to Care among Social Security Disability Insurance Beneficiaries During the Medicare Waiting Period. *Inquiry* 43: 222–230 (Fall 2006). 2006 *Excellus Health Plan, Inc.* 0046-9580/06/4303–0222, (Online), ([www.inquiryjournal.org](http://www.inquiryjournal.org)) diakses 27 Januari 2014.
- Saltman, Richard B., Busse, R., Figueras, J. 2004. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press: England.
- Thabrany, H. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. (Pamjaki, Ed.). Pamjaki: Jakarta.
- Thabrany, H. 2013. *Asuransi Kesehatan Nasional*. (Pamjaki, Ed.). Pamjaki: Jakarta.

# TINGKAT NYERI PEMASANGAN KATETER MENGUNAKAN JELI OLES DAN JELI YANG DIMASUKKAN URETHRA

**Diyah Candra Anita, Kustiningsih**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: diyah.candra@yahoo.com

**Abstract:** This research aimed to show the effectiveness of catheters in men using the included urethral gel with gel applied to the catheter to the client pain response in adult inpatient ward 3 class in PKU Muhammadiyah Yogyakarta. The research design used Quasi-eksperiment with posttest only control group. Mann Whitney statistical test result  $p = 0.275$  thus concluded there were no significant differences in the level of pain between groups gel smeared with gel group entered the urethra.

**Keywords:** the level of pain catheter, rab gel, gel included urethra

**Abstrak:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas pemasangan kateter pada pria dengan menggunakan jeli yang dimasukkan uretra dengan jeli yang dioleskan di kateter terhadap respon nyeri klien di bangsal rawat inap dewasa kelas 3 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Metode penelitian yang digunakan adalah quasy experiment, dengan pendekatan posttest only control group design. Uji statistik Mann Whitney diperoleh hasil  $p = 0,275$  sehingga disimpulkan terdapat perbedaan tidak bermakna terhadap tingkat nyeri antara kelompok jeli yang dioleskan dengan kelompok jeli yang dimasukkan urethra.

**Kata Kunci:** tingkat nyeri pemasangan kateter, jeli oles, jeli dimasukkan urethra



## PENDAHULUAN

Kateterisasi urin merupakan salah satu tindakan untuk membantu eliminasi urin maupun ketidakmampuan melakukan urinasi. Banyak klien merasakan cemas, takut akan rasa nyeri dan ketidaknyamanan dalam menghadapi kateterisasi urin. Mereka terlihat emosional menghadapi tindakan-tindakan pengobatan maupun perawatan, terlebih yang berhubungan dengan daerah urogenital yaitu saat kateter menembus masuk ke dalam tubuh (Ellis, *cit* Riyadi, 2006).

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Smeltzer, 2002). Nyeri secara serius dapat menyebabkan ketidakmampuan dan immobilisasi pada individu, sehingga kondisi ini akan merusak kemampuan individu untuk melakukan aktivitas perawatan diri. Nyeri juga menyebabkan isolasi sosial, depresi dan perubahan konsep diri. Sebagai perawat harus membantu klien dan anggota keluarga dalam menemukan cara untuk mengatasi nyeri dan mempertahankan gaya hidup yang fungsional (Potter&Perry, 2005).

Pemasangan selang kateter pada pria jauh terasa lebih sakit dibandingkan pada wanita. Karena panjang selang kateter yang dimasukkan ke urethra jauh lebih panjang, yaitu sekitar 17-22 cm (5-6 kali lebih panjang dibandingkan selang yang harus masuk ke urethra wanita). Nyeri saat dimasukkan kateter akan bisa ditoleransi oleh klien, jika jalan masuknya selang kateter ke urethra licin. Salah satunya adalah dengan menggunakan jeli/pelumas. Namun, terkadang saat selang kateter dimasukkan, banyak jeli yang tertinggal atau bahkan keluar sebelum selang kateter tersebut tuntas dimasukkan (Wahyuni, 2003).

Upaya memasukkan jeli 3-3,5 cc terlebih dahulu ke dalam uretra diasumsikan bahwa seluruh dinding uretra pada pria

sepanjang 12-17 cm telah telumuri jeli sebelum kateter dimasukkan. Sehingga meminimalkan terjadinya gesekan antara dinding uretra dengan kateter yang akan meminimalkan efek nyeri. Selain itu jumlah jeli yang masuk dalam uretra juga terukur untuk semua responden. Sedangkan bila menggunakan jeli yang dilumurkan pada kateter yang akan dipasang, kemungkinan jumlah jeli yang digunakan dan panjang kateter yang dilumuri jeli antar sesama perawat yang akan memasang kateter relative tidak sama, hal ini akan mengakibatkan respon nyeri klien yang berbeda-beda (Wahyuni, 2003).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pemasangan kateter pada pria dengan menggunakan jeli yang dimasukkan uretra dengan jeli yang dioleskan di kateter terhadap respon nyeri klien di bangsal rawat inap dewasa kelas 3 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2010.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *quasi eksperimen* dengan bentuk pendekatan *post test only control group design*. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk membandingkan hasil intervensi dari suatu program di suatu kontrol yang serupa.

### Definisi operasional

Pemasangan kateter adalah tindakan yang bertujuan mengeluarkan dan mengosongkan urine dari kandung kemih dengan memasukkan selang kateter ke urethra klien. Kateter dimasukkan ke urethra klien dengan menggunakan jeli sebagai pelumas. Cara pemberian pelumas tersebut ada 2, yaitu pertama, jeli dimasukkan ke urethra terlebih dahulu sebanyak 3-3,5 cc dengan menggunakan spuit 20 cc, setelah itu kateter *folley* dimasukkan ke dalam urethra sepanjang 17-22 cm (pada pria), setelah urine keluar, masukkan lagi selang kateter sepanjang 5 cc dan kemudian dikunci. Cara yang kedua

dengan mengoleskan jeli ke permukaan kateter *folley* sepanjang 10-12 cm, setelah itu baru selang kateter tersebut dimasukkan ke urethra sepanjang 17-22 cm (pada pria), setelah urine keluar, masukkan lagi selang kateter sepanjang 5cc dan kemudian dikunci.

Nyeri akibat pemasangan kateter adalah perbedaan skala nyeri yang dirasakan klien karena dipasangnya kateter pada urethra. Data ini diukur dengan menggunakan skala ordinal, dengan interpretasi nyeri skala nomor (NRS).

### Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah klien pria yang dirawat di bangsal rawat inap kelas 3 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan memiliki indikasi untuk dipasang kateter. Sampel dalam penelitian ini ada 2 kelompok, yaitu sampel kelompok eksperimen merupakan sampel yang diberikan perlakuan berupa pemberian klien yang dipasang kateter dengan cara jeli dimasukkan terlebih dahulu pada urethra dan sampel kelompok kontrol, yang merupakan sampel yang tidak diberikan perlakuan apa-apa, yaitu klien yang dipasang kateter dengan cara jeli dioleskan terlebih dahulu ke selang kateter baru dimasukkan ke urethra.

pengambilan sampel dilakukan secara *non probability sampling* dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Kriteria inklusinya adalah klien pria berusia di atas 19 tahun dan kurang dari 60 tahun (Friedman, 1998), klien yang memiliki indikasi akan dipasang kateter, klien dalam keadaan sadar, klien dapat diajak berkomunikasi, klien bersedia menjadi responden. Adapun kriteria eksklusinya adalah klien bedah mayor saluran kencing, klien yang memiliki riwayat striktur urethra, dan klien yang tidak bersedia menjadi responden. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 20 orang. 10 orang sebagai kelompok eksperimen dan 10 orang sebagai kelompok kontrol.

### Alat, Metode Pengumpulan Data dan Analisa Data

Alat atau instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu kateter *folley*, jeli, kuesioner, rekam medik, metode pengumpulan data. Metode pengambilan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu membagikan *informed consent* kepada klien yang hendak dijadikan responden penelitian. Setelah itu, peneliti melakukan *treatment* pada kelompok eksperimen, berupa pemberian jeli terlebih dahulu kedalam urethra sebanyak 3-3,5 cc sebelum dipasang kateter dan tidak melakukan *treatment* pada kelompok kontrol.

Setelah pemasangan kateter selesai dilakukan, peneliti membagikan kuesioner untuk menanyakan respon nyeri yang dialami klien. Data yang diperoleh kemudian dianalisis dengan menggunakan program komputer SPSS, kemudian hasilnya dibandingkan antara dua kelompok.

