ISBN : 978-602-14143-0-9

PROSIDING

SEMINAR NASIONAL

Yogyakarta, 6-7 Desember 2012

Peningkatan Kualitas Pendidikan Bidan Indonesia Menuju Pelayanan Prima

Dewan Editor :
dr. Mubasysyr Hasanbasri, MA
Fitriani Mediastuti, S.Si, M.Kes
dr. Mahindria Vici Virahayu, SpOG

Diterbitkan oleh:

AKADEMI KEBIDANAN YOGYAKARTA
Jl. Parangtritis Km. 6, Sewon, Bantul, Yogyakarta.
Telepon/Fax: (0274) 371345
Website: http://www.akbidyo.ac.id Email: info@akbidyo.ac.id

KATA PENGANTAR

dengan memanjatkan puji dan syukur kepada alloh SWt, maka selesailah penyusunan prosiding "**Seminar Nasional Peningkatan Kualitas Pendidikan Bidan Indonesia Menuju Pelayanan Prima**". seminar ini merupakan forum komunikasi dan konsultasi antar berbagai pihak yang terkait di bidang keehatan khususnya kebidanan. seminar ini dihadiri oleh perwakilan pendidik / dosen di beberapa institusi pendidikan kebidanan di indonesia.

Profesi bidan erat kaitannya dengan kualitas kesehatan perempuan. indikator kesehatan suatu negara pun disadari atau tidak, sangat berkaitan dengan profesi bidan. angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia yang tidak berkurang secara signifikan selama bertahun-tahun, bukan tidak mungkin justru berkaitan dengan penurunan kualitas bidan, sebagai pengawal garda depan kesehatan perempuan dan anak.

tidak dapat dipungkiri, bahwa profesi bidan cukup menjanjikan masa depan yang cerah. kondisi tersebut menyebabkan banyak spekulan bermodal yang terjun ke pendidikan bidan dengan cara berlomba-lomba mendirikan sekolah bidan. dengan dalih upaya meningkatkan derajat kesehatan, maka berdirilah berbagai macam sekolah bidan, diikuti dengan lulusnya beribu-ribu bidan, dengan potensi masalah kualitas lulusan yang cukup besar. Banyaknya jumlah sekolah bidan, tidak secara otomatis diikuti peningkatan kualitas pendidikan, sehingga tentu saja terjadi penurunan kualitas lulusan. kesulitan menjangkau sebagian komunitas yang berada di daerah terpencil juga menambah persoalan tersendiri. kondisi tersebut menjadi semacam lingkaran yang tak berkesudahan, dan menyebabkan indonesia semakin terpuruk, ditinjau dari segai kualitas kesehatan masyarakatnya.

kegiatan workshop dan seminar nasional merupakan upaya menyamakan persepsi dan merumuskan bersama pola pendidikan bidan yang berkualitas sehingga lembaga pendidikan dapat menghasilkan lulusan yang berkualitas dan berkarakter baik. narasumber pada workshop ini berasal dari kementrian kesehatan, kementrian Pembangunan daerah tertinggal, direktorat Pendidikan tinggi (dikti), asosiasi institusi Pendidikan kebidanan indonesia (aiPkind), ikatan Bidan indonesia (iBi), dan Perkumpulan obstetri dan ginekologi indonesia (Pogi). narasumber dari kementrian kesehatan diharapkan dapat memberi gambaran umum antara lain tentang proyeksi kebutuhan bidan di masa depan dan pentingnya bidan berkualitas bagi peningkatan kesehatan ibu dan anak. Pembicara dari kementrian Pembangunan daerah tertinggal membahas peranan bidan berkualitas bagi percepatan penyetaraan daerah tertinggal. Pembicara dari dikti, aiPkind, iBi, Pogi mengevaluasi standar pendidikan bidan versi WHo, disesuaikan dengan kondisi di indonesia. Pada akhir workshop, diharapkan terbentuk kemitraan pendidik bidan seluruh indonesia dan kesepakatan bersama tentang pola pendidikan bidan yang berkualitas. kemitraan pendidik bidan dibentuk dalam upaya membentuk kebersamaan antar institusi pendidikan bidan dalam hal penelitian, pertukaran informasi, pertukaran mahasiswa dan pengembangan pendidikan. kesepakatan bersama tentang pola

pendidikan bidan indonesia selanjutnya akan diajukan ke dikti, sebagai usulan bagi penyusunan peraturan tentang kualitas institusi pendidikan bidan indonesia.

sebagai bentuk nyata pelaksanaan tri dharma Perguruan tinggi, institusi pendidikan menampilkan hasil penelitian di bidang pendidikan ataupun pelayanan. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk poster, yang dipasang sejak hari pertama. Peserta mempresentasikan hasil penelitiannya, siap disamping poster masingmasing sesuai jadwal penayangan. kemudian naskah yang sudah dipresentasikan ini dibuat sebuah prosiding.

Prosiding ini disusun dari kumpulan naskah yang dikirim oleh peserta dan disampaikan dalam *poster presentation* yang terbagi menjadi tiga topik: pendidikan kebidanan, kesehatan reproduksi, promosi kesehatan.

akhirnya kami ucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya atas kerjasama dari semua pihak dalam penyelenggaraan seminar dan prosiding.

yogyakarta, 10 Maret 2013

Panitia

DAFTAR ISI

PENDIDIKAN KEBIDANAN

1. Praktik Merujuk neonatal oleH Bidan desa di aCeH
   Fazdria, Mubasysyir Hasanbasri, Jauhar Ismail 1
2. iMProVing Maternal and CHild HealtH tHrougH Continuity Model oF Care WitHin MidWiFery grouP PraCtiCe
   Cesa Septiana Pratiwi 9
3. deteksi dini kanker leHer raHiM Melalui tes iVa di PuskesMas jaten ii kaBuPaten karanganyar
   Ropitasari, Sri Mulyani, Kundharu Saddhono dan Soetrisno 16

KESEHATAN REPRODUKSI

1. analisis keButuHan Pelayanan keseHatan reProduksi: studi kasus Pada reMaja korBan kekerasan seksual
   Fitriani Mediastuti, Mubasysyr Hasanbasri 21
2. PengaruH Penggunaan Media PeMBelajaran dan Minat Belajar terHadaP keteraMPilan PsikoMotorik dalaM PeMBelajaran senaM niFas Pada MaHasisWa keBidanan
   Endah Retno Dewi, Bhisma Murti, Putu Suriyasa 29
3. PengaruH PenyuluHan keseHatan reProduksi reMaja terHadaP PengetaHuan organ reProduksi dan sikaP dalaM MeraWatnya Pada sisWa kelas Vii sMP negeri 6 surakarta
   Diyah Paramita Nugraha, Nunuk Suryani, Pancrasia K. Murdani 37
4. HuBungan PengetaHuan dan Peran ganda Wanita usia MenoPause dengan Perilaku Mengatasi keluHan MenoPause
   Meilia Siti Fatimah, Didik Gunawan Tantomo, Putu Suriyasa 43
5. HuBungan usia MenoPause dengan usia MenarCHe, Paritas dan usia MelaHirkan terakHir Pada Wanita MenoPause di keluraHan rejosari PringseWu laMPung
   Hikmah Ifayanti 50

PROMOSI KESEHATAN

1. PolaasuH dan ekonoMi keluarga Balita giZi Buruk di WilayaH kerja PuskesMas sanden kaBuPaten Bantul ProPinsi daeraH istiMeWa yogyakarta
   Waryana 57
2. analisis PeMBerian Makanan PendaMPing air susu iBu terHadaP kenaikan Berat Badan Balita usia 7-24 Bulan
   Indah Tunjung Arini, Sitti Noor Zaenab, Nining Tunggal Sri Sunarti 68
3. tingkat PengetaHuan dan sikaP iBu dengan Praktik iBu dalaM MeneraPkan *TOILET TRAINING*
   Cahyaning Setyo Hutomo, Samsi Haryanto, Pancrasia K. Murdani 73

PRAKTIK MERUJUK NEONATAL OLEH BIDAN DESA DI ACEH

Fazdria, Mubasysyir Hasanbasri, Jauhar Ismail
universitas gadjah Mada yogyakarta

ABSTRAK

Latar belakang: Bidan yang ditempatkan di pedesaan dan di daerah terpencil menjalankan fungsi utama sebagai *primary care provider*. sebagai bagian dari sistem rujukan, mereka bertindak sebagai *gate keeper* bagi mereka yang membutuhkan layanan lanjutan. kegagalan fungsi ini merupakan kunci dalam terjadinya komplikasi penyakit dan kematian anak. Meskipun menjadi tanggung jawab profesionalisme dan karena kepentingan pasien, merujuk dapat dihambat oleh pengaruh motivasi keuangan dan dukungan sistem. dalam sistem provider yang masing-masing tenaga kesehatan berdiri sendiri-sendiri, tenaga kesehatan bertindak sebagai tenaga yang saling berkompetisi memperoleh pasien. Penelitian ini bermaksud mempelajari: apakah bidan di langsa merujuk ibu yang datang dengan kasus neonatus dan apakah perujukan terkait dengan profesionalisme bidan dan ketersediaan transportasi.
Metode: survei ini dibuat terhadap 83 bidan yang tinggal di desa di kotamadya langsa aceh pada bulan januari sampai Maret 2010. sampel merupakan 60 persen dari jumlah bidan desa yang ada di daerah ini.
Hasil: lima puluh delapan persen bidan pernah merujuk kasus neonatus. Penelitian ini mengukuhkan bahwa perujukan kasus neonatal terkait dengan pertimbangan kepentingan pasien. Penelitian ini tidak menemukan bukti tentang pengaruh kerja sama dalam proses rujukan. Meskipun demikian, tindakan merujuk juga ditentukan oleh kedekatan dengan fasilitas kesehatan. ada tidaknya transportasi ambulans dan status asuransi tidak berhubungan proses perujukan. Variabel yang mempunyai kontribusi paling besar berpeluang terhadap perilaku praktik merujuk adalah variabel pendidikan 3.17 (95% Ci; 2.30-4.37).
Kesimpulan: Penelitian ini memperlihatkan bahwa merujuk ke fasilitas yang lebih profesional merupakan praktek yang umum dari bidan desa di kota langsa aceh. Mereka tidak hanya ditentukan oleh tanggung jawab profesi, tetapi juga oleh jarak dan kemudahan transportasi. Penelitian menganjurkan agar ada suatu mekanisme yang memungkinkan puskesmas dan rumah sakit mengelola kerja sama dengan bidan. Bidan harus dikelola agar lebih terintegrasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih profesional di tingkat yang lebih tinggi.

PENDAHULUAN

tingginya angka kematian anak di seluruh dunia disebabkan oleh kasus neonatal sebesar 33%[1]. untuk mencegah kasus neonatal diperlukan tindakan pencegahan dengan cara intervensi pencegahan seperti pemberian imun tetanus, penolong yang bersih, tempat bersih, alat serta intervensi sistem rujukan cepat[2]. angka kematian neonatal di nanggroe aceh darusalam sebesar 14/1000 kelahiran[3]. angka kematian neonatal di kota langsa sebesar (6,7%) dan bayi komplikasi yang mengakibatkan meninggal sebanyak 30 kasus (17,96%) dari 233 kasus. jumlah neonatal yang dirujuk ke rumah sakit sebanyak (1,6%). rendahnya angka rujukan kasus neonatal mencerminkan lemahnya pelayanan rujukan yang diberikan kepada masyarakat. Manajemen rujukan yang diterapkan ialah meningkatkan kualitas pelayanan rujukan dan melakukan identifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian kematian. Faktor dominan adalah kurangnya pelayanan rujukan yang berkualitas dalam penanganan komplikasi dan tidak tersedianya regulasi yang mengatur prosedur tindakan kegawatan obstetrik dan pediatrik[4].

Permasalahan proses rujukan meliputi mutu pelayanan yang kurang baik, motivasi petugas dan keterbatasan tenaga kesehatan yang terampil. keadaan ini perlu meningkatkan sistem pelayanan ke tempat lebih tinggi

sehingga penanganannya menjadi lebih adekuat[5]. diperlukan peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal di rumah sakit rujukan, khususnya kemampuan tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat yang berkualitas[6]. Bidan desa mampu membuat jaminan askes pelayanan rujukan kasus-kasus darurat kebidanan dengan unit pelayanan lebih lengkap, menjalin pelimpahan melalui pelaksanaan rujukan, audit maternal dan neonatal dengan pusat rujukan[7]. Bidan dalam merujuk pasien harus memperhatikan kriteria-kriteria yang menyebabkan pasien tersebut di rujuk. Pengetahuan, keterampilan, motivasi dan perilaku mempunyai hubungan dengan perilaku profesional bidan[8].

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan data terhadap variabel *independent* (bebas) dan variabel *dependent* (terikat) dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. Penelitian dilakukan di kota langsa Provinsi nanggroe aceh darusalam (nad). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh bidan desa yang bekerja di kota langsa. sampel penelitian adalah bidan desa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *sistematic random sampling*. Perkiraan besar sampel menggunakan *software sampel size determination in health studies versi 2.0*. Besar sampel sebanyak 83 bidan desa. Variabel penelitian meliputi variabel bebas yaitu: pendidikan, pelatihan lama bekerja, motivasi, transportasi, dan biaya. Variabel terikat adalah praktik merujuk kasus neonatus. instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang meliputi kuesioner identitas responden (data pribadi), kuesioner identitas pencacah, kuesioner praktik merujuk, kuesioner transportasi dan kuesioner biaya. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara. analisis data dilakukan dengan uji statistik *chi-square*, *risk prevalence* dengan *confident interval* (Ci) 95% dengan tingkat kemaknaan p <0,05. analisis multivariabel dilakukan dengan uji statistik regresi logistik ganda dengan tingkat kemaknaan p < 0,05 dan rasio *prevalence* dengan *confidence interval* (Ci) 95%. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

responden adalah bidan desa yang bertempat tinggal di wilayah kerja dinas kesehatan kota langsa, bertanggung jawab terhadap satu atau lebih desa binaan di wilayah kerja yang didasarkan pada keputusan kepala dinas kesehatan kota langsa. tabel 1 menunjukkan bahwa responden berpendidikan d iii/iV 56.63%, pernah mendapatkan pelatihan 54.22%, masa kerja < 5 tahun 53.01%, mendapat motivasi 51.81%. tidak tersedianya transportasi rujukan 56.62% dan tidak tersedia biaya rujukan 61.45% serta melakukan rujukan 57.83%.

Determinan Praktek Merujuk

Terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan, pelatihan, masa kerja, motivasi, transportasi dengan praktik merujuk kasus neonatus (p = < 0.05). tidak terdapat hubungan yang signifikan antara biaya dengan praktik merujuk kasus neonatus (p = 0.817).