Guna mengetahui perbedaan efektifitas cara pemasangan kateter tersebut, maka perlu dilihat nilai *posttest* dari kedua kelompok tersebut. Sebelum dilakukan uji statistik terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui normal atau tidaknya data tersebut, yaitu dengan menggunakan rumus uji *Kolmogorov Smirnov*. Bila data tidak terdistribusi normal, dilakukan analisis statistik non parametrik dengan uji *Mann Whitney U Test*.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, sejak minggu ke-3 bulan Juli sampai dengan minggu ke-3 bulan Oktober 2010 (3 bulan pelaksanaan). RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terletak di lokasi yang strategis, yaitu di pusat kota, tepatnya di Jalan Kyai Ahmad Dahlan. Lokasi yang strategis ini sangat memudahkan akses informasi maupun kendaraan,

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia**

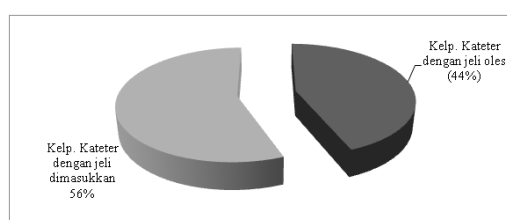
Rentang Usia	Seluruh Responden		Kelompok Eksperimen (Kateter dengan jeli dimasukkan)		Kelompok Kontrol (Kateter dengan jeli oles)	
	F	%	F	%	F	%
18-35	2	8.00	1	7.14	1	9.09
36-50	10	40.00	6	42.86	4	36.36
51-60	13	52.00	7	50.00	6	54.55
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.00</b>	<b>11</b>	<b>100.00</b>

sehingga sangat tidak mengherankan jika RS PKU setiap harinya dibanjiri oleh pasien.

Penelitian ini dilakukan di bangsal kelas 3 rawat inap RS PKU Muhammadiyah, yaitu bangsal Arofah dan Marwah. Kedua bangsal ini merupakan bangsal rawat inap bagi pasien-pasien dewasa dengan kasus bedah atau penyakit dalam. Bangsal Arofah adalah bangsal rawat inap khusus laki-laki dengan kapasitas bed 24 pasien, sedangkan bangsal Marwah adalah bangsal campuran, untuk laki-laki dan perempuan dengan kapasitas bed 37 pasien. Kedua bangsal ini hampir tidak pernah kosong. Pasien yang dirawat inap di kedua bangsal ini sebagian besar adalah pasien dengan ekonomi menengah kebawah atau dengan jaminan Asuransi Kesehatan Miskin (Askeskin).

Penelitian ini cukup lama dilakukan, karena sulitnya mencari responden yang sesuai dengan kriteria peneliti, seperti mencari pasien yang benar-benar belum pernah dipasang kateter serta yang tidak mengalami gangguan uretra. Namun, pada pelaksanaannya kerja sama dengan perawat di ruangan sangat membantu tercapainya target penelitian yang diinginkan.

Gambar 1 memperlihatkan bahwa 14 orang merupakan kelompok eksperimen dan 11 orang merupakan kelompok kontrol. Hal ini melebihi dari target penelitian yang sebelumnya, yang semula ditargetkan 10 orang untuk masing-masing kelompok kontrol maupun eksperimen.

**Gambar 1. Proporsi Responden Berdasarkan Perlakuan**

Tabel 1 menampilkan data bahwa sebagian besar responden memiliki usia pada rentang 51-60 tahun dan hanya sebagian kecil memiliki usia 18-35 tahun. Hal ini sesuai dengan teori bahwa masa dewasa muda (18-35 tahun) merupakan masa-masa produktif, yaitu saat hormon, enzim serta aktivitas masih berjalan dengan seimbang (*balance*). Metabolisme tubuh pun akan berlangsung optimal sejalan dengan asupan nutrisi yang masuk serta aktivitas yang dilaksanakan (Sherwood, 2002). Oleh karena itu, sangatlah wajar jika angka manusia sakit akan sangat kecil pada usia-usia tersebut.

Penurunan fungsi tubuh akan mulai dirasakan oleh tubuh pada usia menjelang dewasa tua, atau bisa dikatakan pada usia dewasa tua yaitu sekitar 51-60 tahun. Sehingga lazim bagi usia dewasa tua, mulai dirasakan banyak keluhan klinis yang menyertai. Menurut Guyton and Hall (2006), keluhan-keluhan tersebut dirasakan sejalan dengan mulai melambatnya metabolisme tubuh serta penurunan fungsi akibat proses penuaan.

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Respon Nyeri**

Tingkat Nyeri	Seluruh Responden		Kelompok Eksperimen (Kateter dengan jeli dimasukkan)		Kelompok Kontrol (Kateter dengan jeli oles)	
	F	%	F	%	F	%
<b>Ringan</b>	9	36.00	4	28.57	5	45.45
<b>Sedang</b>	13	52.00	7	50.00	6	54.55
<b>Berat</b>	3	12.00	3	21.43	0	0.00
<b>Total</b>	25	100.00	14	100.00	11	100.00

Pada tabel 2, didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mengalami tingkat nyeri sedang (52%) dan hanya sebagian kecil mengalami tingkat nyeri berat (12%). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan skala nyeri numerik yang memiliki rentang dari 0-10. Seorang individu dikatakan memiliki nyeri sedang, jika individu tersebut menunjuk tingkat nyeri yang dirasakannya pada angka 5-7, dan mengalami nyeri berat jika nilai nyeri yang dirasakan individu tersebut terletak pada angka 8-10.

Perasaan nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang dirasakan tubuh sebagai respon sakit (Clancy&Mc.Vicar, 1992). Jenis nyeri dalam penelitian ini adalah perasaan nyeri akut, atau rasa sakit yang dirasakan tiba-tiba dengan awitan antara beberapa detik sampai dengan 6 bulan (Mahon, 1994). Perasaan sakit ini muncul ketika dilakukan prosedur invasif yaitu memasukkan kateter pada saluran urethra pada klien pria guna mengeluarkan urine dari kandung kemih. Perasaan nyeri sangat tergantung oleh persepsi individu terhadap prosedur tindakan tersebut. Pada dasarnya jika individu merasa bahwa tindakan tersebut akan memberikan kesan mengancam, kehilangan ataupun menantang, maka rasa sakit yang dirasakan akan semakin menghebat (Gil, 1990).

Ada banyak faktor yang mempengaruhi nyeri, antara lain usia, pengalaman

sebelumnya dan dukungan keluarga (Gil, 1990). Guna menghilangkan bias yang terjadi pada hasil penelitian ini, peneliti telah memilih responden yang benar-benar “baru”, artinya belum pernah mempunyai pengalaman dipasang kateter sebelumnya dan responden yang memperoleh dukungan keluarga. Pada hasil penelitian sebagian besar mengalami reaksi nyeri sedang, dikarenakan responden dalam penelitian ini belum pernah sama sekali memperoleh pengalaman dipasang kateter sebelumnya, sehingga belum terjadi respon adaptif terhadap nyeri pada tindakan tersebut. Oleh karena itu, hasil yang diperoleh sangat wajar jika responden yang mempersepsikan nyeri sedang lebih banyak dibandingkan tingkat nyeri pada rentang yang lain.

Pengendalian faktor dukungan keluarga, dapat dilihat dari partisipasi anggota keluarga saat menunggui klien tersebut di rumah sakit ataupun keterlibatannya secara aktif dalam penanganan kesehatan klien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Taylor & Le Mone menyatakan bahwa klien yang ditunggui keluarga saat dirawat di rumah sakit, akan lebih mampu mentoleransi rasa nyeri yang dirasakannya, meskipun klien berada di lingkungan pelayanan kesehatan yang asing. Selain itu, hanya 3 orang responden (12,00%) yang menyatakan mengalami tingkat nyeri berat adalah responden yang berusia 51-60 tahun,

hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Zatzick & Dimsdale (1990) bahwa dewasa tua akan memiliki intensitas nyeri lebih rendah dibandingkan dengan usia sebelumnya. Hal ini terjadi karena dewasa memiliki pengalaman lebih banyak terhadap berbagai rasa nyeri yang pernah dialaminya, selain itu dewasa tua sudah lebih baik dalam mengungkapkan perasaan nyeri yang dialaminya secara verbal.

Menurut Smeltzer & Amp, Bare cara dewasa tua bereaksi terhadap nyeri berbeda dengan cara bereaksi orang yang lebih muda. Dewasa tua juga memiliki metabolisme yang lebih lambat dan rasio lemak tubuh terhadap massa otot lebih besar dibanding individu yang berusia lebih muda, oleh karena itu analgesik dalam jumlah kecil mungkin sudah cukup untuk menghilangkan nyeri pada dewasa tua. Persepsi nyeri pada dewasa tua mungkin berkurang sebagai akibat dari perubahan patologis yang berkaitan dengan beberapa penyakitnya. Diperkirakan lebih dari 85% usia dewasa tua mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis yang dapat menyebabkan nyeri. Dewasa tua cenderung mengabaikan lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan kesehatan karena sebagian dari mereka menganggap nyeri menjadi bagian dari penuaan normal.

Tindakan kateterisasi urine merupakan tindakan invasif dan dapat menimbulkan rasa nyeri, sehingga jika dikerjakan dengan cara yang keliru akan menimbulkan kerusakan uretra yang permanen (Kozier, Erb, dan Oliveri, 1991). Nyeri merupakan keluhan utama yang sering dialami oleh pasien dengan kateterisasi urine karena tindakan memasukkan selang kateter dalam kandung kemih mempunyai resiko terjadinya infeksi atau trauma pada uretra. Resiko trauma berupa iritasi pada dinding uretra lebih sering terjadi pada pria karena keadaan uretranya yang lebih panjang daripada wanita dan

membran mukosa yang melapisi dinding uretra memang sangat mudah rusak oleh gesekan akibat dimasukkannya selang kateter juga lumen uretra yang lebih panjang (Wolff, Weitzel, dan Fuerst, 1984).

Cara memasukkan jeli langsung ke dalam uretra dapat mempengaruhi kecepatan pemasangan kateter sehingga mengurangi tingkat iritasi pada dinding uretra akibat gesekan dengan kateter bila dibandingkan dengan cara pelumasan dengan melumuri jeli pada ujung kateter (Ferdinan, Pahria, 2003). Iritasi jaringan atau nekrosis dapat juga diakibatkan oleh pemakaian kateter yang ukurannya tidak sesuai besarnya orifisium uretra, kurangnya pemakaian jeli, penekanan yang berlebihan, misalnya memfiksasi terlalu erat dan penggunaan kateter intermiten yang terlalu sering dapat merusak jaringan kulit.

Dampak nyeri sebagai akibat spasme otot spingter karena kateterisasi akan terjadi perdarahan dan kerusakan uretra yang dapat menyebabkan striktur uretra yang bersifat permanen hal ini akan memperberat penyakit serta memperpanjang hari perawatan pasien. Bila hal tersebut tidak segera mendapat perhatian, maka kejadian berbagai komplikasi dengan mekanisme yang belum diketahui berpeluang sangat besar.

Pada pelaksanaan tindakan kateterisasi urin, perawat biasanya melakukan pemilihan ukuran dengan cermat, sesuai dengan besar kecilnya diameter meatus urinarius. *Meatus urinarius* ini merupakan bagian yang paling luar dari uretra, yang paling tidak menggambarkan besar kecilnya lumen uretra. Selain itu untuk mengurangi gesekan pada dinding uretra yang nantinya akan menyebabkan iritasi, perawat juga biasanya melumuri ujung kateter sepanjang 15-18 cm dengan cairan kental berbentuk gel yang biasa disebut jeli. Jeli ini bermacam-macam umumnya yang digunakan adalah K. Y. Jeli. Jeli ini berfungsi sebagai pelumas

**Tabel 3. Hasil Uji Analisis Normalitas Data dan Uji Beda**

Hasil Uji Analisis	Hasil	Sig. (2-Tailed)
Kolmogorov Smirnov	0.183	0.030
Mann Whitney Test	57.500	0.275
Wilcoxon	123.500	
Z	-1.091	

**Tabel 4. Distribusi Data Silang dengan Menggunakan Chi Square**

Kelompok	Ringan		Sedang		Berat		Total
	F	%	F	%	F	%	
Kontrol (Kateter dengan jeli oles)	4	28.60	7	50.00	3	21.40	14
Eksperimen (Kateter dengan jeli dimasukkan)	5	45.50	6	54.50	0	0.00	11
<b>Total</b>	9	36.00	13	52.00	3	12.00	25

yaitu untuk melicinkan kateter agar mudah dimasukkan ke dalam kandung kemih melalui uretra.

Penggunaan jeli dimaksudkan untuk mencegah spasme otot meatus uretra eksterna sehingga dapat mengurangi iritasi pada dinding uretra. Teknik pemberian jeli sendiri dapat memperbaiki kualitas pelumasan dengan demikian sensasi nyeri yang timbul karena iritasi juga dapat dikurangi (Malcolm R. Colmer, 1986).

Setiap prosedur pemasangan kateter harus diperhatikan prinsip-prinsip yang tidak boleh ditinggalkan yaitu, pemasangan kateter dilakukan secara aseptik dengan melakukan disinfeksi secukupnya memakai bahan yang tidak menimbulkan iritasi pada kulit genitalia dan jika perlu diberikan antibiotik seperlunya, diusahakan tidak menimbulkan rasa sakit pada pasien. Kateter menetap dipertahankan sesingkat mungkin sampai dilakukan tindakan definitif terhadap penyebab retensi urin, perlu diingat makin lama kateter dipakai, perlu diingat makin lama kateter dipakai, perlu diingat makin besar kemungkinan terjadi

penyulit berupa infeksi atau cedera uretra (Basuki, B Purnomo, 2003).

Sebagian besar teknik pemasangan kateter hanya menggunakan jeli yang dilumuri diujung kateter sedangkan faktor utama yang memudahkan terjadinya rasa nyeri dan iritasi mukosa uretra adalah karena teknik pemberian jeli yang kurang tepat. Dengan teknik dan prosedur kateterisasi yang baik diharapkan dapat mengurangi sensasi nyeri terutama penggunaan jeli, jenis maupun jumlah jeli yang digunakan.

Pada tabel 3, didapatkan hasil tingkat signifikansi (P) dengan menggunakan uji *Mann Whitney* adalah  $P = 0,275$ . Oleh karena  $P > 0,05$  maka  $H_0$  ditolak, yang berarti tidak terdapat perbedaan tingkat nyeri antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen.

Berdasarkan tabel distribusi silang (tabel 4) terlihat bahwa dari 14 responden kelompok eksperimen, 3 orang (21,4%) mengalami nyeri berat, sedangkan 7 orang (50,0%) mengalami nyeri sedang. Hal ini

berbeda dengan kelompok control. Dari 11 orang kelompok control, tidak seorangpun yang mengalami nyeri berat dan 6 orang (54,5 %) mengalami nyeri sedang. Hal ini mengindikasikan bahwa kelompok kontrol justru lebih baik untuk mengurangi rasa nyeri.

Hasil penelitian tidak sesuai dengan teori pada umumnya. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa sebab. Kemungkinan pertama, produk jeli yang biasa digunakan untuk pemasangan kateter adalah jeli yang telah mengandung anestesi lokal yaitu lidokain. Sementara pada penelitian ini, peneliti menggunakan produk jeli yang benar-benar hanya berfungsi sebagai pelumas dan tidak mengandung anestesi apapun.

Kemungkinan kedua, adalah pada penelitian ini, peneliti mengoleskan jeli pada kateter sepanjang 15-18 cm. Jeli yang dioleskan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah jeli yang dimasukkan terlebih dahulu kedalam urethra, yaitu sebanyak 3-3,5 cc. Faktor inilah yang akan mengurangi iritasi pada kulit genitalia, sehingga mampu mengurangi rasa nyeri. Kemungkinan ketiga, adalah pemasangan kateter pada kelompok eksperimen, ada beberapa cc jeli yang keluar dari ujung *urethra* dikarenakan pasien bergerak karena respon reflek. Hal ini menyebabkan jumlah jeli yang masuk pada kelompok eksperimen tidak pada dosis yang diharapkan.

#### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uji *Mann Whitney* diperoleh hasil  $P = 0,275$ . Oleh karena  $P > 0,05$  maka  $H_0$  ditolak, yang berarti tidak terdapat perbedaan tingkat nyeri antara kelompok control dan kelompok eksperimen. Distribusi silang dengan menggunakan *chi square* menunjukkan bahwa dari 14 responden kelompok eksperimen, 3 orang (21,4%) mengalami nyeri berat, sedangkan 7 orang (50,0%) mengalami nyeri sedang. Hal ini berbeda dengan kelompok control, dari 11

orang kelompok control, tidak seorangpun yang mengalami nyeri berat dan 6 orang (54,5 %) mengalami nyeri sedang. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kelompok kontrol justru lebih baik untuk mengurangi rasa nyeri.