Pemodelan regresi logistik, secara statistik dan praktis model 4 lebih efektif dan efisien dalam memberikan kontribusi terhadap praktek merujuk kasus neonatus. jika dilihat dari

Tabel 1: Praktik merujuk menurut pendidikan, pelatihan, masa kerja, motivasi, transportasi dan biaya

Variabel	Praktik merujuk		X2	p	RP	cI 95%
	Merujuk	Tidak merujuk				
Pendidikan						
diii/iV	35 (74.47%)	12 (25.53%)	12.30	0.000	2.06	1.29-3.28
PPB-a/C	13 (36%)	23 (63.89%)				
Pelatihan						
ada	31 (68.89%)	14 (31.11%)	4.93	0.026	1.53	1.02-2.30
tidak ada	17 (44.74%)	21 (55.26%)				
Masa kerja						
≥ 5 tahun	29 (74.36%)	10 (25.64%)	8.24	0.004	1.72	1.17-2.53
< 5 tahun	19 (43.18%)	25 (56.82%)				
Motivasi						
ya	33 (76.74%)	10 (23.26%)	13.09	0.000	2.04	1.32-3.15
tidak	15 (37.50%)	25 (62.50%)				
Transportasi						
ada	27 (75.00%)	9 (25.00%)	7.68	0.006	1.67	1.15-2.42
tidak	21 (44.68%)	26 (55.32%)				
Biaya						
ada	18 (56.25%)	14 (43.75%)	0.05	0.817	0.95	0.65-1.40
Biaya	30 (58.82%)	21 (41.18%)				
total	48 (58%)	35(42%)				

Keterangan χ2 = Chi square; P = p-value; RP = rasio prevalensi; CI = Confidence interval

Tabel 2: Analisis multivariabel hubungan antara pendidikan, pelatihan, masa kerja, motivasi dan transportasi dengan praktik merujuk kasus neonatus

ciri responden	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	RP 95% cI	RP 95% cI	RP 95% cI	RP 95% cI
Pendidikan				
diii/iV	1.84*		2.08*	3.17*
PPB-a/C	1.20-2.84		1.31-3.14	2.30-4.37
Pelatihan				
ada		1.81*		2.70*
tidak ada		1.29-2.54		1.96-3.73
Masa kerja				
≥ 5 tahun	1.46*			2.72*
< 5 tahun	1.04-2.06			1.97-3.75
Motivasi				
ya		2.31*		2.02*
tidak		1.55-3.45		1.46-2.78
Transportasi				
ada			1.64*	1.28*
tidak			1.20-2.25	1.09-1.50
deviance	69.583	69.959	69.879	61.300
r2 (%)	0.063	0.058	0.059	0.174

Keterangan RP = rasio prevalensi; CI = confidence interval; R2 = koefisient determinant; * = level of significant at 0.05

aspek risiko, variabel dominan berpeluang terhadap praktik merujuk kasus neonatus adalah pendidikan (rP= 3.17; 95% Ci; 2.30-4.37). Variabel pendidikan, pelatihan, masa kerja, motivasi dan transportasi dapat memprediksi terjadinya praktik merujuk kasus neonatus sebesar 17,4% yang ditunjukan dengan nilai r2 = 0.174.

Pembahasan

Penelitian dilakukan terhadap 83 bidan desa, yang diperoleh hasil bahwa proporsi

responden yang melakukan praktik merujuk kasus neonatus sebesar 57.83%, pendidikan d iii/iV 56.63%, pernah mendapatkan pelatihan 54.22%, masa kerja < 5 tahun 53.01%, mendapat motivasi 51.81%, tidak ada transportasi 56.62%, tidak ada biaya 61.45%.

salah satu faktor yang menyebabkan relatif tingginya praktik merujuk kasus neonatus yang disebabkan oleh keterlambatan mendapatkan akses pelayanan kesehatan. kondisi yang membuat pemanfaatan akses pelayanan kesehatan yang kurang optimal di kota langsa dapat disebabkan oleh kondisi geografis dan sarana transportasi yang susah didapat sehingga pemanfaatan sarana kesehatan kurang optimal.

sarana transportasi yang disediakan oleh dinas kesehatan relatif masih minimal dan beberapa kasus rujukan neonatus alat transportasi yang digunakan berasal dari pasien sendiri dan masyarakat sekitar bidan desa. keadaan ini yang merupakan salah satu faktor yang menyebabkan keterlambatan rujukan kasus neonatus karena tidak tersedianya transportasi. Hal ini merupakan salah satu keluhan bagi rumah sakit yang menerima rujukan karena dihadapkan pada kondisi pasien yang kritis sehingga saling menyalahkan jika terjadi kasus kematian akibat keterlambatan mendapatkan pelayanan.

sarana berupa alat transportasi yang dibutuhkan untuk melakukan pelayanan rujukan ke rumah sakit merupakan faktor determinan yang sangat penting dalam pemanfaatan pelayanan rujukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 58% yang memanfaatkan pelayanan bertempat tinggal dalam jarak lima kilometer dari tempat tinggal ke pelayanan kesehatan. akses ke tempat pelayanan kegawatdaruratan sulit dijangkau oleh pasien dengan komplikasi yang bertempat tinggal di daerah terpencil[9].

Pentingnya pelayanan kesehatan ditangani oleh tenaga ahli yang berpengalaman dan mampu menggunakan waktu dalam penyelesaian kasus emergensi. Program-program kesehatan ibu dan anak khususnya selama proses kehamilan bermanfaat untuk mempersiapkan persalinan yang aman[10].

Perhatian pemerintah khususnya alokasi anggaran untuk peningkatan sumber daya manusia yang menitikberatkan pada provinsi nad sebagai provinsi yang dilanda gempa dan sunami dalam program rehabilitasi dan rekonstruksi. selain bantuan pemerintah banyak ngo yang silih berganti berdatangan pasca gempa yang memberikan perhatian terhadap peningkatan sumber daya manusia khususnya bidan dalam penanganan maternal dan neonatal.

strategi penempatan bidan di desa dapat menurunkan jumlah pasien dengan komplikasi yang dirujuk ke rumah sakit[11]. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar beserta jajarannya harus dilengkapi dengan keterampilan personil serta peralatan yang cukup untuk pertolongan pertama pada kedaruratan obstetri[9] .

Masih minimnya sarana transportasi yang tersedia untuk praktik merujuk dapat disebabkan oleh masih rendahnya anggaran untuk sarana dan prasarana. anggaran yang selama ini ada lebih banyak untuk kegiatan peningkatan kapasitas sumber daya manusia. selain itu rujukan bukan merupakan program prioritas sehingga alokasi anggaran untuk kegiatan merujuk kasus relatif minimal. upaya penanganan kasus neonatal memerlukan komitmen yang tinggi bagi pemerintah yang dapat diujudkan dengan alokasi penganggaran untuk kegiatan praktik merujuk kasus neonatus.

teori perubahan perilaku khususnya pada aspek faktor penguat (*reinforcing*). Pada faktor penguat (*reinforcing factor*) tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. sumber penguat tergantung pada tujuan dan jenis program. di dalam pendidikan bidan factor penguat dapat berasal dari diri bidan karena pendidikan yang dimiliki[12].

sistem rujukan di negara berkembang merupakan komponen yang penting dalam sistem kesehatan[9]. sistem rujukan sangat penting untuk penanganan kegawat daruratan obstetrik. sistem rujukan merupakan salah satu intervensi untuk penanganan kegawat daruratan obstetrik dan mengurangi komplikasi dari kegawat daruratan obstetrik[13].

Pelatihan yang diikuti oleh bidan berdampak pada peningkatan pengetahuan bidan dan praktik bidan khususnya praktik merujuk sehingga adanya pengetahuan dan ketrampilan diaplikasikan dalam tindakan yang nyata di lapangan[14]. terdapat hubungan yang signifikan antara pelatihan dengan peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan praktik merujuk[15].

teori perilaku menyatakan bahwa kesehatan individu dan masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu perilaku dan non-perilaku. Perilaku ditentukan oleh tiga kelompok faktor meliputi: faktor predisposisi, faktor pemungkinan dan faktor penguat. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seorang atau kelompok untuk bertindak. sedangkan secara umum faktor predisposisi ialah preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok kedalam suatu pengalaman belajar. Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. sumber daya meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia klinik atau sumber daya yang serupa itu. Faktor penguat (*reinforcing factor*) tergantung pada tujuan dan jenis program. di dalam pendidikan pasien, faktor menguat bisa berasal dari perawat, bidan dan dokter, pasien lain dan keluarga[12].

Peningkatan sumber daya manusia dan pengunaan teknologi informasi sangat menunjang dalam proses rujukan. selain itu kondisi geografi, budaya dan transportasi serta karakteristik penduduk mempengaruhi model sistem rujukan[9]. terdapat perbedaan yang signifikan antara bidan yang menerapkan sistem rujukan dengan bidan yang tidak menerapkan sistem rujukan terhadap pertolongan resusitasi sebelum dirujuk[13].

keputusan seorang bidan dalam merujuk kasus neonatus yang ditangani dapat dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman dalam menangani kasus neonatus sebelumnya [16]. adanya referensi tempat rujukan yang telah disiapkan oleh bidan selama proses persalinan mempermudah bidan dalam praktik merujuk kasus neonatus selain kemudahan yang lain seperti sarana transportasi, ketersediaan anggaran dan jarak tempat rujukan. Bidan yang masa kerja lama atau bidan senior lebih dimungkinkan adanya jalinan kerja sama dengan rumah sakit rujukan sehingga keadaan ini merupakan salah satu alasan bidan melakukan praktik merujuk. adanya penempatan bidan dapat meningkatkan respon kebutuhan pelayanan kesehatan pada masyarakat[17].

Motivasi adalah daya pendorong yang mengakibatkan seseorang atau anggota organisasi mau dan rela untuk mengerahkan kemampuan dalam bentuk keahlian tenaga dan waktunya untuk menyelenggarakan

berbagai kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya serta menunaikan kewajibannya dalam rangka pencapaian tujuan dan berbagai sasaran organisasi yang telah ditentukan sebelumnya[18].

transportasi yang tersedia dengan mudah mempermudah akses menuju tempat rujukan sehingga kondisi emergensi pada kasus neonatus akan lebih mudah ditangani. keadaan ini yang merupakan salah satu faktor yang menyebabkan bidan melakukan praktik merujuk. sedangkan kondisi transportasi yang tidak tersedia seperti bidan yang tinggal di daerah pedalaman dan letak geografis yang sulit ditempuh merupakan salah satu faktor yang menyebabkan bidan terpaksa melakukan pertolongan karena kondisi tidak memungkinkan untuk dilakukan praktik rujukan.

Pada penduduk yang berada di wilayah pedesaan maupun pedalaman cenderung tidak mempersiapkan kondisi persalinan yang setiap saat bisa terjadi kondisi kegawatdaruratan obstetri. keadaan ini salah satu faktor yang ikut berperan dalam pengambilan keputusan merujuk oleh bidan karena tidak tersedia sumber daya untuk merujuk. Penduduk di wilayah pedesaan tidak menyiapkan untuk kejadian emergensi persalinan khususnya mengenai biaya dan transportasi. di samping itu ketidakpahaman mengenai asuransi kesehatan[17].

analisis multivariabel didapatkan hasil bahwa pelatihan mempunyai risiko yang lebih dominan dalam memprediksi praktik merujuk kasus neonatus. kontribusi variabel pendidikan, pelatihan, lama bekerja, dan motivasi dalam memprediksi perilaku merujuk sebesar 16.9% yang dapat dilihat dari nilai r2 = 0.169.

teori perubahan perilaku menyatakan bahwa kesehatan individu dan masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku dan faktor-faktor di luar perilaku (non-perilaku). selanjutnya faktor perilaku ini ditentukan oleh tiga kelompok faktor meliputi: perilaku seseorang berhubungan faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seorang atau kelompok untuk bertindak. Faktor predisposisi ialah sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok kedalam suatu pengalaman belajar. Faktor pemungkin mencakup keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Faktor penguat (*reinforcing factor*) tergantung pada tujuan dan jenis program. dalam pendidikan pasien, faktor menguat bisa berasal dari perawat, bidan dan dokter, pasien lain dan keluarga. adanya pelatihan dapat meninkatkan baik dari aspek faktor faktor predisposisi maupun faktor penguat[12].

SIMPULAN

Penelitian ini memperlihatkan bahwa merujuk ke fasilitas yang lebih profesional merupakan praktek yang umum dari bidan desa di kota langsa aceh. Mereka tidak hanya ditentukan oleh tanggung jawab profesi, tetapi juga oleh jarak dan kemudahan transportasi. Penelitian menganjurkan agar ada suatu mekanisme yang memungkinkan puskesmas dan rumah sakit mengelola kerja sama dengan bidan. Bidan harus dikelola agar lebih terintegrasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih profesional di tingkat yang lebih tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Black, r.e., Morris, s.s. & Bryce, j. 2003. *Where and why are 10 million children dying every year?* lancet,;361(9376):2226-2234.
2. titaley, C.r., dibley, M.j., agho, k., roberts, C.l. & Hall, j. 2008. *Determinants Of Neonatal Mortality In Indonesia*. BMC Public Health,;8(232):1-15.
3. Badan Pusat statistik (BPs) & Macro international. 2007. *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland usa: BPs dan Macro international.
4. departemen kesehatan republik indonesia.2006. *Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal*. jakarta: depkes ri.
5. Baqui, A.H., El-Arifeen, S., Darmstadt, g.l., ahmed, s., Williams, e.k., seraji, H.r., Mannan, i., rahman, s.M., shah, r., saha, s.k., syed, u., Winch, P.j., lefevre, a., santosham, M. & Black, r. e. 2008. *Effect Of Community-Based Newborn-Care Intervention Package Implemented Through Two Service-Delivery Strategies In Sylhet District*, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. lancet,;371(9628):1936 - 1944.
6. darmstadt, g.l., Bhutta, Z.a., Cousens, s., adam, t, Walker, n, de Bernis l. & lancet neonatal survival steering team. 2005. *Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save?*. lancet;365(9463):977-88.
7. departemen kesehatan republik indonesia.2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. jakarta: depkes ri.
8. Palutturi, s., nurhayani & Mandak, n. 2006. *Determinan Kinerja Bidan Di Puskesmas Tahun*. jMPk, 2007;10(04):195-200.
9. Murray, s.F. & Pearson, s.C. 2005. *Maternity Referral System in Developing Countries: current knowledge and future research needs*. soc sci Med,;62(9):2205-2215.
10. strand, r.t, de Compos, P.a., Paulsson, g., de oliveira, j. & Bergstrom, s. 2009. *Audit Of Referral Of Obstetric Emergencies In Angola: A Tool For Assessing Quality Of Care*. afr j reprod Health,;13(2):75-85.
11. Widiarti, e. 2007. *Evaluasi Penggunaan Partograf Oleh Bidan Delima Di Kabupaten Purworejo Propinsi Jawa Tengah*. tesis, universitas gadjah Mada.
12. green, l.W., kreuter, M.W., deeds, s.g. & Patridge, k.B. 1999 *Perencanaan Pendidikan Kesehatan: Sebuah Pendekatan Diagnostic*. Mandy, Z., tafal, Z. & kresno, s. (terjemahan), jakarta: departemen Pendidikan dan kebudayaan ri.
13. kongnyuy, e.j., Mlava, g. & Van den Broek, n. 2008. *Criteria-Based Audit To Improve A District Referral System In Malawi: A Pilot Study*, BMC Health services research.;8:190.
14. smith, j.B., Coleman, n.a., Fortney, j.a., johnson, j.g., Blumhagen, d.W. & grey, t.W. 2000. *The Impact Of Traditional Birth Attendant Training On Delivery Complication In Ghana*, Health Police and Planning;15 (3): 326-331.
15. Carroll, j.C., rideout, a.l., Wilson, B.j., allanson, j., Blaine, s.M., esplen, M.j., Farrell, s.a., graham, g.e., Mackenzie, j., Meschino, W., Miller, F., Prakash, P., shuman, C., summers, a. & taylor, s. 2009. *Genetic education for primary care providers Improving attitudes, knowledge, and confidence, Canadian Fam-*

ily Physician • Le Médecin de famille canadien,;55.