Disarankan untuk penelitian selanjutnya, sebaiknya lebih teliti dalam memasukkan jeli yang dimasukkan terlebih dahulu ke urethra. Akan lebih baik dosis pemberian jeli ditambahkan 0,5-1 cc lebih banyak dari seharusnya guna mengantisipasi jeli yang keluar karena gerakan reflek pasien secara tiba-tiba.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Basuki, B Purnomo. 2003. (Online), (<http://blogtentangilmukeperawatan.blogspot.com>), diakses 15 Agustus 2010.
- Clancy J & Mc. Vicar A. 1992. *Subjectivity of Pain*. Br J Nursing I (1).
- Ferdinan. 2003. *Perbedaan Intensitas Nyeri Klien yang Menjalani Katerisasi Urin dengan 2 Cara Pelumasan*. Karya Tulis Ilmiah. Tidak Dipublikasikan.
- Friedman, M.M. 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik*. EGC: Jakarta.
- Guyton & Hall. 2001. *Textbook of Medical Physiology*. Health Science Book: Amazon.
- Gil K. 1990. *Physicologic Aspect of Acute Pain*. Anesthasiol.
- Kozier, Erb, dan Oliveri. 1991. *Fundamental of nursing: concept, process and practice*. E-book.
- Mahon, SM. 1994. *Concept Analysis of Pain: Implication Related to Nursing Diagnoses*. Nursing Diagnoses.

- Malcolm R. Colmer, 1986. (Online), (<http://blogtentangilmukeperawatan.blogspot.com>), diakses 15 Agustus 2010.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep Proses dan Praktek*, Edisi 4. EGC: Jakarta.
- Riyadi, M.E. 2006. *Hubungan Antara Lama Waktu Terpasang Kateter dengan Kecemasan pada Klien yang Terpasang Kateter Urethra di Bangsal Rawat Inap Dewasa Kelas III RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah. Tidak Dipublikasikan. UMY: Yogyakarta.
- Sherwood, Lauralee. 2008. *Fisiologi Manusia*. EGC: Jakarta.
- Smeltzer & Amp, Bare. (Online), (<http://ulanksitra.multiply.com>), diakses 15 Agustus 2010.
- Smeltzer, S.C. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth, Volume 2 Edisi 8*. EGC: Jakarta.
- Taylor & Amp, Le Mone. (Online), (<http://ulanksitra.multiply.com>), diakses 15 Agustus 2010.
- Wahyuni, Tatik. 2003. *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Medikal Bedah 2: Irigasi Kateter*. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta: Yogyakarta.
- Wolff, Weitzel, dan Fuerst. 1984. (online), (<http://blogtentangilmukeperawatan.blogspot.com>), diakses 15 Agustus 2010.
- Zatzick D.F & Dimslade J.E. 1990. *Cultural Variation in Respon Painful Stimulli*. Psychosom Med.



# HUBUNGAN ANTARA STATUS SOSIAL EKONOMI DENGAN PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG GANTUNG DIRI DI KECAMATAN KARANGMOJO KABUPATEN GUNUNGGIDUL YOGYAKARTA

**Tiwi Sudyasih, Mamat Lukman**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

e-mail: tiwistikes@yahoo.co.id

**Abstract:** The Purpose of research was to determine the relationship between socioeconomic status with public perception of suicide. This research was correlation descriptive quantitative. The population in this study was district Karangmojo Gunungkidul's people age 55 to 60 years amounted to 3.091 people. The sample in this study amounted to 356 people. The technique of collecting data using questionnaires. The analysis used is regression analysis and partial correlation. The results of this research the of socioeconomic status factor made moderate category (79.78%), then the result of the public perception of suicide negative category (81.74%), more than public perception of suicide positive category (18.26%). In conclusions there was a relationship between socioeconomic status with public perceptions of suicide in Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta.

**Keywords:** socioeconomic status, public perception of suicide

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini untuk menentukan hubungan status sosial ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang gantung diri. Jenis penelitian deskriptif kuantitatif korelasi. Populasi penelitian masyarakat Karangmojo Gunung Kidul yang berusia 55-60 tahun yaitu sebanyak 3.901 orang. Sampel yang diambil sebanyak 356 orang. Teknik pengumpulan data dengan kuisioner. Teknik analisis data menggunakan regresi dan korelasi parsial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status sosial ekonomi masyarakat adalah berkategori sedang (79,78%), sedangkan persepsi masyarakat tentang bunuh diri adalah persepsi negatif (81,74%), selebihnya persepsi masyarakat tentang bunuh diri adalah positif (18,26%). Adapun Simpulan akhir dari penelitian ini yaitu terdapat hubungan antara status sosial ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta.

**Kata Kunci:** status sosial ekonomi, persepsi masyarakat tentang bunuh diri

## PENDAHULUAN

Saat ini manusia hidup dalam dunia yang membawa realitas tentang masalah global sehari-hari. Manusia berada dalam kondisi ketakutan terhadap kelemahan atau penyakit terminal, tekanan fase perkembangan kehidupan usia baya, kemudian masalah kemandirian dan identitas gender. Hal ini memperberat kehidupan dan ketidakamanan finansial. Tekanan kehidupan di dunia seperti ini mengakibatkan individu terpaksa menggunakan koping mengarah ke tindakan bunuh diri (Doengoes, 2006). Fenomena bunuh diri pada masyarakat Indonesia meningkat pada kelompok masyarakat yang rentan terhadap stresor psikososial yaitu pengungsi, remaja dan masyarakat sosial ekonomi rendah (Darmaningtyas, 2002).

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu propinsi di Indonesia yang kasus bunuh dirinya cukup tinggi, yaitu mulai tahun 2008 sampai bulan Juli 2013 terdapat 362 kasus. Wilayah DIY terdiri dari empat kabupaten dan satu kota yaitu Kabupaten Bantul, Kulon Progo dan Gunungkidul serta Kota Yogyakarta. Dari 362 kasus bunuh diri, terdapat 163 kasus atau 45% berasal dari Kabupaten Gunungkidul, kemudian 75 kasus atau 21% dari Kabupaten Bantul. Setelah itu Kabupaten Kulonprogo dengan 56 kasus atau 16% dan Kabupaten Sleman dengan 54 kasus atau 15% serta angka bunuh diri terendah ada di Kota Yogyakarta hanya 14 kasus atau 3% (Polda DIY, 2013).

Data dari Polres Gunungkidul (2013) menunjukkan bahwa dari tahun 2009 sampai bulan Juli tahun 2013 kasus bunuh diri cukup tinggi yaitu ada 125 kasus bunuh diri. Pelaku bunuh diri di Gunungkidul ini didominasi oleh laki-laki sebanyak 74%. Jika dilihat dari sisi usia, 85% pelaku bunuh diri adalah lansia. Sedangkan metode bunuh diri didominasi dengan metode gantung diri (97%). Fenomena bunuh diri dengan metode gantung diri tersebut dalam masyarakat

Gunungkidul dikenal dengan istilah pulung gantung. Menurut Supariasa (2002), status sosial ekonomi adalah status masyarakat yang menggunakan indikator pendidikan, pekerjaan dan penghasilan sebagai tolak ukur. Individu dengan pendidikan yang tinggi tentu tidak akan mudah percaya terhadap bunuh diri. Selain itu, individu dengan penghasilan yang layak dimungkinkan untuk dapat menikmati berbagai fasilitas yang dapat menambah wawasannya, sehingga tidak akan mudah terpengaruh terhadap mitos bunuh diri.

Berdasarkan indikator kesejahteraan rakyat Kabupaten Gunungkidul tahun 2012 didapatkan bahwa status sosial ekonomi masyarakat Gunungkidul masih rendah karena masih banyak masyarakat yang tidak memiliki pekerjaan tetap. Persentase penduduk miskin yaitu 22,72%. Berdasarkan distribusi pendapatan, terdapat 40% penduduk yang berpendapatan rendah. Selain itu, sebagian besar masyarakat masih mengandalkan air tadah hujan juga untuk pertanian. Mereka hanya bisa bertani ketika musim penghujan, sehingga penghasilan mereka tidak bisa maksimal. Meskipun demikian, pelaku bunuh diri di Gunungkidul juga dilakukan oleh orang yang hidup berkecukupan yaitu mereka memiliki pekerjaan yang mapan (BPS Gunungkidul, 2012). Fenomena kejadian bunuh diri di Gunungkidul tertinggi ada di wilayah Kecamatan Karangmojo (Dinkes, 2013).

Rumusan Masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana hubungan antara religiusitas dan status sosial ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta?". Tujuan Penelitian ini adalah 1) mengetahui status sosial ekonomi masyarakat di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta; 2) mengetahui persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta; dan

3) mengetahui hubungan antara status sosial ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif korelasi. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kecamatan Karangmojo Kabupaten Gunungkidul yang berumur 55 tahun sampai dengan 60 tahun yang berjumlah 3.091 orang. Sampel yang diambil dalam penelitian ini menggunakan *random sampling* yang berjumlah 356 orang lansia dari 9 desa yang ada di kecamatan Karangmojo.