16. styles, M., Cheyne, H., o'Carroll, r., greig, F., dagge-Bell, F. & niven, C. 2009. *The Scottish Trial Of Refer Or Keep (The Stork Study): Midwives' Intrapartum Decision Making,* journal homepage.
17. d'ambruoso, l., achadi, e., adisasmita, a., yuliaizati, Makowiecka, k. & Hussein, j. 2009. *Assessing Quality Of Care Provided By Indonesian Village Midwives With A Confidential Enquiry*, Midwifery;25, 528–539.
18. siagian, P.s. 2004. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. jakarta; Penerbit rineka Cipta.

IMPROVING MATERNAL AND cHILD HEALTH THROUGH cONTINUITY MODEL OF cARE WITHIN MIDWIFERY GROUP PRAcTIcE

cesa Septiana Pratiwi
Prodi d3 kebidanan stikes 'aisiyiyah yogyakarta

ABSTRAcT

Continuity midwifery model of care is not a new concept in indonesia. since the government established a policy to allow midwives to run their own private clinic, most indonesian private midwives conduct this model. it has been implemented since 1989 along with the program of village midwives. even though in general indonesia is on the right track in reaching the Mdgs target, the number of maternal mortality rate and infant mortality rates remain high with 228/100,000 live births and 34/1,000 live births respectively in 2007 (un 2008).

the advantages of continuity model of care have been studied in many developed countries. yet, there are some weaknesses of this model of care that has been practiced by private midwives in indonesia. Complaints such as burnout, stress-related work, and lack of time to the family had been reported directly to the author by those who posses a midwifery private clinics in yogyakarta. Midwives group Practice (MgP) is a group of midwives (usually consists of 6-7 midwives) who work together consistently within a team. MgP in australia usually implement the model of continuity care so it enables the women to be taken care by the same midwives during their pregnancy, childbirth, and during postnatal period. MgP provides an alternative midwifery care approach either for midwives or women. For midwives in indonesia, it can be seen as one method to prevent burn out and stress related to work.

Keywords: continuity of midwifery care, midwives private practice, alternative model of care

PENDAHULUAN

di indonesia, berdasarkan aturan yang berlaku profesi dokter dan bidan, diperbolehkan untuk memiliki klinik pribadi. Pemerintah indonesia melalui organisasi profesi memiliki sistem registrasi dan lisensi tentang tata cara pelayanan kesehatan baik di tingkat nasional maupun propinsi. Model pelayanan kebidanan yang berkelanjutan bukan konsep baru di indonesia. sejak pemerintah mengeluarkan kebijakan yang mengijinkan bidan untuk memiliki klinik pribadi, sebagian besar bidan praktik swasta (BPs) di indonesia telah menerapkan model tersebut dalam pelayanan kebidanannya. Model ini sudah dilakukan sejak tahun 1989 bersamaan dengan program bidan desa. Meskipun, secara umum indonesia saat ini berada di jalur yang tepat dalam mencapai target Mdgs, angka kematian ibu dan angka kematian bayi masih tetap tinggi dengan 228/100,000 per kelahiran hidup dan 34/1,000 per kelahiran hidup di tahun 2007 [(1)].

Pada tahun 1985, World Health organization (WHo) menerbitkan aturan yang melarang semua negara memiliki angka operasi sesar lebih dari 10-15%[(2)]. angka operasi sesar yang direkomendasikan di tiap negara adalah berkisar 1-5%[(2)]. namun demikian berdasarkan sdki 2007 angka operasi *caesar* di indonesia adalah 6.8%. Melalui proyek *South East Asia-Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries* (sea-orCHid) menemukan angka aktual operasi *caesar* di indonesia adalah 29.6% termasuk *unneeded caesarean section*[(3)]. Hal ini tentunya mengejutkan banyak pihak terkait dengan banyaknya jumlah BPs di indonesia yang mencapai 31-32% dari keseluruhan bidan di indonesia[(4)]. dengan tingginya jumlah BPs di indonesia, setidaknya

diharapkan dapat menekan angka *unneeded caesarean section*, meningkatkan angka persalinan spontan, dan menekan intervensi yang tidak diperlukan selama kehamilan, persalinan dan nifas.

Bidan praktik bersama telah banyak diterapkan di banyak negara maju. australia, uk, new Zealand, Belanda, jerman, dan swedia adalah beberapa negara yang dengan sukses menjadikan bidan praktik bersama terintegrasi dengan sistem kesehatan negaranya. Bidan praktik bersama yang dijalankan di negara-negara tersebut secara umum telah menerapkan pelayanan kebidanan yang berkelanjutan. Bidan praktik bersama diakui dapat mengurangi angka kelelahan dan tekanan karena beban kerja yang berlebih dari sisi pemberi layanan kesehatan. sedangkan dari sisi *outcome*, telah banyak hasil riset yang membuktikan keuntungan dan kelebihan dari model tersebut.

Paper ini akan mengulas secara komprehensif mengenai model pelayanan kebidanan berkelanjutan melalui bidan praktik bersama yang telah diterapkan di beberapa negara maju. sumber dan informasi pada tulisan ini berasal dari berbagai jurnal dan artikel dari beberapa *data base* seperti science direct, PubMed, Wiley online, ovid, informa, dan ProQuest. diharapkan tulisan ini dapat memberikan gambaran bagi bidan dan pemangku kepentingan lainnya akan perlunya terobosan baru dalam pelayanan kebidanan yang telah ada di indonesia selama ini.

PEMBAHASAN

Peran Bidan Praktik Swasta di Indonesia

sanu[5] meneliti tentang peran bidan praktik swasta dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak di indonesia. kewenangan bidan yang dimiliki dianggap memiliki kontribusi penting dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak. indonesia merupakan salah satu negara di mana profesi bidan memiliki hak untuk memberikan pelayanan melalui praktik swasta dan menyediakan pelayanan kesehatan yang beragam meliputi pelayanan keluarga Berencana (kB), kesehatan reproduksi, dan pelayanan bagi bayi dan anak usia pra-sekolah[4]. di beberapa daerah di mana jumlah sumber daya kesehatan yang lain masih terbatas, bidan juga memiliki peran protagonis. termasuk di dalamnya adalah meningkatkan kesehatan lingkungan, kesehatan masyarakat secara umum hingga ikut berperan dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan napza seperti yang tertera dalam Permenkes no. 1464/ 2010.

Pelayanan Kebidanan Berkelanjutan

Pelayanan kebidanan yang berkelanjutan di negara maju, tidak bisa dilepaskan dengan keberadaan bidan praktik bersama. secara definisi, pelayanan kebidanan yang berkelanjutan adalah model pelayanan kebidanan yang difokuskan pada perempuan dan diberikan oleh bidan yang sama sejak kehamilan, persalinan, hingga masa nifas[6,7]. Model pelayanan kebidanan ini pertama kali diterapkan di new Zealand pada tahun 1990 sejalan dengan pengakuan negara terhadap praktik bidan bersama yang dilakukan di komunitas. Model ini kemudian diikuti oleh negara lain seperti swedia, uk, Belanda, jerman, denmark, dan australia [8].

Kelebihan Pelayanan Kebidanan Berkelanjutan

Banyak hasil penelitian yang telah menemukan kelebihan model pelayanan kebidanan. *Randomized Control Trial* (rCt) di

sydney membandingkan *outcome* antara pelayanan kebidanan yang berkelanjutan dan pelayanan standard di rumah sakit (rs) [9]. Penelitian ini menemukan adanya perbedaan yang signifikan pada angka kejadian *sectio caesarea (SC)* antara 2 grup (or= 0.6, 95% Ci 0.4- 0.9, *P*= 0.02). Pelayanan kebidanan berkelanjutan melalui '*one-to-one midwifery care'* dapat mengurangi penggunaan anestesi epidural, menurunkan angka episiotomi, meminimalisir insiden laserasi perineum, dan mengurangi kejadian kala 2 yang memanjang[10]. Pelayanan kebidanan berkelanjutan juga disimpulkan dapat membangun relasi dan komunikasi yang baik antara perempuan, khususnya perempuan dengan perawatan depresi perinatal dan bidan[11].

kelebihan lain dari model ini adalah tingginya tingkat kepuasan klien bidan praktik bersama yang menerapkan pelayanan berkelanjutan. Model pelayanan kebidanan ini terbukti meningkatkan kepuasan ibu pada pelayanan *antenatal* (anC), selama persalinan, dan pelayanan pada masa nifas[12,13]. lebih jauh lagi, riset ini membuktikan bahwa pelayanan kebidanan yang berkelanjutan juga dapat diterapkan pada pelayanan rujukan tersier[13].

dari sisi ekonomi, pelayanan kebidanan yang berkelanjutan dinyatakan lebih efektif secara pembiayaan dibandingkan dengan pelayanan standard di rumah sakit [9]. Homer et. al menemukan bahwa implementasi pelayanan kebidanan berkelanjutan yang tepat dapat menghemat biaya hingga 904.09 aud per klien. WHo juga menyatakan bahwa bidan adalah profesi kesehatan yang paling tepat untuk memberikan pelayanan kehamilan normal dan kelahiran secara efektif dalam hal pembiayaan[14].

Bidan Praktik Bersama

Berdasarkan Permenkes nomer 1464/ 2010, seorang bidan diijinkan untuk bekerja baik sebagai bidan independen maupun bidan di fasilitas kesehatan umum. tidak semua negara memiliki kebijakan demikian bagi profesi bidan. Hal ini sejalan dengan keputusan *International Confederation of Midwives*[14] pada standard global kebidanan yang menyatakan bahwa bidan diijinkan untuk memberikan pelayanan kebidanan, sesuai dengan hak mereka dan harus dijamin oleh negara bahwa bidan dapat secara leluasa menyediakan pelayanan kebidanan pada perempuan di manapun, baik di komunitas, maupun di klinik.

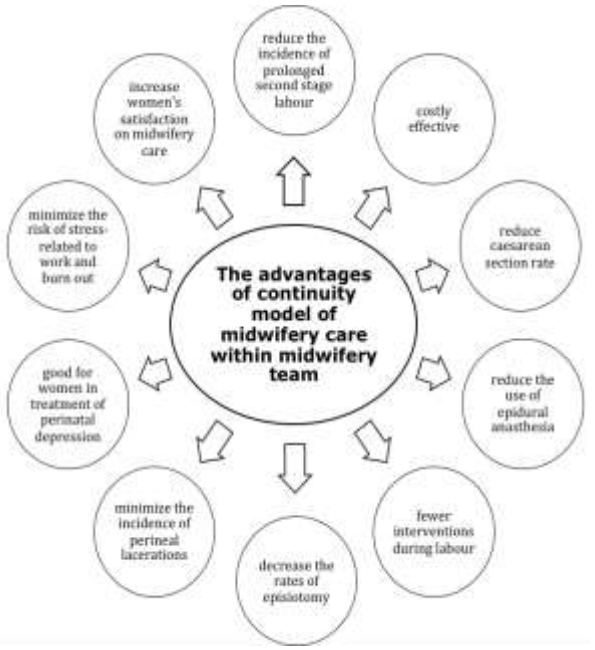
Bidan praktik bersama adalah sekelompok bidan (biasanya terdiri dari 6-7 bidan) yang bekerja bersama-sama secara konsisten memberikan pelayanan kebidanan berkelanjutan pada ibu, sehingga memungkinkan ibu untuk dirawat dan dilayani oleh bidan yang sama sejak kehamilan, persalinan, hingga masa nifas[15]. Bidan praktik bersama telah banyak diterapkan di negara-negara maju. australia adalah salah satu negara yang telah berhasil menjalankan program ini. Bekerja dalam lingkup praktik bersama, memungkinkan bidan membangun hubungan kerja yang setara dengan bidan lainnya[16]. senioritas diantara kalangan profesi kesehatan merupakan salah satu hambatan dalam peningkatan pelayanan kesehatan. diakui atau tidak, hal ini nyata adanya di beberapa tempat pelayanan kesehatan. di south Carolina amerika serikat, ditemukan 46% responden yang kesemuanya merupakan perawat di beberapa rumah sakit merasa 'sangat direndahkan atau diintimidasi' oleh seniornya[17]. sistem yang telah terbentuk selama ini sering diang-

gap sebagai tatanan baku yang sulit untuk diubah. dengan bekerja sebagai tim, diharapkan kolegialitas sebagai sesama tenaga kesehatan dapat tercapai. Model pelayanan kebidanan dalam lingkup tim ini mengharuskan adanya dukungan dan hubungan saling menghormati dalam bekerja dengan anggota tim bidan yang lainnya. Selain itu, bidan praktik bersama juga terbukti sangat fleksibel dalam hal pengaturan waktu individu, sehingga bidan dapat menyesuaikan waktu kerjanya dengan keluarga dan kegiatan sosial lainnya di luar waktu jaganya [18].

Bidan Praktik Bersama, Terobosan untuk Memaksimalkan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dan *stakeholders* untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. rincian di bawah ini akan memberikan gambaran mengenai desain dan rancangan pelayanan kebidanan berkelanjutan melalui bidan praktik bersama yang diadaptasi dari berbagai model pelayanan kebidanan di australia, nZ dan uk dan dimungkinkan dapat diterapkan di indonesia.

1. Bidan praktik bersama terdiri dari 6 hingga 8 orang bidan dalam 1 tim. Setiap ibu akan dilayani oleh 1 bidan utama dan dia akan memiliki 1 bidan pengganti jika sewaktu-waktu dibutuhkan bidan utama tidak bisa hadir memberikan pelayanan.
2. Pada awal pertemuan, ibu akan menandatangani kontrak dengan bidan utama dan bidan pengganti, sehingga pada pertemuan selanjutnya diupayakan ibu akan selalu menemui bidan utama yang memiliki *shift* jaga sama dengan bidan pengganti.
3. Jadwal pertemuan antara ibu dengan bidan utamanya diatur berdasarkan waktu jaga bidan utama dan pengganti.
4. Bidan utama siap untuk dipanggil sewaktu-waktu jika klien bidan utama tersebut akan melahirkan, meskipun pada saat itu bukanlah waktu jaga bidan utama
5. Jika bidan utama berhalangan hadir maka bidan pengganti yang akan memberikan pelayanan kebidanan.
6.



Gambar 1. Kelebihan dan keuntungan model pelayanan kebidanan yang berkelanjutan

Tantangan dan Hambatan

Membuat terobosan baru dalam pelayanan kebidanan bukan tanpa halangan dan tantangan. resistensi untuk berubah mungkin saja dirasa jika sistem yang ada sebelumnya telah lama diaplikasikan. komponen *on-call* atau 'panggilan sewaktu-waktu' bisa jadi merupakan tantangan pada implementasi model pelayanan kebidanan ini [19]. Selain itu mungkin tidak semua ibu akan mampu mengikuti model pelayanan kebidanan yang telah di-

modifikasi ini. Akan tetapi hal ini bukan tidak mungkin tidak dapat dilakukan. dengan adanya komunikasi, dan *inform consent* yang memadai terhadap model pelayanan kebidanan ini, ibu akan memiliki motivasi yang lebih kuat untuk terlibat sebagai subyek dalam model pelayanan kebidanan ini.

SIMPULAN

Pelayanan kebidanan berkelanjutan dengan menerapkan program bidan praktik bersama telah terbukti meningkatkan angka kelahiran normal, mengurangi angka *SC,* mengurangi kejadian laserasi perineum, menurunkan angka episiotomi, dan mengurangi kejadian kala 2 yang memanjang. Bidan praktik bersama yang menerapkan pelayanan berkelanjutan juga terbukti meningkatkan kepuasan ibu terhadap layanan yang diberikan. selain itu, bidan yang tergabung dalam praktik bersama memiliki relasi hubungan kerja yang setara antar anggota tim. Waktu kerja yang lebih fleksibel di luar waktu jaga juga menjadi kelebihan model pelayanan kebidanan ini. Model pelayanan kebidanan berkelanjutan seperti dipaparkan di atas memiliki banyak kelebihan dan kemudahan melalui bidan praktik bersama seperti yang diterapkan di negara-negara maju. Bidan indonesia yang memiliki keistimewaan dengan adanya kewenangan untuk mengelola BPs, maka dengan adanya bidan praktik bersama, dapat dimungkinkan upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak akan lebih cepat dan mudah tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

1. un 2008, *Contribution by Indonesia*. Presented in un High level event on the Mdgs, new york. diakses 20 november 2012 (online http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/commitments/indonesia.pdf).
2. gibbonz, l, Belizan, jM, lauer, ja, Betran, aP, Merialdi, M & althabe, F 2010, 'the global numbers and Costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage, WHo, switzerland, diakses 6 november 2012 (online http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf).
3. Festin, Mr, laopaiboon, M, Pattanittum, P, ewens, Mr, smart, dVj & Crowther, Ca 2009, 'Caesarean sectin in four south east asian countries: reason for rates, associated care practice and health outcomes', *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, vol. 9, pp. 17-28, diakses 13 november 2012 (online BioMed)
4. usaid 2006, *The potential od private sector midwives in reaching millennium development goals*, diakses 15 november 2012 (online http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadi754.pdf).
5. sanu, rs 1989, 'the midwife in private practice in indonesia', *Midwives*, vol. 102, pp. 119-123, diakses 16 november 2012 (online Medline).
6. Waldenstrom, u & turnbull, d 1998, 'a systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105, pp. 1160-1170, diakses 2 oktober 2012 (online Wiley).
7. newnham, H & Pearce, j 2006. legal frameworks for practice in australia and new Zealand, in: *Midwifery: preparation for practice*. sydney, nsW: elsevier.

8. Homer, C, Brodie, P & leap, n 2001, 'getting started: what is midwifery continuity of care' in Homer, C, Brodie, P & leap, n (eds.), *Midwifery continuity of care*, Churchill livingstone elsevier, Philadelphia, us
9. Page, l, McCourt, C, Beake, s, Vail, a & Hewison, j 1999, 'Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice', *Journal of Public Health Medicine,* vol. 21, pp. 243-248 diakses 17 november 2012 (online oxfordjournal).
10. Marks, Mn, siddle, k & Warwick, C 2003, 'Can we prevent postnatal depression? a randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women', *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine,* vol. 13, pp. 119-127, diakses 20 november 2012 (online PubMed).
11. Fereday, j, Collins, C, turnbull, d, Pincombe, j & oster, C 2009, 'an evaluation of midwifery group practice part ii: women's satisfaction', *Women and Birth*, vol. 22, pp. 11-16, diakses 20 november 2012 (online sciencesirect).
12. Biro, Ma, Waldenstrom, u, Brown, s & Pannifex, jH 2003, 'satisfaction with team midwifery care for low and high risk women: a randomized controlled trial', *Birth*, vol. 30, pp 1-10, diakses 13 oktober 2012 (online Wiley).
13. iCM 2011, *Global standards for midwifery regulation* http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/r429_iCM_2011_global_standards_for_Midwifery_regulation_2011_eng.pdf diakses 19 oktober 2012.
14. Cornwell, C 2005, *Midwifery Group Practice: an evaluation of clinical effectiveness, quality and sustainability,* diakses 15 november 2012 (online http://users.adam.com.au/newpl/MgP%20evaluation%20report.pdf)
15. Collins, Ct, Fereday, j, Pincombe, j, oster, C, turnbull, d 2010, 'an evaluation of the satisfaction of midwives' working in midwifery group practice', *Journal of Midwifer*, vol. 26, pp. 435-441, diakses 17 november 2012 (online sciencedirect).
16. stanley, kM, Martin, MM, Michel, y, Welton, jM, nemeth, ls 2007, 'examining lateral violence in the nursing workforce', *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 28, pp. 1247-1265, diakses 15 oktober 2012 (online informa).
17. Fereday, j & oster, C 2010, 'Managing work life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting', *Journal of Midwifery*, vol. 26, pp. 311-318, diakses 17 november 2012 (online elsevier).
18. Hartz, dl, White, j, lainchburry, ka, gunn, H, jarman, H, Welsh, aW, Challis, d & tracy, sk 2012, 'australian maternity reform through clinical design', *Australian Health Review*, vol. 36, pp. 169-175, diakses 14 november 2012 (online Csiro).
19. Homer, Cse, davis, gk, Brodie, PM, sheehan, a, Barclay, lM, Wills, j & Chapman, M 2001, 'Collaboration in maternity care: a randomized controlled trial comparing community- based continuity of care with standard hospital care', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 108, pp. 16-22, diakses 16 oktober 2012, (online sciencedirect).

DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM MELALUI TES IVA DI PUSKESMAS JATEN II KABUPATEN KARANGANYAR

Ropitasari, Sri Mulyani, Kundharu Saddhono dan Soetrisno
universitas sebelas Maret

ABSTRAK

Latar Belakang: Puskesmas jaten ii terletak di desa ngringo, karanganyar dengan penduduk sangat padat. jumlah W/Pus adalah 5396 jiwa, 364 diantaranya pernah melakukan pemeriksaan iVa dalam waktu 20 bulan, yang menunjukkan 8,43% dari target Puskesmas yaitu 4316 W/Pus (20 % dari total W/Pus). Berarti, terdapat 18 W/Pus yang mendapatkan pemeriksaan tes iVa setiap bulannya, atau 216 W/Pus setiap tahunnya. Padahal ideal pemeriksaan test iVa dilakukan setiap 3 tahun pada wanita usia 25-60 tahun, sehingga sangat diperlukan terobosan pemeriksaan melalui Program deteksi dini kanker leher rahim (ddklr).
Tujuan: Mendeteksi secara dini, memberi informasi penyakit kanker leher rahim dan memotivasi pemeriksaan rutin berkala ke fasilitas kesehatan.
Metode: Penjaringan pasien dengan komunikasi informasi dan edukasi dalam pertemuan Pkk, kader Posyandu, lintas sektoral. sasarannya adalah Wanita/Pasangan usia subur (W/Pus).
Hasil :dari 102 peserta, 4 ibu menunjukkan hasil positif, tetapi satu ibu dinyatakan sembuh dan satu lainnya batal terapi lanjutan karena hamil. Hanya dua ibu yang di terapi lanjutan. **Kesimpulan** setelah dilakukan konseling dan pemeriksaan tes iVa, terdapat peningkatan pengetahuan ibu tentang deteksi dini kanker leher rahim melalui pemeriksaan tes iVa. saran, bagi perempuan yang pernah melakukan kontak seksual sebaiknya melakukan tes iVa 1 tahun sekali. Bagi laki-laki dan masyarakat dewasa yang pernah kontak seksual agar mendukung istri/keluarga perempuannya untuk periksa iVa secara rutin. Bagi puskesmas supaya meningkatkan kerja sama dalam program deteksi dini kanker leher rahim.

Kata Kunci: deteksi dini kanker leher rahim, tes iVa, Puskesmas jaten ii

PENDAHULUAN

di indonesia kanker leher rahim menduduki peringkat pertama, 65% kondisi pasiennya dalam stadium lanjut. Pada penelitian di tiga belas laboratorium patologi anatomi di indonesia didapatkan frekuensi penderita kanker serviks sekitar 18,5%, ditemukan sejak umur 25-34 tahun dengan puncaknya terbanyak jumlah penderita pada umur 45-54 tahun. sedangkan data patologi dari rumah sakit dr. Cipto Mangunkusumo pada tahun 1998 menunjukkan 39,5% wanita menderita kanker serviks, 60% diantaranya telah pada stadium lanjut atau pada stadium ii-iii[(1)].

Pada rumah sakit dr. Muwardi surakarta dalam kurun waktu satu tahun di tahun 2005 terdapat 93 penderita kanker leher rahim, dengan kejadian paling banyak pada usia 36-50 tahun, yaitu sebanyak 57 kasus. salah satu puskesmas di kecamatan yang lokasinya berdekatan dengan rumah sakit dr. Muwardi ialah puskesmas di wilayah desa ngringo, yaitu puskesmas jaten ii, karanganyar dengan penduduk sangat padat. jumlah penduduk perempuan 11.640 jiwa, 5396 diantaranya adalah W/Pus, sementara itu hanya 364 orang yang telah terjaring pemeriksaan tes iVa selama kurun waktu 12 bulan. Hasil ini sama dengan 8,43% dari target yang ditetapkan puskesmas, yaitu 4316 (20% dari total W/Pus). Berarti saat ini terdapat 18 W/Pus yang mendapatkan pemeriksaan tes iVa setiap bulannya, atau 216 W/Pus setiap tahunnya. Melihat fakta ini, dapat diasumsikan bahwa setiap W/Pus mendapat skrining tes iVa sekali dalam 20 tahun. Padahal ideal

dan optimal pemeriksaan iVa test dilakukan setiap 3 tahun pada wanita usia 25-60 tahun, sehingga sangat diperlukan terobosan untuk memecahkan masalah ini dengan tindak lanjut Program deteksi dini kanker leher rahim (ddklr). Program ddklr di Puskesmas jaten ii melalui pemeriksaan tes iVa telah berlangsung sejak bulan Mei 2010 yang dilaksanakan oleh *CI (Clinical Instruktur)* terlatih dan bersertifikat.

Banyaknya kematian diakibatkan karena terlambat ditemukan dan terlambat untuk diobati, walaupun sebenarnya perjalanan penyakit ini tidak terjadi secara cepat, tetapi akan semakin parah dalam hitungan tahun. dari kondisi wanita normal ke penyakit pra kanker memerlukan waktu 5 tahun, sedangkan pra kanker ke kanker ringan memerlukan waktu 5 tahun dan dari kanker ringan ke kanker sedang perlu waktu 3 tahun. Melihat dari perjalanan penyakit ini, sebenarnya bila dikenali sejak awal maka akan mempunyai prognosa yang baik, yaitu dapat disembuhkan [(2).]

Pendeteksian secara dini terhadap penyakit ini dilakukan melalui pemeriksaan *pap net*, tes iVa maupun pemeriksaan lanjutan melalui PaP sMear. Metode pemeriksaan tes iVa merupakan suatu metode pemeriksaan kanker leher rahim secara murah dan mudah dikerjakan, tetapi juga mempunyai akurasi hasil yang tinggi[(3)]. tes iVa merupakan suatu metode pemeriksaan inspeksi visual yang dilakukan pada serviks dengan cairan asam asetat atau suatu metode pemeriksaan skrening deteksi kanker leher rahim secara sederhana melalui usap serviks dengan asam cuka 3-5%[(5)]. Meskipun prosedur pemeriksaan tes iVa sangat tidak menyenangkan, tetapi tidak menimbulkan rasa sakit. Pemeriksaan iVa apabila dikerjakan oleh tenaga kesehatan terlatih, akan menghasilkan akurasi sensitifitas dan spesifisitas yang tinggi dengan biaya sangat murah. selain murah, pelaksanaan tes iVa dilaksanakan secara masal dengan hasil cepat dan mendidik masyarakat [(6)].

Beberapa keuntungan dari pemeriksaan tes iVa, yaitu: 1). Hasil segera diketahui, 2. efektif, aman, dan Praktis, 3). teknik pemeriksaan sederhana, 4). Butuh bahan dan alat yang sederhana dan murah, 5). sensivitas dan spesifisitas cukup tinggi, 6). Dapat dilakukan oleh semua tenaga medis terlatih (5). *American College of Obstetricians and Gynecologists, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, the Canadian Society of Obstetricians and Gynecologists dan the International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Figo) telah menyimpulkan bahwa penapisan lesi pra kanker maupun kanker serviks dengan menggunakan inspeksi/ penilaian visual dengan bantuan asam asetat dapat menjadi alternatif dengan biaya rendah serta dapat mengendalikan kanker serviks di fasilitas saranan kesehatan yang kurang memadai [(7).]

apabila hasil pemeriksaan papsmear atau iVa positif, yaitu terdapat sel-sel yang tidak normal, sebaiknya segera dikonsultasikan kepada petugas kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut oleh ahli kandungan. sebenarnya penyakit ini bisa sembuh saat stadium awal. kurangnya sosialisasi penyakit ini mengakibatkan keterlambatan penanganan[(8).] tujuan kegiatan ini ialah mendeteksi secara dini, memberi informasi penyakit kanker leher rahim, dan memotivasi untuk pemeriksaan rutin secara berkala ke fasilitas kesehatan.