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Karangmojo I dan Puskesmas Karangmojo II. Pelaksanaan penelitian pada tgl 3-25 April 2014 di wilayah Kecamatan Karangmojo, Kabupaten Gunungkidul Propinsi DIY. Penelitian ini menggunakan sumber data primer yaitu data yang diambil langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner yang berisi tentang status sosial ekonomi dan persepsi masyarakat terhadap bunuh diri. Teknik analisis data menggunakan regresi dan korelasi parsial.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

Data yang disajikan merupakan hasil tabulasi data dari penelitian dengan responden sebanyak 356 orang. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang kemudian dideskripsikan. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 3-25 April 2014. Responden berasal dari masyarakat yang berumur 55-60 tahun di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul. Data karakteristik responden dibutuhkan untuk mengetahui latar belakang responden sehingga dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk menjelaskan hasil yang diperoleh dalam penelitian.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, agama, pendidikan dan pekerjaan. Adapun jenis kelamin responden laki-laki (70,0%) lebih banyak dibandingkan perempuan (30,0%). Usia responden sebagian besar 60 tahun (27,5%), kemudian diikuti 56 tahun (22,5%), 55 tahun (17,4%), 58 tahun (14,6%), 59 tahun (11,8%) dan terakhir 57 tahun (6,2%). Pemeluk Agama Islam mendominasi responden yaitu 98,0%. Pendidikan responden sebagian besar SMP (34,3%), kemudian diikuti SD (32,6%), SMA (25,0%) dan terakhir PT (8,1%). Pekerjaan responden sebagian besar petani (57,3%), kemudian diikuti buruh (23,0%), pegawai (14,6%) dan terakhir wiraswasta (5,1%).

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Status Sosial Ekonomi Responden Penelitian**

Status Sosial Ekonomi	Jumlah	Persentase
Rendah	6	1,69%
Sedang	284	79,78%
Tinggi	66	18,54%
<b>Jumlah</b>	<b>356</b>	<b>100,00%</b>

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Persepsi Masyarakat tentang Bunuh Diri Responden Penelitian**

Persepsi Lansia tentang Bunuh Diri	Jumlah	Persentase
Negatif	291	81,74%
Positif	65	18,26%
<b>Jumlah</b>	<b>356</b>	<b>100,00%</b>

Berdasarkan tabel 1, distribusi frekuensi status sosial ekonomi sebagian besar mempunyai kategori sedang sebanyak 79,78%, kemudian diikuti rendah sebanyak 18,54% dan terakhir tinggi sebanyak 1,69%. Terlihat bahwa kecenderungan fre-

**Tabel 3. Analisis Hubungan Status Ekonomi dan Persepsi masyarakat tentang Bunuh diri Responden Penelitian di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul**

Status Ekonomi	Persepsi lansia				p
	Positif		Negatif		
	n	%	n	%	
Tinggi	4	1,1	62	17,4	0,000
Sedang	60	16,9	224	62,9	
Rendah	1	0,3	5	1,4	
<b>Jumlah</b>	<b>65</b>	<b>18,3</b>	<b>291</b>	<b>81,7</b>	

kuensi status sosial ekonomi berada pada kategori sedang, hal ini berarti sebagian besar responden memiliki status sosial ekonomi yang sedang.

Berdasarkan tabel 2, distribusi frekuensi persepsi masyarakat (usia 55-60 tahun) tentang bunuh diri lebih banyak berada pada kategori negatif (81,74%) dibandingkan persepsi yang positif (18,26%). Melihat hasil perhitungan di atas terlihat bahwa kecenderungan frekuensi persepsi masyarakat (usia 55-60 tahun) tentang bunuh diri ada pada kategori negatif.

Berdasarkan tabel 3 di atas, terlihat bahwa nilai p hitung (0,000) yang didapat pada uji regresi lebih kecil dari p tabel (0,05) yang artinya faktor peluang kurang dari 5% maka hasil tersebut bermakna. Hal ini berarti terdapat hubungan antara status ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan status sosial ekonomi sebagian besar mempunyai kategori sedang sebanyak 79,78%, kemudian diikuti rendah sebanyak 18,54% dan terakhir tinggi sebanyak 1,69%. Melihat hasil perhitungan di atas terlihat bahwa kecenderungan frekuensi status sosial ekonomi berada pada kategori sedang, hal ini berarti sebagian besar masyarakat di Kecamatan Karangmojo Gunungkidul memiliki status sosial ekonomi yang sedang. Apabila status sosial ekonomi ini dibandingkan dengan

UMR akan sedikit berbeda, dimana masih banyak penduduk yang penghasilannya dibawah UMR.

Fenomena ini dapat dipahami bahwa dalam penelitian ini alat ukur yang digunakan untuk melihat status sosial ekonomi tidak hanya berdasarkan pada penghasilan masyarakat. Status sosial ekonomi diukur berdasarkan kuesioner dari BPS dengan mengukur penghasilan, pendidikan, kepemilikan rumah, tanah, kendaraan, alat elektronik dan lain sebagainya. Banyak masyarakat mempunyai penghasilan di bawah UMR tetapi sudah mempunyai rumah yang baik, motor bahkan mobil dan juga alat-alat elektronik lainnya. Fenomena ini dapat dipahami banyak masyarakat di Gunungkidul yang merantau dan sering sekali mengirimkan barang-barang atau uang kepada keluarga.

Status sosial merupakan kedudukan seseorang di masyarakat. Hal ini didasarkan pada pembedaan masyarakat ke dalam kelas-kelas secara vertikal, yang diwujudkan dengan adanya tingkatan masyarakat dari yang tinggi ke yang lebih rendah dengan mengacu pada pengelompokkan menurut kekayaan. Kelas sosial biasa digunakan hanya untuk lapisan berdasarkan unsur ekonomis (Sitorus, 2000). Faktor yang dianggap cukup berpengaruh terhadap sosial ekonomi adalah pendidikan, tingkat pendapatan, jumlah tanggungan dalam keluarga. Apabila dilihat dari hasil penelitian sebagian besar responden termasuk dalam kategori sedang

maka kondisi ini sejalan dengan pekerjaan responden yang sebagian besar petani (57,3%) dan tanah di Gunungkidul kurang baik untuk pertanian. Hasil yang diperoleh petani di daerah tersebut dapat dikatakan tidak cukup banyak untuk menopang kehidupannya. Di samping itu apabila dilihat dari tingkat pendidikan sebagian besar sampai pendidikan dasar saja (SD-SMP) yaitu 66,9%.

Adapun untuk persepsi pada penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi masyarakat tentang bunuh diri kategori negatif (81,74%) lebih banyak dibandingkan positif (18,26%). Ini menunjukkan sebagian besar masyarakat sudah tidak lagi menyetujui tindakan bunuh diri. Rendahnya persepsi masyarakat terhadap bunuh diri dapat dipahami sebagai sebuah keberhasilan dari peran tokoh masyarakat, agama dan pemerintah. Masyarakat tradisional sebagian besar masih sangat tergantung pada pemimpin dan pemuka agama. Sebagian besar mereka masih percaya pada agama dan berpegang teguh pada nilai-nilai agama, mereka mempunyai corak hubungan sosial yang berbeda dan khas.

Peran ulama dalam masyarakat Islam sangat menentukan untuk menjaga norma-norma yang ada, dengan berlandaskan pada aturan Islam. Posisi ulama atau kyai dalam *reference group* (kelompok referensi) sebagai rujukan utama, sehingga apapun yang dikatakan kyai akan ditaatinya. Keberadaan Pondok Al Himah yang berada di Karangmojo telah memberikan manfaat pada masyarakat sekitar. Kyai memberikan nasehat bahwa bunuh diri itu hanya takhayul belaka bertentangan dengan ajaran aham sehingga tidak perlu untuk dituruti. Masyarakat sudah banyak yang sadar akan bunuh diri sehingga persepsi menjadi negatif.

Perilaku manusia merupakan reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun bersifat kompleks. Sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan kepu-

tusan yang teliti dan beralasan. Perilaku dapat diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut (Notoatmodjo, 2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi terbagi menjadi dua bagian besar yaitu faktor eksternal (faktor yang melekat pada objeknya) dan faktor internal (faktor yang terdapat pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut). Sedangkan menurut Sunaryo (2013) faktor yang mempengaruhi persepsi adalah perhatian, kebutuhan, sistem nilai, ciri kepribadian dan gangguan kejiwaan.