METODE

Metode pendekatan yang dilaksanakan melalui komunikasi informasi dan edukasi bagi kader kesehatan dan kelompok masyarakat (Pkk, Pengajian, karang taruna maupun kegiatan kemasyarakatan lainnya). Populasi kegiatan ini pada semua perempuan yang pernah kontak seksual dan sebagai penduduk wilayah kerja Puskesmas jaten ii desa ngringo yang memenuhi persyaratan pemeriksaan tes iVa. sampel sebanyak 102 orang dengan persyaratan, sudah melakukan hubungan seksual, tidak sedang datang bulan/haid, tidak sedang hamil, 24 jam sebelumnya tidak melakukan hubungan seksual, pasien tidak mampu yang bukan pemegang kartu jamkesmas/jamkesda, multiparitas/ nikah dini (usia nikah < 20 th), usia 30 – 50 tahun, belum pernah mengikuti tes iVa, riwayat keputihan, perdarahan setelah berhubungan seksual, riwayat keluarga dengan kanker leher rahim, riwayat pernah/sering berganti pasangan. sumber data didapat dari puskesmas, kalurahan, dinas kesehatan kabupaten karanganyar maupun dari kader kesehatan setempat. kegiatan pendukung yang dilakukan ialah melalui: 1). Persamaan persepsi dengan mitra, 2). Menentukan langkah program bersama mitra, 3). Penjadwalan kegiatan (waktu, tempat, tenaga, biaya). Beberapa tahapan partisipasi mitra dalam pelaksanaan program deteksi dini kanker leher rahim ialah: 1). sosialisasi kepada kader kesehatan, ibu Pkk desa ngringo, 2). kie kepada seluruh kader kesehatan desa ngringo, 3). Pengarahan tentang kuesioner calon peserta tes iVa, 4). masa 1 minggu bagi kaderkes untuk mencari calon peserta, 5). Pengumpulan daftar calon peserta ke tim Pengabdi, 6). Proses seleksi usulan calon peserta dari kader kesehatan, 6). penetapan 100 orang calon peserta, dan cadangannya, 7). Penyebaran undangan pelaksanaan tes iVa, 8). Pelaksanaan tes iVa, 9). rekapitulasi hasil tes iVa, 10). Melakukan analisa dan tindak lanjut, 11). evaluasi kegiatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil dari 102 peserta, 4 ibu positif terdapat lesi pra kanker, seorang ibu sejak tahun 2011 dinyatakan tes iVa nya +, dengan *Cervical Intraepithelial Neoplasma* (Cin) derajat ii-iii segera berobat mandiri di klinik swasta dan telah dilakukan tindakan *Electrocouterisasi*. Pemeriksaan ulang tanggal 20 september dinyatakan negatif. satu ibu batal mengikuti karena hamil dan dua ibu telah menjalani terapi *Criyoterapi* pada tanggal 15 oktober 2012, selanjutnya dilakukan kontrol ulang dengan interval satu minggu setelah tindakan, satu bulan dan enam bulan berikutnya. data pendukung kegiatan diambil melalui kuesioner. Hasil kuesioner pengetahuan ibu terhadap tes iVa yaitu saat pre tes, terdapat ibu berpengetahuan baik 23 orang (22,6%), cukup 50 orang (49%), kurang 29 orang (28,4 %). Pada Post kegiatan didapatkan peningkatan pengetahuan ibu, yaitu 73 orang (71,6%) berpengetahuan baik, 29 orang (28,4%) pengetahuan cukup. dari hasil kuesioner didapatkan ibu mengalami peningkatan pengetahuan tentang tes iVa setelah mereka mendengarkan penyuluhan, melakukan tanya jawab langsung ke nara sumber (tim pengabdi maupun dokter *Clinical Instruktur*) dan setelah ibu-ibu tersebut menjalani pemeriksaan langsung tes iVa.

luaran yang diharapkan adalah terdeteksi secara dini lesi pra kanker/ kanker leher rahim dengan prosentase yang tinggi, dari 102

peserta tes iVa, 4 orang dinyatakan menderita lesi pra kanker, dan agar ibu bersedia kontrol rutin setiap tahun dan mau mengajak ibu yang lainnya untuk tes IVA. Leafleat berwarna dengan ilustrasi gambar mulut rahim mendekati warna aslinya diberikan ke puskesmas maupun dinas kesehatan karanganyar agar dapat disosialisasikan pada ibu-ibu, khususnya di wilayah Puskesmas jaten ii dan di wilayah karanganyar pada umumnya.

kegiatan ini hanya di *follow up* saat pelaksanaan serentak dan satu kali saat tindakan *Criyoterapi*, karena bersifat skrening atau penapisan awal kanker leher rahim sehingga diharapkan dapat membantu program pemerintah melalui dinas kesehatan kabupaten karanganyar dalam temuan awal kanker leher rahim. dapat disimpulkan bahwa setelah dilakukan penyuluhan dan pemeriksaan tes iVa terdapat peningkatan pengetahuan ibu mengenai deteksi dini kanker leher rahim melalui metode pemeriksaan tes iVa.

secara umum didapatkan hasil data bahwa terdapat peningkatan pengetahuan tentang tes iVa pada 102 ibu, sebelum mereka disuluh dan di periksa iVa, mereka banyak yang menanggap pemeriksaan tes iVa sebagai sesuatu hal memalukan dengan posisi membuka-buka daerah kemaluan. sebanyak 23 orang dari 102 ibu yang telah memiliki pengetahuan yang baik tentang tes iVa ini. setelah dilakukan penyuluhan maupun pemeriksaan tes iVa, didapatkan data sebanyak 73 ibu yang telah mempunyai pengetahuan yang baik mengenai pemeriksaan ini. selain di evaluasi secara umum keseluruhan dari 102 ibu yang menjadi peserta tes iVa, evaluasi berikutnya dilakukan pada ke-4 ibu yang dinyatakan menderita lesi pra kanker, yaitu terapi melalui tindakan *Electrocouterisasi* maupun *Criyoterapi*, satu ibu dengan aktifitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga telah dinyatakan sembuh, tes iVa negatif dengan ditandai saat kolposkopi, terlihat mulut rahimnya berbentuk normal, mulus dan licin. seorang ibu batal mengikuti terapi lanjutan karena hamil. Pada dua ibu lainnya setelah dilakukan tindakan *Cryotherapy* di tanggal 15 oktober 2012, selanjutnya dilakukan evaluasi ulang dengan interval satu minggu, satu bulan dan enam bulan setelah tindakan. selama sampai kira-kira satu bulan, ibu dan suaminya dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual agar luka di mulut rahim ibu benar-benar sembuh total tidak terdapat kuman penyakit dari kemaluan suami. setelah satu bulan pasca tindakan, maka mulut rahim ibu kembali di buka dan diobservasi, apakah telah sembuh total atau perlu tindakan lanjutan. apabila selama satu bulan ibu dinyatakan tidak ada lesi kanker atau telah menjadi jaringan baru proses penyembuhan, maka ibu dimotivasi untuk kontrol ulang enam bulan berikutnya. Bila luka membaik, tes iVa dengan hasil negatif, selanjutnya ibu baru dinyatakan sembuh total bebas dari lesi pra kanker dan sebaiknya mendapatkan perlindungan melalui vaksin kanker serviks. namun, bila selama enam bulan tersebut, tes iVa ibu masih positif, maka dilakukan rujukan untuk tindakan *electocouterisasi* di rumah sakit tipe B (rumah sakit dr. Moewardi surakarta).

seperti telah dikemukakan di atas, karena kegiatan ini lebih difokuskan untuk skrening awal, maka tindakan pada kegiatan ini dibatasi hanya sampai ke temuan awal, bila dinyatakan tes iVa positif, maka dilakukan *Cryotherapy.*

Harapan selanjutnya yaitu pada program ddlkr di puskesmas, agar masyarakat, terutama pada perempuan yang pernah

melakukan kontak seksual bersedia dengan kemauan sendiri untuk periksa tes iVa secara teratur dengan interval tertentu sesuai jadwal terbaru dari WHO, yaitu setiap satu tahun sekali.

PENUTUP

Kesimpulan dari pelaksanaan kegiatan ialah deteksi dini kanker leher rahim telah dilakukan di Wilayah Puskesmas Jaten ii pada 102 ibu-ibu dengan kriteria yang telah ditetapkan. dari 102 ibu, empat ibu dinyatakan tes iVa positif, berarti menderita lesi kanker. seorang telah sembuh, seorang ibu hamil dan dua ibu dalam proses penyembuhan.

Saran yang diberikan yaitu pada ibu-ibu yang telah dan pernah menjalani kontak seksual sebaiknya melakukan tes iVa secara periodik, tanpa rasa malu maupun sungkan, yaitu lebih utamanya selama 1 tahun sekali. kepada para suami, maupun masyarakat dewasa yang telah aktif melakukan atau pernah melakukan kontak seksual agar mendukung istri/ keluarga perempuan untuk periksa tes iVa secara rutin. agar puskesmas semakin meningkatkan kerja sama dengan perangkat desa dan kader untuk keberhasilan temuan kanker leher rahim.

RUJUKAN

1. aziz M. F, dkk. *Buku Acuan Nasional Onkologi Ginekologi*. Jakarta: yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 112: 274; 2006
2. depkes ri. Modul Pelatihan deteksi dini kanker Payudara dan kanker leher rahim; 2010
3. diananda r. *Mengenal Seluk Beluk Kanker*. Jakarta: kata Hati. 45-46; 2007
4. Hanafi. *Risiko Penggunaan Pil Kontrasepsi Kombinasi Terhadap Kejadian Kanker Payudara pada Reseptor KB di Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo*. www.jurnal.farmasi.ac.id; 2003.
5. Mansjoer a. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media aesculapius. 379 Pogi Cabang semarang. Pokja ginekoligi onkologi. 2010. *Pelatihan IVA dan Pencegahan Kanker Serviks.* Himpunan onkologi dan ginekologi indonesia. semarang; 2005
6. ramli H.M, dkk. *Deteksi Dini Kanker*. Jakarta: Fkui. 101-104; 2002
7. rotary Club. 2006. *Materi Pelatihan IVA Test Bagi Bidan*. Purwokerto.15- 22.
8. Wiyono s, iskandar M, dkk.. *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) Untuk Deteksi Dini Lsi Pra Kanker Serviks.* www.jurnal Media Mediasiana indonesia.Volume 43.nomor 3; 2008

ANALISIS KEBUTUHAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI: STUDI KASUS PADA REMAJA KORBAN KEKERASAN SEKSUAL

Fitriani Mediastuti[1)], Mubasysyr Hasanbasri[2)]
akademi kebidanan yogyakarta[1)] universitas gadjah Mada[2)]

Abstrak

Latar Belakang: Masalah kesehatan reproduksi bagi remaja korban kekerasan seksual masih ditempatkan pada prioritas terendah, padahal secara medis sangat membutuhkan pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat. akan tetapi untuk memperoleh perlindungan dan pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai dan berkualitas masih terdapat banyak hambatan. evaluasi kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja korban kekerasan seksual sangat penting dalam menentukan kebijakan maupun pengambilan keputusan dalam pemberian pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat yaitu sesuai dengan kebutuhan remaja korban kekerasan seksual.
Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk memahami kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja: studi kasus korban kekerasan seksual pada klien lembaga swadaya Masyarakat rifka annisa dan rumah singgah girlan nusantara yogyakarta.
Metode: Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus dan bersifat deskriptif. subjek penelitian ini adalah remaja korban kekerasan seksual, yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Metode pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi dan penelusuran dokumen, untuk mengetahui keabsahan data menggunakan metode triangulasi sumber. analisis data dilakukan secara kualitatif dengan metode *explanation building*.
Hasil: Pendidikan dan pelayanan kesehatan reproduksi yang ada belum memenuhi kebutuhan remaja, terutama remaja yang memiliki resiko tinggi. remaja yang mempunyai permasalahan kesehatan reproduksi belum dapat teratasi secara optimal. keterlibatan petugas kesehatan, pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan sangat dibutuhkan dalam mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi.
Kesimpulan : Penelitian ini menunjukkan bahwa remaja membutuhkan tempat pelayanan dan pendidikan kesehatan reproduksi yang ramah remaja. keterlibatan tenaga kesehatan yaitu bidan dalam memberikan konseling sangat dibutuhkan, terutama pada remaja yang memiliki resiko tinggi.

Kata Kunci : analisis kebutuhan, kesehatan reproduksi, remaja

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan reproduksi merupakan masalah yang sangat vital. Meskipun kesehatan reproduksi remaja di indonesia telah memperoleh komitmen politik dari pemerintah dan parlemen, serta telah menjadi program nasional sejak tahun 2000, namun pengetahuan dan pengalaman para pengelola program ini masih rendah. Padahal, jika tidak ditangani dengan baik, kesehatan reproduksi remaja dapat menjadi masalah yang amat serius, karena sejak tahun 2000, kaum remaja telah menjadi kelompok populasi terbesar dalam piramida penduduk indonesia (1).

remaja adalah sebuah proses pendewasaan dimana seorang individu mengalami perkembangan seksual sekunder hingga mencapai kematangan seksual. remaja juga proses perubahan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa. Begitu juga perubahan pola ketergantungan sosial pada keluarga menjadi lebih mandiri. sehingga tidak sedikit remaja yang kemudian membangun komunitasnya sendiri sebagai upaya pencarian identitas diri. dengan adanya perubahan baik dari sisi seksual, psikologis maupun sosial membuat masa remaja seringkali menjadi masa-masa rawan terjadinya

kenakalan remaja akibat kurangnya bimbingan dari orang tua, pengaruh lingkungan atau pergaulan yang tidak baik. kehidupan remaja dalam suatu komunitas memiliki dampak/ pengaruh yang besar terhadap kesehatan seseorang(2).

Perubahan kondisi sosial, psikologis, dan hormonal remaja membawa dampak pada perkembangan pribadi dan perilaku seksual remaja. tanpa adanya bimbingan dan tuntunan dari orang tua akan mempengaruhi perilaku seksual, dimana banyak remaja yang kemudian mencoba pengalaman-pengalaman seksual yang melanggar batas-batas norma dan budaya masyarakat. dampaknya, banyak remaja yang melakukan hubungan seks di usia dini sebagai akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang seks yang tidak didapatkan dari orang tua dan keluarga. remaja seringkali kekurangan informasi dasar kesehatan reproduksi, pengetahuan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang terjangkau rahasia untuk kesehatan reproduksi. Banyak yang tidak merasa nyaman dalam membahas kesehatan reproduksi dengan orang tua.

demikian juga, orang tua, pekerja kesehatan, dan pendidik sering tidak mau atau tidak mampu memberikan informasi yang lengkap, akurat, sesuai dengan usia informasi kesehatan reproduksi kepada generasi muda. Hal ini sering disebabkan ketidaknyamanan mereka sendiri tentang subjek atau keyakinan palsu bahwa memberikan informasi tersebut akan mendorong aktivitas seksual (3).

korban kekerasan/pelecehan seksual terhadap anak mulai bergeser. jika pada 2009 lalu didominasi anak sMa, pada 2010 sudah menjalar ke anak sMP. Berdasarkan data yang dimiliki yayasan kakak surakarta (lsM yang peduli terhadap anak), dari 37 korban yang ditanganinya pada 2010, kebanyakan masih menyandang status siswi sMP (4).

rifka annisa pada tahun 2010 menangani 321 kasus kekerasan terhadap perempuan atau meningkat 13,8% dari tahun sebelumnya. angka tertinggi dari tahun ke tahun didominasi oleh kasus kekerasan terhadap istri sejumlah 226 kasus, kemudian 43 kasus kekerasan dalam pacaran, 31 kasus perkosaan, 10 kasus pelecehan seksual, 10 kasus kekerasan dalam keluarga dan 1 kasus *trafficking*.

analisis kebutuhan (*need assessment*) pelayanan kesehatan reproduksi merupakan suatu tindakan untuk dapat menggali informasi tentang apa yang dibutuhkan remaja korban kekerasan seksual terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat untuk remaja, khususnya korban kekerasan seksual. Hal ini dikarenakan pelayanan kesehatan reproduksi saat ini belum optimal. anggapan tabu dan sikap pemerintah yang belum memprioritaskan pentingnya tentang kesehatan reproduksi mengakibatkan akses pelayanan kesehatan reproduksi masih terbatas.

lembaga swadaya Masyarakat (lsM) rifka annisa merupakan salah satu lsM di yogyakarta berbentuk *women's crisis center* yang menyediakan layanan pendampingan dan konsultasi psikologis serta bantuan hukum. rumah singgah girlan nusantara merupakan salah satu rumah singgah yang menangani anak-anak jalanan. dimana berdasarkan hasil studi pendahuluan, pada rumah singgah ini banyak klien yang merupakan korban kekerasan seksual. Penelitian ini bertujuan untuk memahami kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja korban kekerasan seksual di lembaga swa-

daya Masyarakat rifka annisa dan rumah singgah girlan nusantara yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan menggunakan rancangan studi kasus dan bersifat deskriptif, yaitu menyajikan deskripsi lengkap dari suatu fenomena yang diamati dalam konteks yang nyata(5). lokasi penelitian adalah di lembaga swadaya Masyarakat (lsM) rifka annisa yogyakarta dan rumah singgah girlan nusantara yogyakarta. Waktu penelitian adalah bulan Mei – agustus 2011. unit analisis penelitian ini adalah klien lembaga swadaya Masyarakat rifka annisa dan klien rumah singgah girlan nusantara. subjek penelitian adalah remaja korban kekerasan seksual dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. adapun yang termasuk dalam criteria inklusi adalah:

a. remaja putri korban kekerasan seksual
b. remaja usia 15-24 tahun (batasan usia remaja menurut unFPa)
c. Bersedia menjadi responden

analisis data dengan *explanation building* yaitu teknik penjelasan hasil wawancara dan observasi serta penelusuran dokument.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Pendidikan Kesehatan Reproduksi pada Remaja Korban Kekerasan Seksual

Tabel 1. Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi pada Remaja Korban Kekerasan Seksual

Sumber informasi Kesehatan Reproduksi	
kelompok a "responden di rumah singgah yayasan girlan nusantara"	kelompok B "responden di lsM rifka annisa yogyakarta"
Penyuluhan tentang HiV/aids, Penyakit menular , narkoba (tidak continue) internet teman sebaya "selama saya tinggal di rumah singgah ini, saya baru dua kali dapat penyuluhan, HiV/aids sama tentang penyakit menular ". Hal senada juga diungkapkan oleh responden 5 : "penyuluhan ya cuma sekali dua kali habis itu tidak ada lagi, ini sudah lama tidak ada lagi, kalo cari informasi kesehatan…saya paling tanya sama teman".	Penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga medis, buku-buku di perpustakaaan yang terdapat di lsM rifka annisa serta diperoleh dari pendampingan. searching di internet teman sebaya "saya bersyukur bisa di rifka , disini saya memperoleh pendampingan, banyak pengetahuan dari pendampingan yang saya peroleh". " ketika saya sekolah sebelum kejadian, saya tidak pernah mendapatkan pengetahuan kesehatan reproduksi, bahkan menstruasi apa saya tidak tahu"
cara mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi	
kelompok a "responden di rumah singgah yayasan girlan nusantara"	kelompok B "responden di lsM rifka annisa yogyakarta"
Bertanya ke teman yang pernah mengalami hal yang sama "kalo saya lagi sakit, missal kok keputihan ya, tanya ke teman, dia pernah ngalamin gak, trus ngilanginnya gimana ….."	Bertanya ke keluarga tetapi dianggap tabu, sehingga keluarga tidak mau memberikan penjelasan "dulu saya pernah tanya sama kakak saya waktu saya masih sd tentang pembalut, tapi baru nanya kakak saya langsung bilang hus anak kecil jangan nanya aneh-aneh…dan disitu ibu saya juga bilang seperti yang kakak saya sampaikan, cah cilik rasah neko-neko begitu kata ibu saya, saya ya langsung diam saja… tapi sekarang beda, mereka lebih terbuka setelah kejadian yang saya alami".

Peran lingkungan tempat tinggal	
kelompok a "responden di rumah singgah yayasan girlan nusantara"	kelompok B "responden di lsM rifka annisa yogyakarta"
-penyuluhan belum continue -ketersediaan buku-buku kesehatan reproduksi minim -pendampingan belum ada	-Peran pendamping sudah ada -kesediaan buku-buku kesehatan reproduksi sudah ada
Keterlibatan tenaga kesehatan setempat	
kelompok a "responden di rumah singgah yayasan girlan nusantara"	kelompok B "responden di lsM rifka annisa yogyakarta"
-datang berkala disaat ada pemeriksaan -peran tenaga medis memberikan koseling kesehatan reproduksi belum maksimal	- ketika responden mengalami masalah terkait kesehatan reproduksi, responden diantar ke praktek dokter spesialis obsgyn (yang sudah kerjasama)

Pelayanan yang diterima oleh Korban kekerasan Seksual

Pelayanan kesehatan reproduksi yang diperoleh remaja korban kekerasan seksual klien rumah singgah girlan nusantara selama ini adalah dari puskesmas setempat dengan fasilitas jamkesmas, sehingga klien dapat periksa dan mendapatkan obat secara gratis. jaminan kesehatan Masyarakat yang dipergunakan oleh responden untuk periksa ke Puskesmas didapatkan dari pengurus rumah singgah yang mencarikannya.

Pelayanan pemeriksaan terkait masalah kesehatan reproduksi selain ke Puskesmas, mereka juga mendapatkannya dari konselor yang datang ke rumah singgah girlan nusantara. konselor ini diungkapkan responden tidak datang secara teratur, namun hanya beberapa kali datang ke rumah singgah dan melakukan pemeriksaan. Pernyataan ini juga diungkapkan oleh responden 3 : " disini pernah dilakukan pemeriksaan, dari dokter yang lagi sekolah….. ya meriksa kulit sama penyakit kelamin…tapi cuma sekali juga…trus kadang dari puskesmas". untuk pendampingan secara psikologis di rumah singgah ini belum ada. sehingga ketika terjadi kekerasan seksual mereka memilih untuk cerita pada teman dekatnya ataupun saudaranya. apabila terdapat luka yang cukup parah, mereka baru memeriksakan diri ke tenaga kesehatan tetapi tidak menceritakan apabila luka itu terjadi akibat kekerasan seksual.

Pelayanan kesehatan reproduksi di lsM rifka annisa antara lain pendekatan dilakukan dengan korban. setelah memberikan penjelasan terkait penanganan korban kekerasan seksual di rifka annisa, responden mendapatkan sebuah *shelter* yang merupakan tempat untuk mengembalikan traumatis yang diderita klien, karena klien ini merupakan korban pemerkosaan. di *shelter* ini klien memperoleh berbagai fasilitas antara lain pendampingan secara psikologis untuk mengatasi masalah psikisnya, sehingga klien/ korban dapat bangkit kembali dan melakukan aktivitasnya seperti remaja lain yang belum pernah menjadi korban kekerasan seksual, seperti yang telah terjadi pada responden yang diwawancarai.

lembaga ini juga memfasilitasi responden dengan memberikan berbagai kegiatan antara lain yang menunjang pendidikan sehingga korban bisa sekolah lagi dan melakukan pemeriksaan secara teratur ke tenaga medis. tenaga medis yang difasilitasi dari rifka anisa ini merupakan tenaga medis yang memang kerja sama dengan rifka annisa.

selain dengan tenaga medis tersebut diungkapkan pula oleh responden jika di rifka annisa juga kerja sama dengan Puskesmas wilayah setempat, dan juga rumah sakit di wilayah setempat.

PEMBAHASAN

Kebijakan Promosi Kesehatan Reproduksi di Sekolah dan Masyarakat

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja perlu mendapatkan penanganan yang serius. Hal ini diungkapkan masih banyaknya kasus-kasus permasalahan kesehatan reproduksi, seperti perkosaan, pelecehan seksual dan sebagainya. selain itu kurangnya penyedia sumber informasi yang akurat dirasa belum dapat memenuhi kebutuhan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

Hasil penelitian yang dilakukan dengan responden yang menjadi korban kekerasan seksual ini memperkuat beberapa temuan sebelumnya tentang dampak kekerasan seksual pada korban. Berdasarkan pengakuan dari para korban kekerasan seksual ini diketahui bahwa keluhan korban sangat kompleks. dari hasil penelitian, tiga orang yang mengalami kehamilan. satu diantaranya, ketika salah satu responden mengalami kekerasan seksual pada waktu itu, responden tidak mengetahui bahwa telah mengalami kehamilan, meskipun usia kehamilan sudah menginjak lima bulan. dalam usianya yang masih remaja awal, informasi kesehatan reproduksi yang dimiliki para korban kekerasan seksual masih sangat terbatas.

dengan mempertimbangkan hal-hal tersebut, maka informasi masalah kesehatan reproduksi ini sangat penting diberikan kepada remaja sesuai dengan rentang usia mereka. informasi ini akan sangat membantu remaja, selain untuk memahami alat dan fungsi reproduksinya juga mampu memberikan informasi yang dapat menjauhkan dan melindungi remaja dari kekerasan seksual ataupun kejahatan seksual.

analisis kebutuhan informasi/pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja merupakan langkah nyata, sebagai upaya untuk dapat dijadikan *mainstream policy* di dalam bidang kesehatan reproduksi dan juga diperlukan untuk mengatasi kelemahan-kelemahan dalam pelaksanaan peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja[6]. realita menunjukkan bahwa ketersediaan informasi kesehatan reproduksi masih sangat minim. Berbagai media massa yang ada belum tentu memberikan informasi yang secara benar. sementara, sekolah yang diharapkan untuk mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang memadai dan bertanggung jawab belum dapat memberikan akses untuk memberikan informasi kesehatan reproduksi. selain itu remaja di masyarakat yang mungkin tidak sekolah juga lepas dari perhatian pemerintah.

Memperhatikan hal-hal di atas maka perlu dilakukan intervensi yang diharapkan dapat membantu menangani masalah kurangnya informasi/pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja. strategi intervensi pertama dapat dilakukan di sekolah dan strategi intervensi kedua dapat dilakukan di luar sekolah untuk mereka yang non pelajar.

intervensi dilakukan di sekolah, menurut ricketts *and* Bruce[7] karena prelevansi perilaku remaja terhadap kesehatan yang beresiko dan pengetahuan isu-isu kesehatan yang melibatkan remaja, maka intervensi difokuskan di sekolah sebagai pusat penyampaian informasi yang logis. sekolah

diharapkan bisa memberikan informasi yang sejelas-jelasnya mengenai masalah kesehatan reproduksi, sehingga akhirnya para remaja menjadi lebih akrab untuk mengakses informasi dari sekolah.

Pendidikan/peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi tidak hanya sebatas pada pelajaran biologi, pendidikan kesehatan jasmani maupun hanya disisipkan pada pelajaran bimbingan konseling. namun seharusnya pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah dilaksanakan dalam mata pelajaran sendiri, misalnya saja dengan adanya muatan lokal pendidikan kesehatan reproduksi. selain itu juga perlu dikembangkan *health promoting school*.

Health promoting school adalah sekolah yang telah melaksanakan usaha kesehatan sekolah dengan ciri-ciri melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan masalah kesehatan sekolah. sekolah diharapkan mampu menciptakan lingkungan sekolah yang sehat, adanya pendidikan kesehatan di sekolah, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan adanya kebijakan serta upaya sekolah untuk mempromosikan kesehatan[8]. terdapat enam komponen dalam *health promoting school* yaitu: kebijakan sekolah sehat, kesehatan lingkungan fisik sekolah, kesehatan sosial lingkungan sekolah, keahlian dan kompetensi kesehatan pada individu di sekolah, *community link*, dan *health service* termasuk *counseling*[9]. usaha kesehatan sekolah tidak hanya sebuah ruang kosong, yang hanya akan ditempati apabila pingsan saat mengikuti upacara sekolah, tetapi juga perlu dikembangkan dengan tersedianya buku-buku kesehatan reproduksi yang selalu *up to date*, dan penyediaan konseling masalah kesehatan reproduksi pada remaja/siswa. selain itu juga perlu adanya workshop ataupun seminar yang dilakukan oleh pemerintah secara *goes to school*, dengan isu-isu *up to date*. Pelaksanaan tersebut dapat diintegrasikan dengan pelaksanaan program pemerintah dalam hal ini melalui BkkBn, yaitu Pusat informasi konseling kesehatan reproduksi remaja (Pikkr).

strategi intervensi kedua adalah untuk remaja non siswa sekolah reguler, dapat dilakukan dengan menambahkan mata pelajaran kesehatan reproduksi sebagai muatan lokal melalui kejar paket. selain itu juga pemerintah perlu memikirkan adanya suatu wadah/tempat layanan ramah remaja dimana, remaja yang hidup di jalanan juga dapat mengakses secara mudah, akurat dan gratis informasi atau pengetahuan tentang kesehatan reproduksi.

dalam pelaksanaannya, sebagai informan dapat ditempatkan remaja yang memiliki usia tidak jauh beda, sehingga dalam penyampaiannya akan lebih mudah diterima oleh remaja. Menurut WHo [10], *peer education* dapat dipergunakan untuk menyebarluaskan informasi dan diskusi tentang topik khusus oleh kelompok yang sebaya dalam umur atau kelompok sosial yang sama. Metode tersebut memberikan suasana paling nyaman untuk dialog seputar topik yang sensitif.

remaja korban kekerasan seksual, misalnya perkosaan dan kemudian mengalami kehamilan, sebaiknya diberikan pendampingan yang lebih intensif terkait dengan pemulihan traumatis dan menjaga kehamilannya agar sehat. Mengeluarkan dari sekolah bukanlah solusi yang baik, tetapi agar tetap belajar dipindahkan dalam *shelter* dan guru tetap datang memberikan pelajaran. dengan seperti ini, maka remaja yang telah men-

jadi korban kekerasan seksual tetap dapat melanjutkan pendidikannya dan mengakses informasi khususnya kesehatan reproduksi secara tepat.