Walgito (2002) mengemukakan bahwa persepsi seseorang merupakan proses aktif yang memegang peranan, bukan hanya stimulus yang mengenainya tetapi juga individu sebagai satu kesatuan dengan pengalaman-pengalamannya, motivasi serta sikapnya yang relevan dalam menanggapi stimulus. Individu dalam hubungannya dengan dunia luar selalu melakukan pengamatan untuk dapat mengartikan rangsangan yang diterima dan alat indera dipergunakan sebagai penghubung antara individu dengan dunia luar. Agar proses pengamatan itu terjadi, maka diperlukan objek yang diamati alat indera yang cukup baik dan perhatian merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam mengadakan pengamatan. Persepsi dalam arti umum adalah pandangan seseorang terhadap sesuatu yang akan membuat respon bagaimana dan dengan apa seseorang akan bertindak. Hal ini secara implisit menunjukkan bahwa persepsi tentang bunuh diri yang positif dapat mendorong seseorang untuk mempercayai bunuh diri tersebut dan akan melakukan tindakan yang diamanatkan.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan sebagian besar masyarakat mempunyai status sosial ekonomi yang sedang (87,64%) dan status sosial ekonomi mempunyai hubungan dengan persepsi tentang bunuh diri

( $p=0,000$ ). Apabila status sosial ekonomi bertambah tinggi maka persepsi masyarakat tentang bunuh diri akan negatif, begitu pula sebaliknya apabila status sosial ekonomi bertambah rendah maka persepsi masyarakat tentang bunuh diri akan positif. Menurut Supriasa (2002), status sosial ekonomi adalah status masyarakat yang menggunakan indikator pendidikan, pekerjaan dan penghasilan sebagai tolak ukur. Individu dengan pendidikan yang tinggi tentu tidak akan mudah percaya terhadap bunuh diri. Selain itu, individu dengan penghasilan yang layak dimungkinkan untuk dapat menikmati berbagai fasilitas yang dapat menambah wawasannya, sehingga tidak akan mudah terpengaruh terhadap mitos bunuh diri.

Kasus bunuh diri merupakan problematika dunia yang tidak hanya terjadi dalam satu negara. Integrasi sosial (*social integration*), derajat keterikatan manusia pada kelompok sosialnya, sebagai faktor sosial kunci dalam tindakan bunuh diri (Henslin, 2007). Pada penelitian ini ditemukan bahwa faktor sosial dalam tindakan bunuh diri adalah status sosial ekonomi. Hasil penelitian ini sesuai dengan Macharica (2014) yang mengatakan kondisi sosial ekonomi masyarakat untuk sementara ini menjadi faktor dominan penyebab utama bunuh diri di Gunungkidul. Orang bunuh diri di Gunungkidul disebabkan kehilangan pekerjaan dan mata pencaharian. Ada pula yang kehilangan sumber pendapatan secara mendadak karena migrasi, gagal panen, krisis keuangan dan bencana alam.

#### SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan dari penelitian ini yaitu status sosial ekonomi masyarakat Karangmojo, Gunungkidul sebagian besar mempunyai kategori sedang sebanyak 79,78%, sedangkan persepsi masyarakat Karangmojo, Gunungkidul tentang bunuh diri memiliki persepsi negatif (81,74%). Adapun simpulan akhir dari penelitian ini yaitu terdapat hu-

bungan antara status sosial ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Karangmojo Gunungkidul. Apabila status sosial ekonomi bertambah rendah maka persepsi masyarakat tentang bunuh diri akan positif. Dan apabila status sosial ekonomi bertambah tinggi maka persepsi masyarakat tentang bunuh diri akan negatif.

Saran bagi institusi yaitu hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan keilmuan tentang status sosial ekonomi dengan persepsi masyarakat tentang bunuh diri di Karangmojo Gunungkidul Yogyakarta. Peningkatan sosial ekonomi dapat dilakukan dengan mengembangkan potensi alam yang ada maupun pemberdayaan masyarakat baik berupa pembinaan serta peminjaman modal usaha, sedangkan untuk Keperawatan diharapkan perawat di Karangmojo Gunungkidul khususnya perawat komunitas dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan lebih mempertimbangkan sosial budaya setempat. Kemudian meningkatkan program kesehatan jiwa melalui kerja sama lintas program dan lintas sektoral untuk menurunkan kasus bunuh diri.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Walgito, Bimo. 2002. *Pengantar Psikologi Umum*. Andi Offset: Yogyakarta.
- Darmaningtyas. 2002. *Bunuh Diri Menyingskap Tragedi Bunuh Diri di Gunungkidul*. Salwa: Press: Yogyakarta.
- Dinkes. 2013. *Angka dan data Kejadian Bunuh Diri*. Gunungkidul: Dinkes Gunungkidul.
- Doenges, M. E. 2006. *Rencana Asuhan Keperawatan Psikiatri*. Marilyn Doenges, Mary C, dkk; Alih bahasa Laili Mahmuda dkk, editor edisi Bahasa Indonesia, Monika Eseler. EGC: Jakarta.

- Henslin, James K. 2007. *Sosiologi dengan Pendekatan Membumi Jilid II*. Alih Bahasa Kamanto Sunarto. Erlangga: Jakarta.
- Macharica, C. 2014. *Kemiskinan Penyebab Bunuh Diri di Gunungkidul*. Tempo online: <http://www.tempo.co/read/news/2014/03/25/173565255/Kemiskinan-Penyebab-Bunuh-Diri-di-Gunungkidul>, diakses 25 Juni 2014 jam 21.35.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Polda DIY. 2013. *Angka dan data Kejadian Bunuh Diri*. Yogyakarta: Polda Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Polres Gunungkidul, 2013. *Angka dan Data Kejadian Bunuh Diri*. Gunungkidul: Polres Gunungkidul.
- Sitorus, M. 2000. *Sosiologi*. Cahaya Budi: Bandung.
- Sunaryo. 2010. *Psikologi Untuk Keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Supariasa, I.D.N. 2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC: Jakarta.

**Indeks Subjek**  
**JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN (JKK)**  
**Volume 11, Nomor 2, Edisi Desember, 2015**

**A**

*accidental sampling*, 114  
*adverse selection*, 159  
Ahmadi, Abu. 134  
*allekke je'ne*, 106  
Analisa multivariat, 94  
Analisis Bivariat, 88  
Anemia remaja putri, 136  
*anonymity*, 98  
*appamatta*, 106  
*appassili*, 106  
Arikunto, S. 102  
Arsyad, Ansyur. 134  
Asuransi Kesehatan Miskin (Askeskin), 171  
*Average Length of Stay (ALOS)*, 163  
Azrul, Azwar 95

**B**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), 159  
baju *Bodo*, 105  
Basuki, B Purnomo. 175  
*bedside teaching (BST)*, 152  
*Benigna Prostatic Hyperplasia*, 113  
Bidan Praktik Mandiri (BPM), 154  
Block LM, Claffey C, & Korow MK, McCaffrey. 156  
Bobak 150  
BPJS Kesehatan, 160  
BPS Ny. Mujiyati, 144  
Budiasih, S. K. 102  
Bye, Barry. V., Riley, Gerald. F. 166

**C**

Carr, E. 117  
Chapman, Vicky. 150  
Charles 134

Cholifah, Noor, & Rusnoto, D. Hartinah, 156  
Clancy J & Mc. Vicar A. 175  
*clinical instructor*, 153  
Cognitive Behavioural Educational Intervention (CBEI), 114  
compulsory health insurance, 164  
confidentiality, 98

**D**

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), 178  
Dahlan, M. S. 117  
Damsar 110  
Darmaningtyas 182  
desa Baddui kecamatan Galesong, 105  
desa Bodia Takalar, 110  
Desa Joto Sanur Kecamatan Tikung Kabupaten Lamongan, 145  
Desa Nglebur Kecamatan Kedungpring Kabupaten Lamongan, 129  
Desa Randu Bolong Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan, 129  
Desa Sidorejo Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan, 127, 128  
Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 99  
Doenges, M. E. 182  
Dr. Emi Nurjasmii, 110  
Dusun Beji Kelurahan Sidoarum, 85

**E**

Economidou, E., Klimi, A., Vivilaki, V.G., & Ly 117  
El-Sadawi, N. 110  
Emilia, O. 125  
Endourologi Transuretra, 113  
*eritropoietin*, 140  
Ettner, S. L. 166  
Evelyn, Pearce. 142  
Evira, Desty. 142



## F

Fatwa MUI Nomor 9A Tahun 2008 110  
Ferdinan 175  
Fikawati, S, dan Syafiq, A. 102  
Fraser, Cooper. 150  
Freeman, S & Freeman A 117  
Friedman, M.M. 175

## G

*general reciprocity*, 107  
Gibney Michael J, Margetta Darrie N,  
Kearney John 142  
Gil K. 175  
Green, L. W, and Kreuter, M. W 95  
*Group Pratest-Postes Design*, 145  
Gunung Kidul, 97  
Guyton & Hall. 117, 175

## H

Handayani, S. 95  
Hardisman 157  
Harsono, B. 102  
Hathout, Hasan 110  
Heffner, L.J., & Schutst, D.J. 117  
*hemoglobin testing system Quick-  
Check*, 137  
Henderson, Christine. 150  
Henslin, James K. 183  
Herdman, T.H. 117  
Hidayat, A. Aziz Alimul. 134  
Hidayat, B. 166  
Hosken, Fran P. 110

## I

Ihromi, TO. 110  
Ikatan Bidan Indonesia, 109  
*immuno suppression*, 114  
*indepth interview*, 98  
*informed concent*, 98, 153  
*International Association for the Study  
of Pain (IASP)*, 115

## J

Jacobs, R., Goddard, M. 166

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 159  
Jus Jambu Biji Merah, 139

## K

Kabupaten Bantul, 178  
Kabupaten Gunungkidul, 178  
Kabupaten Kulonprogo, 178  
Kabupaten Sleman, 178  
Kabupaten Takalar, 104  
kanker seviks, 120  
Kara, C., Resorl, B., Cicekbilek., I., &  
Unsal. A. 117  
Kateterisasi urin, 169  
Kecamatan Karangmojo, 178  
kejadian bunuh diri, 178  
Kelompok Pendukung Ibu, 101  
kelompok referensi, 181  
kelompok sebaya, 101  
Keluarga Berencana, 84  
Kelurahan Bongsari, 120  
Kertonegoro, Sentanoe. 166  
Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-  
Dantés, O.,  
Kota Yogyakarta, 97, 178  
Kozier, Erb, dan Oliveri. 175  
Kulon Progo 97  
Kusmiran, Eny. 134

## L

Latipun 134  
*Length of Stay (LOS)*, 163

## M

Macharica, C. 183  
Macintyre, P.E., Schug, S.A., Scott,  
D.A., Visser, 117  
Mahon, SM. 175  
Malcolm R. Colmer, 176  
*mammata-mata*, 106  
Mars, Eric J. 134  
*mappasang baju bodo*, 106  
*Meatus urinarius*, 173  
*medulla spinalis*, 117  
Meinardus, Otto. 110  
Meleong, Lexy J. 102, 110

*menarche*, 139  
~ prekoks, 139  
*menre baruga*, 106  
mitos bunuh diri, 178  
model preceptorship, 152  
Mubarok, Waqid Iqbal. 134  
Murti, B. 2007. 167

## N

*nipasalingi*, 106  
*nipasintinggi bulaeng*, 106  
*non probability sampling*, 114, 170  
*nonrandomized pre-post test control group design*, 120  
Notoatmodjo Soekidjo. 95, 102, 125, 134, 142, 167, 183  
Novia, I dan Puspitasari, N. 142  
Nursalam 118, 142, 150, 157  
Nursyahbani, K. 110  
Nyeri persalinan, 144  
nyeri skala nomor, 170

## O

olff, Weitzel, dan Fuerst 176  
operasi orthopaedic, 114  
*opiod endogen*, 116  
oxihemoglobin, 136

## P

*peer-support*, 101  
Pelayanan Minimal Penimbangan Balita (PMPB), 84  
penelitian Quasi-experimen, 114  
peraji, 109  
Peraturan Daerah Kota Yogya No. 1 Tahun 2014, 97  
Peraturan Direksi BPJS No. 211 tahun 2014, 165  
Perry, A. & Potter, P.A., 118  
Peserta Non PBI Mandiri Jaminan Kesehatan Nasional, 160  
Polres Gunungkidul, 178  
Pos Pelayanan Terpadu, 84  
*post test only control group design*, 114, 169

Pra-Eksperiment one Group Pra-test-Posttest Design, 137, 145  
preceptorship model, 152  
Program Pemberian ASI Eksklusif, 97  
Prostat, 113  
*Psidium Guajava*, 141  
*purposive sampling*, 98  
Putri, T.H., 157

## Q

quasi eksperimen, 169

## R

Rahat, Agus. 125  
Rahmawati & Satino, 157  
Realita, F. 125  
Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P, Ramon, 167  
*reference group*, 181  
Repeated Measure Anova, 124  
Retnosari 125  
Riley, Gerald. 167  
Ristiani, Musyarofah, Ruli Nurdina Sari dan Dian P 111  
Riyadi, M.E. 176  
Rohani, Saswita Reni, Marisah. 150  
Roper, N. 150  
RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 170  
RS Rajawali Citra Bantul Yogyakarta, 160

## S

Saltman, Richard B., Busse, R., Figueras, J. 167  
Sanderson, S.K. 111  
sanrau, 108  
Schanne, F.J., 118  
Seguro Popular, 159  
SEP (Surat Eligibilitas Peserta), 163  
Septalia, R.E. 125  
Sherwood, Lauralee. 176  
Sianturi, C. 142  
Simkin, Peny P.T. 150

Simple Random Sampling, 128, 145  
Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN),  
159  
Sitorus, M. 183  
SKPD, 100  
social insurance, 164  
social integration, 182  
status kesehatan yang rendah, 159  
STIKes Muhammadiyah Lamongan, 142  
Sucipto, E. 95  
Sugiyono 102  
Suharsimi, A. 84, 95  
Sukmadinata 125  
Sulistyaningsih 102  
Sumarni, D.W, Siti Aisyah dan Madarina  
Julia. 111  
Sumber Daya Kesehatan, 87  
Survai Demografi dan Kesehatan Indone-  
sia, 84  
Survei Kesehatan Rumah Tangga, 136  
Survei Sosial Ekonomi, 127  
Syahreni, E. & Waluyanti, F.T., 157

## T

teori Green, 89  
Taylor & Amp, Le Mone. 176  
teori Green 89  
Thabrany, H. 167  
total sampling, 160  
tradisi sunat perempuan, 104  
*trans-urethral resection of the prostate*  
(TURP), 113  
trauma sequelae, 128

## U

uji Mann Whitney, 170, 174  
uji repeated measure annova , 121  
Uji Spearman rank, 128  
uji Wilcoxon Sign Rank Test, 145  
UNICEF, 100  
*universal health coverage*, 159  
upacara Appasunna, 104  
upacara ripabbajui, 106  
USDA Nutrient Database, 141

## V

Varney, Hellen. 150

## W

Wahyuni, Tatik. 176  
Walgito, Bimo. 182  
Walsh, Linda V. 150  
Warta Komunitas 111  
Warta Perempuan 111  
Wasson, D. 118  
Wibowo, J.R. 118  
Wirawan, Sarlito Sarwono 134  
Wong, EML, Chan SWC and Chair SY.  
118

## Y

Yulia 134  
Yusiana, M.A. & Damayanti, N.A., 157  
Yusnaini, Y. 142  
Yusuf, Syamsu. 134

## Z

Zatzick D.F & Dimslade J.E. 176

**Indeks Pengarang**  
**JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN (JKK)**  
**Volume 11 Tahun 2015**

Amirul Amalia, 126	Mufdlilah, 96
Andina Vita Sutanto, 7	Nepi Vilanti Eka Ratnasari, 143
Anggun Trisnasari, 1	Nurasnah Sitohang, 64
Atnesia Ajeng, 25	Qoriesa Septina Dewi, 1
Dian Anggraini, 96	Rastifiati, 12
Diyah Candra Anita, 168	Rosmita Nuzuliana, 151
Ellyda Rizki Wijhati, 18	Sarwinanti, 35
Endang Koni Suryaningsih, 51	Sjafiq, 51
Enny Fitriahadi, 83	Sri Nabawiyati Nurul Makiyah, 12
Esitra Herfanda, 151	Sri Sularsih Endartiwi, 158
Farida Linda Sari Siregar, 64	Sri Wahyuni, 119
Islamiyatur Rokhmah, 103	Sulistiyowati, 135
Ita Susanti, 64	Titin Martini, 25
Kharisah Diniyah, 151	Tiwi Sudyasih, 177
Kurniasari Pratiwi, 7	Ummu Hani, 103
Kustiningsih, 168	Wafi Nur Muslihatun, 41
Lilin Turlina, 143	Wantonoro, 112
M. Dahlan, 112	Yuni Fitriana, 7
Mamat Lukman, 177	Yuni Purwati, 73
Mina Yumei Santi, 41	Yusi Riwayatul Afsah, 12

**Daftar Nama Mitra Bebestari**  
**Sebagai Penelaah Ahli**  
**Tahun 2015**

Untuk penerbitan Volume 11 tahun 2015, Edisi Desember 2015, semua naskah yang disumbangkan kepada Jurnal Kebidanan dan Keperawatan (JKK) telah ditelaah oleh mitra bebestari (*peer reviewers*) berikut ini:

1. Wiwi Karnasih (STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta)
2. Heni Dwi Windarwati (Universitas Brawijaya)
3. Leni Latifah (Balai Penelitian dan Pengembangan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium Kemenkes Republik Indonesia)
4. Restu Syamsul Hadi (Universitas Fakultas Kedokteran Yarsi Jakarta)

Penyunting Jurnal Kebidanan dan Kebidanan (JKK) menyampaikan penghargaan setinggi-tingginya dan terimakasih sebesar-besarnya kepada para mitra bebestari tersebut atas bantuan mereka.