Bidan sebagai Konselor Kesehatan Reproduksi Remaja

Fasilitas/ tempat akses pelayanan kesehatan reproduksi dan kerjasama antar lintas sektoral dari berbagai pihak untuk mewujudkan terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi untuk remaja sangat dibutuhkan, diantaranya kerja sama lintas sektoral dengan pihak tenaga kesehatan (bidan), puskesmas dan rumah sakit. strategi pelayanan kesehatan yang diinginkan remaja, dapat dilakukan di sekolah, mapun di masyarakat. di sekolah yaitu kerjasama dengan pihak puskesmas atau tenaga kesehatan ataupun konselor untuk ditempatkan di ruang usaha kesehatan sekolah sebagai tenaga medis yang dapat langsung menangani remaja apabila bermasalah dengan kesehatan reproduksinya. Pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja dengan pemeriksaan secara gratis dan mudah dijangkau diperlukan oleh remaja.

Bidan sebagai petugas kesehatan dengan lini terdepan dalam pelayanan kesehatan reproduksi diharapkan dapat menangani permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja. Bidan memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan reproduksi selama pendidikannya, sehingga sangat diperlukan untuk mengatasi permasalahan tersebut.

keberadaan bidan di komunitas remaja beresiko tertular penyakit menular maupun masalah kesehatan reproduksi juga sangat diperlukan. sebagai contoh keberadaan bidan sebagai konselor kesehatan reproduksi di rumah singgah secara *continue* merupakan tindakan upaya preventif maupun kuratif terkait masalah kesehatan reproduksi.

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa remaja membutuhkan tempat pelayanan dan pendidikan kesehatan reproduksi yang ramah remaja. keterlibatan tenaga kesehatan yaitu bidan dalam memberikan konseling sangat dibutuhkan, terutama pada remaja yang memiliki resiko tinggi. kerja sama lintas sektoral dari berbagai sektor dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi sangat diperlukan. *Health promoting school* dapat dilakukan sebagai *mainstream policy* dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi. Peran pemerintah diperlukan dalam pengambilan kebijakan kesehatan reproduksi baik pada remaja sekolah formal maupun non formal. selain itu juga peran bidan sebagai tenaga petugas kesehatan lini terdepan dalam penanganan kesehatan reproduksi sangat dibutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan koordinasi keluarga Berencana nasional (2003). *Kesehatan Reproduksi Remaja Penting Dan Perlu, Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Pamflet, edisi 1, juii.
2. stephenson, r., & tsui, a. o. (2003). Contextual influences on reproductive wellness in northern india. *American journal of public health*, *93*(11), 1820–9
3. tegegn, a., yazachew, M., & gelaw, y. (n.d.). reproductive Health knowledge and attitude among adolescents : a community based study in jimma town , southwest ethiopia.
4. suara Merdeka (2011) *Korban Pelecehan Seksual Didominasi Siswi SMP*. http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/

news/2011/02/17/78138 diakses tanggal 25 Februari 2011

5. yin, robert k (2006) *Studi Kasus Desain dan Metode. Devisi Buku Perguruan Tinggi.* PT Raja Grafindo Persada. Jakarta
6. Fajans, P., simmons, r., & ghiron, l. (2006). Helping public sector health systems innovate: the strategic approach to strengthening reproductive health policies and programs. *American journal of public health*, *96*(3), 435–40.
7. ricketts, s.a. and Bruce P.g. (2006) *School Based Health Centers and the Decline in Black Teen Fertility During the 1990s in Denver, Colorado.* american journal of Publich Health. [internet]. Vol 96 no 9. available from: <http://ajph.com> [accessed 27 junne 2007].
8. (depkes, 2004)
9. iuHPe. 2012. aCHieVing HealtH Pro- Moting sCHools: guidelines For ProMoting HealtH in sCHools "ProtoCols and guidelines For HealtH ProMoting sCHools."
10. WHo

PENGARUH PENGGUNAAN MEDIA PEMBELAJARAN DAN MINAT BELAJAR TERHADAP KETERAMPILAN PSIKOMOTORIK DALAM PEMBELAJARAN SENAM NIFAS PADA MAHASISWA KEBIDANAN

Endah Retno Dewi [1)], Bhisma Murti [2)], Putu Suriyasa [2)]
akademi kebidanan yogyakarta[1)], universitas sebelas Maret[2)]

ABSTRAK

Latar Belakang: Media pembelajaran merupakan salah satu faktor keberhasilan dalam proses belajar mengajar selain minat belajar siswa. Pendidik memiliki peranan strategis dalam menumbuhkan minat belajar peserta didiknya melalui aktivitas belajar. apabila ada peserta didik yang tidak berminat dalam mengikuti pelajaran, salah satu sebabnya adalah masalah media mengajar yang digunakan oleh guru atau dosen dalam menyampaikan materi pelajaran. apabila minat belajar mahasiswa tinggi maka prestasi belajar mahasiswa juga tinggi, sebaliknya minat yang rendah akan mempengaruhi rendahnya prestasi belajar.
Tujuan: Mengetahui perbedaan pengaruh media pembelajaran peragaan langsung dan media audiovisual terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas, perbedaan pengaruh minat belajar mahasiswa tinggi dan minat belajar mahasiswa rendah terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas.
Metode: Penelitian ini menggunakan jenis penelitian eksperimental dengan randomisasi (*randomized controlled trial*). teknik pengumpulan data menggunakan *cheklist* keterampilan psikomotorik senam nifas dan kuesioner untuk instrumen minat belajar, dengan korelasi item-total >0.20 dan *alpha cronbach* >0.60. data dianalisis dengan menggunakan model analisis regresi linier ganda.
Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengaruh yang signifikan penggunaan media peragaan langsung dan media audiovisual terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas (b = 13.89; Ci 95% -20.77 hingga -7.01). Hasil penelitian ini juga menunjukkan terdapat perbedaan pengaruh yang signifikan antara mahasiswa yang memiliki minat belajar tinggi dengan mahasiswa yang memiliki minat belajar rendah terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas (b = 0.63; Ci 95% -0.089 hingga 1.35; p = 0.085).
Kesimpulan: nilai keterampilan psikomotorik senam nifas dengan penerapan media peragaan langsung lebih baik jika dibandingkan dengan penerapan media audiovisual, mahasiswa yang mempunyai minat belajar tinggi memperoleh nilai keterampilan psikomotorik lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa yang mempunyai minat belajar rendah.

Kata Kunci: Media pembelajaran, minat belajar, keterampilan psikomotorik

PENDAHULUAN

dalam undang-undang ri no 23 tahun 2003 tentang sistem Pendidikan nasional Bab I Pasal I (1) pendidikan didefinisikan sebagai usaha sadar terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses belajar agar peserta didik secara aktif ikut mengembangkan potensi diri untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia serta keterampilan yang dimiliki dirinya, masyarakat, bangsa dan negara[(1)] .

untuk mendukung tercapainya tujuan pendidikan tersebut salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui belajar. Berhasil atau gagalnya pencapaian tujuan pendidikan sangat bergantung pada proses belajar yang dialami peserta didik, baik ketika di kampus maupun lingkungan rumahnya[(1)] .

suatu landasan yang paling meyakinkan demi keberhasilan suatu proses belajar adalah minat belajar. Pendidik memiliki peranan strategis dalam menumbuhkan minat belajar peserta didiknya melalui berbagai aktivitas belajar yang didasarkan pada pengalaman dan kemampuan pendidik kepada siswa secara individual. apabila ada peserta didik yang tidak berminat dalam mengikuti pelajaran, salah

satu sebabnya adalah masalah media mengajar yang digunakan oleh guru atau dosen dalam menyampaikan materi pelajaran[2].

Faktor eksternal yang mempengaruhi hasil belajar salah satunya yaitu penggunaan media dalam proses pembelajaran. dengan penggunaan media mengajar yang bervariasi, tepat, dan sesuai dengan isi dan tujuan pengajaran dapat meningkatkan minat peserta didik untuk mengikuti proses belajar mengajar di kelas. sehingga tujuan dari proses belajar mengajar pun dapat tercapai[3]. Media sumber belajar merupakan alat bantu yang berguna dalam kegiatan belajar mengajar[4].

salah satu mata kuliah pada semester iii di Program studi d iii kebidanan adalah asuhan kebidanan nifas, yang membahas asuhan kebidanan pada ibu nifas. salah satu pokok bahasan dalam asuhan kebidanan nifas adalah kebutuhan dasar ibu masa nifas meliputi pemenuhan nutrisi dan cairan, ambulasi, eliminasi, kebersihan diri/ perineum, istirahat, seksual dan senam nifas. Pada pokok bahasan tersebut, salah satu kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa adalah mampu melakukan praktik senam nifas dan mampu memberikan informasi yang tepat pada masyarakat. ini juga sesuai dengan kompetensi bidan yang kelima[5].

Banyak dari mahasiswa yang nilai psikomotornya tidak sesuai dengan yang diharapkan, karena mahasiswa mempunyai minat yang berbeda terhadap materi yang disampaikan sehingga tingkat pemahaman dan penerimaan mahasiswa terhadap materi tersebut sangat berbeda, yang berdampak pada hasil belajar yang diperoleh kurang memuaskan. Melihat fenomena yang demikian, diperlukan metode yang tepat untuk diterapkan pada pembelajaran senam nifas.

Penggunaan media dalam proses belajar mengajar memegang peranan penting dalam proses pendidikan dan mempengaruhi minat belajar mahasiswa. apabila minat belajar mahasiswa tinggi maka prestasi belajar mahasiswa juga tinggi, sebaliknya minat yang rendah akan mempengaruhi rendahnya prestasi belajar.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian eksperimental dengan randomisasi (*Randomized Controlled Trial*), yang meneliti pengaruh suatu variabel pada populasi. Pengelompokkan sampel dilakukan dengan cara random, yaitu sampel diambil secara acak[6]. Metode analisis data meliputi teknik regresi untuk analisis multivariat. analisis multivariat digunakan untuk menguji hipotesis mengenai pengaruh kedua variabel bebas dengan variabel terikat. Pengaruh penggunaan media pembelajaran dan minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik pada pembelajaran senam nifas dianalisis dengan menggunakan model regresi linier ganda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Keterampilan psikomotorik mahasiswa dalam pembelajaran senam nifas

Hasil analisis data pengaruh penggunaan media pembelajaran terhadap keterampilan psikomotorik dalam pembelajaran senam nifas pada mahasiswa kebidanan dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 1. Tabel Hasil Analisis Data Keterampilan Psikomotorik Senam Nifas

Media Pembelajaran	N	Mean	SD	Skor terendah	Skor tertinggi
Media Peragaan langsung	27	81.6	8.35	65.0	97.5
Media audiovisual	27	68.5	15.94	37.5	92.5

sumber: data Primer, desember 2011

Berdasarkan data penelitian pada tabel 1 menunjukkan bahwa pada kelompok penerapan dengan media peragaan langsung mendapatkan rata-rata skor keterampilan psikomotorik senam nifas lebih tinggi daripada kelompok dengan media audiovisual.

Minat belajar mahasiswa dalam pembelajaran senam nifas

Hasil analisis data pengaruh minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik dalam pembelajaran senam nifas pada mahasiswa kebidanan dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 2. Tabel Hasil Analisis Data Minat Belajar Mahasiswa

Media Pembelajaran	N	Mean	SD	95% *Confidence Interval*	
				Batas Bawah	Batas Atas
Media Peragaan langsung	27	109.48	4.86	107.56	111.41
Media audiovisual	27	110.78	4.77	108.89	112.66

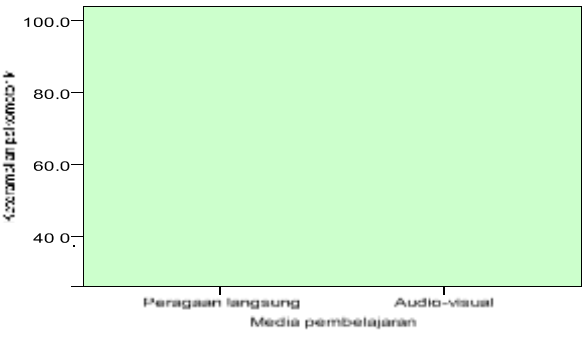
sumber: data Primer, desember 2011

Pada pembelajaran dengan penggunaan media peragaan langsung dan media audiovisual terdapat minat belajar mahasiswa yang tinggi dan minat belajar mahasiswa yang rendah. Mahasiswa yang memiliki minat tinggi mendapatkan skor ≥ 110,13 sedangkan mahasiswa yang memiliki minat rendah mendapatkan skor < 110,13.

Berdasarkan data penelitian pada tabel 2 menunjukkan bahwa pada kelompok penerapan dengan media audiovisual mendapatkan rata-rata skor minat belajar lebih tinggi daripada kelompok dengan media peragaan langsung.

Pengaruh penggunaan media pembelajaran terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas

gambar regresi pada pengaruh penggunaan media pembelajaran terhadap keterampilan psikomotorik dalam pembelajaran senam nifas pada mahasiswa kebidanan digambarkan dalam *box-plot* berikut ini:

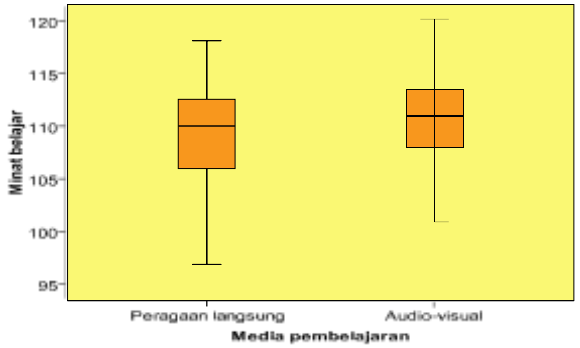


Gambar 1. Korelasi antara media pembelajaran dan keterampilan psikomotorik pada pembelajaran senam nifas

gambar 1 menunjukkan terdapat korelasi positif antara media pembelajaran dan keterampilan psikomotorik mahasiswa pada pembelajaran senam nifas. Mahasiswa dengan penerapan media peragaan langsung memiliki keterampilan psikomotorik lebih tinggi daripada mahasiswa dengan penerapan media audiovisual.