## **Petunjuk bagi Penulis**

### **JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN**

1. Artikel yang ditulis dalam Jurnal Kebidanan dan Keperawatan meliputi hasil penelitian di bidang kebidanan dan keperawatan. Naskah diketik dengan program Microsoft Word, huruf Times New Roman, ukuran 12 pts, dengan spasi At least 12 pts, dicetak pada kertas A4 sepanjang lebih kurang 20 halaman dan diserahkan dalam bentuk *Print-Out* sebanyak 2 eksemplar beserta softcopynya. Pengiriman file juga dapat dilakukan sebagai Attachment e-mail ke alamat: bp3m\_stikesayo@yahoo.com
2. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Sistematika artikel hasil penelitian adalah judul, nama penulis, abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode penelitian, hasil dan pembahasan, simpulan dan saran, serta daftar pustaka.
3. Judul artikel tidak boleh lebih dari 20 kata. Judul dicetak dengan huruf kapital di tengah-tengah, dengan ukuran huruf 14 poin.
4. Nama penulis artikel dicantumkan tanpa gelar akademik, disertai lembaga asal, dan ditempatkan di bawah judul artikel. Jika naskah ditulis oleh tim, maka penyunting hanya berhubungan dengan penulis utama atau penulis yang namanya tercantum pada urutan pertama. Penulis utama harus mencantumkan alamat korespondensi atau e-mail.
5. Abstrak dan kata kunci ditulis dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Panjang masing-masing abstrak maksimal 150 kata, sedangkan jumlah kata kunci 3-5 kata. Isi abstrak mengandung tujuan, metode, dan hasil penelitian.
6. Bagian pendahuluan berisi latar belakang, konteks penelitian, hasil kajian pustaka, dan tujuan penelitian. Seluruh bagian pendahuluan dipaparkan secara terintegrasi dalam bentuk paragraf-paragraf.
7. Bagian metode penelitian berisi paparan dalam bentuk paragraf tentang rancangan penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, dan analisis yang secara nyata dilakukan peneliti.
8. Bagian hasil penelitian berisi paparan hasil analisis yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Setiap hasil penelitian harus dibahas. Pembahasan berisi pemaknaan hasil dan perbandingan dengan teori dan/atau hasil penelitian sejenis.
9. Bagian simpulan berisi temuan penelitian yang berupa jawaban atas pertanyaan penelitian atau berupa intisari hasil pembahasan. Simpulan disajikan dalam bentuk paragraf. Saran ditulis secara jelas untuk siapa dan bersifat operasional. Saran disajikan dalam bentuk paragraf.
10. Daftar rujukan hanya memuat sumber-sumber yang dirujuk, dan semua sumber yang dirujuk harus tercantum dalam daftar rujukan. Sumber rujukan minimal 80% berupa rujukan terbitan 10 tahun terakhir. Rujukan yang digunakan adalah sumber-sumber primer berupa artikel-artikel penelitian dalam jurnal atau laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi). Artikel yang dimuat di Jurnal Kebidanan dan Keperawatan disarankan untuk digunakan sebagai rujukan.
11. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama akhir, tahun). Pencantuman sumber pada kutipan langsung hendaknya disertai keterangan tentang nomor halaman tempat asal kutipan. Contoh: (Davis, 2003: 47).
12. Daftar rujukan disusun dengan tata cara seperti contoh berikut ini dan diurutkan secara alfabetis dan kronologis.

**Buku:** Smeltzer, Suzane C. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth. Edisi 8. EGC: Jakarta.

**Buku kumpulan artikel:** Saukah, A. & Waseso, M.G. (Eds). 2002. Menulis Artikel untuk Jurnal Ilmiah (edisi ke - 4, cetakan ke-1). Malang: UM Press.

**Artikel dalam buku kumpulan artikel:** Russel, T. 1998. An Alternative Conception: Representing Representation. Dalam P.J. Black & A. Lucas (Eds). *Children's Informal Ideas in Science* (hlm. 62-84). London: Routledge.

**Artikel dalam jurnal atau majalah:** Kansil, C.L. 2002. Orientasi Baru Penyelenggaraan Pendidikan Program Profesional dalam memenuhi Kebutuhan Industri. *Transport*, XX (4): 57-61.

**Artikel dalam koran:** Pitunov, B. 13 Desember, 2002. Sekolah Unggulan atukah Sekolah Pengunggulan, *Jawa Post*, hlm. 4 & 11.

**Tulisan/berita dalam koran (tanpa nama pengarang):** Jawa Pos. 22 April, 2006. Wanita Kelas Bawah Lebih Mandiri, hlm. 3.

**Dokumen resmi:** Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa. 1997. Pedoman Penulisan Pelaporan Penelitian. Jakarta : Depdikbud. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 tentang Sistem Pendidikan Nasional. 1990. Jakarta: PT Ammas Duta Jaya.

**Skripsi, tesis, disertasi, laporan penelitian:** Sudyasih, T. 2006. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberculosis Paru Dengan Sikap Orang Tua Anak (0-10 Tahun) Penderita Tuberculosis Paru Selama Menjalani Pengobatan di Puskesmas Piyungan Bantul Tahun 2006. Skripsi Diterbitkan. Yogyakarta: PSIK-STIKES 'ASYIYAH YOGYAKARTA.

**Makalah seminar, lokakarya, penataran:** Waseso, M.G. 2001. Isi dan Format Jurnal Ilmiah. Makalah disajikan dalam Seminar Lokakarya Penulisan Artikel dan Pengelolaan Jurnal Ilmiah, Universitas Lambungmangkurat, Banjarmasin, 9-11 Agustus 2001.

**Internet (karya individual):** Hitchcock, S., Carr, L. & Hall, W. 1996. A Survey of STM Online Journals, 1990-1995: The Calm before the Storm, (Online), (<http://journal.ecs.soton.ac.uk/survey/survey.html>), diakses 12 Agustus 2006.

**Internet (artikel dalam jurnal online):** Kumaidi, 2004. Pengukuran Bekal Awal Belajar dan Pengembangan Tesnya. *Jurnal Ilmu Pendidikan*. (online), Jilid 5, No. 4, (<http://www.malang.ac.id>), diakses 20 Januari 2000.

13. Tata cara penyajian kutipan, rujukan, tabel, gambar pada artikel berbahasa Indonesia menggunakan Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan (Depdikbud, 1987).
14. Semua naskah ditelaah secara anonim oleh mitra bestari (*reviewers*) yang ditunjuk oleh penyunting menurut bidang kepakarannya. Penulis artikel diberi kesempatan untuk melakukan perbaikan (revisi) naskah atas dasar rekomendasi/saran dari mitra bebestari atau penyunting. Kepastian pemuatan atau penolakan naskah akan diberitahukan secara tertulis.
15. Segala sesuatu yang menyangkut perizinan pengutipan atau penggunaan *software* komputer untuk pembuatan naskah atau ihwal lain yang terkait dengan HaKI yang dilakukan oleh penulis artikel, berikut konsekuensi hukum yang mungkin timbul karenanya, menjadi tanggungjawab penuh penulis artikel.
16. Sebagai prasyarat bagi pemrosesan artikel, para penyumbang artikel wajib menjadi pelanggan minimal selama satu tahun (dua nomor). Penulis menerima nomor bukti pemuatan sebanyak 2 (dua) eksemplar dan cetak lepas sebanyak 2 (dua) eksemplar. Artikel yang tidak dimuat tidak akan dikembalikan, kecuali atas permintaan penulis.