Pengaruh minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas

gambar regresi pada pengaruh minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik dalam pembelajaran senam nifas pada mahasiswa kebidanan digambarkan dalam *box-plot* berikut ini:



Gambar 2. Korelasi antara minat belajar dan keterampilan psikomotorik pada pembelajaran senam nifas

gambar 2 menunjukkan terdapat korelasi positif antara minat belajar dan keterampilan psikomotorik mahasiswa pada pembelajaran senam nifas. Mahasiswa yang memiliki minat belajar tinggi memperoleh nilai keterampilan psikomotorik yang lebih baik jika dibandingkan dengan mahasiswa yang memiliki minat belajar yang rendah.

Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran dan Minat Belajar terhadap Keterampilan Psikomotorik Senam Nifas

Hasil penelitian pengaruh penggunaan media pembelajaran dan minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik dalam pembelajaran senam nifas pada mahasiswa kebidanan dijelaskan pada tabel 3.

tabel 3 menunjukkan hasil analisis regresi linier ganda yang menghubungkan keterampilan psikomotorik dengan media pembelajaran dan minat belajar. Hasil analisis menunjukkan terdapat pengaruh positif dan secara statistik signifikan menggunakan media peragaan langsung terhadap keterampilan psikomotorik. Mahasiswa dengan penerapan media peragaan langsung rata-rata memiliki keterampilan psikomotorik 13.89 poin lebih tinggi daripada mahasiswa dengan

Tabel 3. Hasil analisis regresi linier ganda tentang pengaruh penggunaan media pembelajaran dan minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik dalam pembelajaran senam nifas pada mahasiswa kebidanan

	Koefisien	t	p	95% *Confidence Interval*	
				Batas Bawah	Batas Atas
konstanta	12.36	0.31	0.755	-66.76	91.48
Media peragaan langsung	13.89	-4.05	< 0.001	-20.77	-7.01
Minat belajar	0.63	1.76	0.085	-0.09	1.35
n observasi	54				
Adjusted R^2	23.1%				
nilai p	< 0.001				

sumber: data Primer, desember 2011

penerapan media audiovisual (b = 13.89; Ci 95% -20.77 hingga -7.01).

Hasil analisis menunjukkan terdapat pengaruh positif dan secara signifikan minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik senam nifas. setiap peningkatan 1 poin skor minat meningkatkan skor keterampilan psikomotorik senam nifas 0.63 poin (b = 0.63; Ci 95% -0.089 hingga 1.35; p = 0.085). *Adjusted* R^2 = 23.1% mengandung arti bahwa kedua variabel independen tersebut mampu menjelaskan variasi keterampilan psikomotorik mahasiswa sebesar 23.1%. Model tersebut secara keseluruhan signifikan secara statistik (p < 0.001).

PEMBAHASAN

Penggunaan media pembelajaran terhadap keterampilan psikomotorik

Hasil analisis regresi linier ganda menunjukkan terdapat pengaruh positif dan secara statistik signifikan penggunaan media pembelajaran terhadap keterampilan psikomotorik (b = 13.89; Ci 95% -20.77 hingga -7.01). terdapat perbedaan pengaruh yang signifikan penggunaan media peragaan langsung dan media audiovisual terhadap pembelajaran senam nifas.

keterampilan psikomotorik senam nifas dengan penerapan media peragaan langsung lebih baik jika dibandingkan dengan penerapan media audiovisual. Hal ini diperjelas dengan perolehan nilai keterampilan psikomotorik rata-rata bahwa dengan penggunaan media peragaan langsung rata-rata keterampilan psikomotorik mahasiswa adalah 81.6 yang lebih baik daripada dengan penggunaan media audiovisual dengan rata-rata keterampilan psikomotorik 68.5.

Pada media peragaan langsung, proses penerimaan mahasiswa terhadap materi yang disampaikan akan lebih berkesan secara mendalam sehingga membentuk pengertian dengan baik dan sempurna[7]. Banyak kelebihan penggunaan media peragaan langsung dengan metode demonstrasi untuk meningkatkan hasil belajar peserta didik[8]. Pada penggunaan media peragaan langsung peserta didik dapat berinteraksi langsung dengan pendidik tetapi pada media audiovisual peserta didik hanya melihat rekaman video sehingga komunikasi yang terjadi hanya satu arah[9].

Hasil penelitian Perbedaan Hasil Belajar Psikomotorik Penggunaan Metode demonstrasi dan Metode audiovisual pada Pembelajaran Pemasangan intra uterine device (iud), penggunaan metode demontrasi menunjukkan hasil belajar yang lebih baik daripada penerapan audiovisual[10].

teori yang mengemukakan kelebihan media audiovisual adalah mampu menyampaikan pesan yang lebih lengkap, rumit dan realistis, informasi visual yang disajikan merupakan pengetahuan baru yang cukup menarik serta bahan yang disajikan dengan gerakan cepat dapat menggunakan teknik *slow motion*[11].

kedua media tersebut mempunyai beberapa kelebihan masing-masing dan kesamaan dalam menstimulasi indera peserta didik yaitu indera penglihatan dan indera pendengaran pada waktu proses penyampaian informasi. Perbedaannya pada nyata dan tidak nyata materi yang disampaikan. Pada penggunaan media peragaan langsung peserta didik dapat berinteraksi langsung dengan pendidik tetapi pada media audiovisual peserta didik hanya melihat rekaman video sehingga komunikasi yang terjadi hanya satu arah[11].

Berdasarkan hasil penelitian pembelajaran psikomotorik senam nifas yang dilakukan oleh peneliti, nilai *mean* pada kelompok media

peragaan langsung lebih baik karena peserta didik dapat secara langsung mempraktekkan dan berinteraksi langsung dengan pendidik. ini juga ditunjukkan dari jawaban peserta didik pada item gerakan latihan pernafasan, mahasiswa kelompok media peragaan langsung lebih paham dan mampu melakukan gerakan tersebut dengan benar. ini berarti bahwa dalam mengajarkan gerakan latihan pernafasan lebih baik menggunakan media peragaan langsung dengan metode demonstrasi daripada penggunaan media audiovisual untuk mencapai hasil belajar yang optimal.

Pada media audiovisual nilai hasil belajar mahasiswa tidak sebaik media peragaan langsung dikarenakan media audiovisual yang dilakukan selama penelitian, perhatian peserta didik cenderung kurang maksimal terhadap materi yang disampaikan tetapi lebih tertarik pada tampilan gambarnya. komunikasi hanya satu arah atau tidak terjadi reaksi umpan balik antara pendidik dan peserta didik, sehingga kurang diketahui tingkat pemahaman peserta didik terhadap materi yang disampaikan serta pengalaman dan kesan sebagai hasil pembelajaran kurang melekat dalam diri peserta didik[4].

Walaupun nilai keterampilan psikomotorik kedua media tersebut cukup baik, media peragaan langsung menunjukkan nilai yang lebih baik tetapi media audiovisual juga bukan berarti jelek. Media audiovisual juga dapat digunakan sebagai salah satu alternatif dalam proses belajar mengajar dan seharusnya pada pembelajaran laboratorium, mahasiswa harus mempersiapkan diri terlebih dahulu dengan membaca materi yang akan dipelajari agar pada saat dilakukan pembelajaran, mahasiswa lebih siap dalam menerima materi yang akan dipraktekkan.

Penggunaan media pembelajaran yang menarik maka siswa akan belajar dengan perasaan senang dan penuh antusias sehingga siswa akan lebih mudah menerima dan memahami materi pelajaran yang diberikan yang pada gilirannya akan meningkatkan hasil belajar siswa tetapi apabila siswa belajar dengan rasa jenuh dengan pelajaran yang bersifat monoton maka siswa akan kurang bisa menerima materi pelajaran yang diberikan sehingga hasil belajarnya pun juga akan kurang baik. jadi dengan penggunaan media pembelajaran yang tepat maka akan dapat membantu meningkatkan hasil belajar siswa.

Minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik

Hasil analisis regresi linier ganda menunjukkan terdapat pengaruh positif dan secara statistik signifikan minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik (b = 0.63; Ci 95% -0.09 hingga 1.35). Minat merupakan faktor penting dalam kegiatan belajar, dengan adanya minat yang tinggi diharapkan dapat memperoleh hasil yang memuaskan dalam setiap kegiatan. Belajar tanpa adanya minat akan sulit untuk mencapai keberhasilan secara optimal. kuat lemahnya minat seseorang turut mempengaruhi keberhasilan sehingga dalam kegiatan belajar, minat belajar perlu diusahakan terutama yang berasal dari dalam diri dengan cara senantiasa memikirkan masa depan yang penuh tantangan dan harus dihadapi untuk mencapai cita-cita senantiasa memasang tekad bulat dan selalu optimis bahwa cita-cita dapat dicapai dengan belajar.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang berjudul Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran laboratorium kimia dan

Video Compact Disc terhadap Prestasi Belajar kimia ditinjau dari Minat Belajar siswa, bahwa ada perbedaan pengaruh antara penggunaan media pembelajaran laboratorium kimia dan *video compact disc* terhadap prestasi belajar mata pelajaran kimia, ada perbedaan pengaruh antara siswa yang memiliki minat belajar tinggi dengan siswa yang memiliki minat belajar rendah, ada interaksi pengaruh antara penggunaan media pembelajaran dan minat belajar siswa terhadap prestasi belajar mata pelajaran kimia[12].

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Pengaruh Media Pembelajaran dan Minat Belajar terhadap Pengetahuan tentang Pemasangan kontrasepsi implant, bahwa ada pengaruh yang signifikan media pembelajaran terhadap pengetahuan tentang pemasangan kontrasepsi implant, ada perbedaan pengaruh yang signifikan minat belajar terhadap pengetahuan tentang pemasangan kontrasepsi implant, tidak terdapat interaksi pengaruh yang signifikan antara media pembelajaran dan minat belajar terhadap pengetahuan tentang pemasangan kontrasepsi implant[13].

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengaruh positif dan secara statistik signifikan penggunaan media peragaan langsung terhadap keterampilan psikomotorik pada pembelajaran senam nifas. Mahasiswa dengan penerapan media peragaan langsung rata-rata memiliki keterampilan psikomotorik 13.89 poin lebih tinggi daripada mahasiswa dengan penerapan media audiovisual (b = 13.89; Ci 95% 20.77 hingga 7.01). terdapat pula perbedaan pengaruh positif dan secara statistik signifikan minat belajar terhadap keterampilan psikomotorik pada pembelajaran senam nifas. setiap peningkatan 1 poin skor minat meningkatkan skor keterampilan psikomotorik senam nifas 0.63 poin (b = 0.63; Ci 95% -0.089 hingga 1.35; p = 0.085).

DAFTAR PUSTAKA

1. syah M. 2003. *Psikologi Pendidikan dengan Pendekatan Baru*. Bandung: remaja rosdakarya
2. Hamalik. 2003. *Perencanaan Pengajaran Berdasarkan Pendekatan Sistem*. jakarta: Pt Bumi aksara.
3. Ronquillo U. 2009. *Media Pembelajaran*. (on line) available: http://endonesa.wordpress.com/ajaran-pembelajaran/media-pembelajaran/. diakses tanggal 12 juli 2011
4. djamarah dan Zain a. 2006. *Strategi Belajar Mengajar*. jakarta: rineka Cipta
5. sofyan, M. 2005. 50 tahun ikatan Bidan indonesia Bidan Menyongsong Masa depan. jakarta: PP iBi.
6. Murti B. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. yogyakarta: gadjah Mada university Press.
7. roestiyah. 2008. *Strategi Belajar Mengajar*. jakarta: Pt rineka Cipta
8. adrian. 2004. *Metode Mengajar Berdasarkan Tipologi Belajar Siswa*. http://www.re-searchhengies.com/artos-65.html. diakses tanggal 12 juli 2011
9. djamarah sB. 2002. *Psikologi Belajar*. jakarta: rineka Cipta
10. Purwati. 2008. *Perbedaan Hasil Belajar Psikomotorik Penggunaan Metode Demonstrasi dan Metode Audiovisual pada Pembelajaran Pemasangan Intra*

Uterine Device (IUD). karya tulis ilmiah. d iV kebidanan: uns

11. djamarah sB. 2002. *Psikologi belajar*. jakarta: rineka Cipta
12. suwito. 2009. *Pengaruh Penggunaan Media Pembelajaran Laboratorium Kimia Dan Video Compact Disc Terhadap Prestasi Belajar Kimia Ditinjau Dari Minat Belajar Siswa.* tesis. Pascasarjana: uns
13. Handayani d. 2010. *Pengaruh media pembelajaran dan minat belajar terhadap pengetahuan tentang pemasangan kontrasepsi implant.* tesis. Pascasarjana: uns.

PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA TERHADAP PENGETAHUAN ORGAN REPRODUKSI DAN SIKAP DALAM MERAWATNYA PADA SISWA KELAS VII SMP NEGERI 6 SURAKARTA

Diyah Paramita Nugraha[1)] , Nunuk Suryani[2)], Pancrasia K. Murdani[2)]
akademi kebidanan yogyakarta[1)], universitas sebelas Maret[2)]

ABSTRAK

Latar belakang: Maraknya pergaulan bebas di kalangan remaja akhir-akhir ini antara lain disebabkan kurangnya pengetahuan mereka tentang pendidikan seks yang jelas dan benar. Pendidikan seks kebanyakan hanya diketahui dari penjelasan teman, membaca buku-buku porno, melihat gambar-gambar porno dari buku maupun internet. remaja yang mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja 42,2%. ketidaktahuan remaja tentang perawatan organ reproduksi remaja perempuan 11,3% dan remaja laki-laki 6,4%. rekomendasi diadakannya pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah tingkat pertama bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja.
Tujuan: untuk mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap pengetahuan organ reproduksi pada siswa kelas Vii sMP negeri 6 surakarta. untuk mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap sikap dalam merawat organ reproduksi pada siswa kelas Vii sMP negeri 6 surakarta.
Metode: jenis penelitian ini adalah eksperimen semu dengan desain *pretest posttest control group design*. Populasinya adalah siswa sMP negeri 6 surakarta kelas Vii. teknik sampling yang digunakan adalah *cluster sampling*. teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner tertutup pengetahuan dan sikap. teknik analisis data menggunakan *wilcoxon signed rank test*.
Hasil: pada pengujian post test pengetahuan baik dengan leaflet dan ceramah memiliki p = 0,040 (p < 0,05) maka terdapat perbedaan rata-rata yang signifikan antara *post test-pre test* pengetahuan kelompok leaflet dan ceramah.. Pada pengujian post test sikap memiliki p = 0,001 (p < 0,05) maka terdapat perbedaan rata-rata yang signifikan antara *post test-pre test* sikap kelompok leaflet dan ceramah.
Kesimpulan: ada pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap pengetahuan organ reproduksi. ada pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap sikap dalam merawat organ reproduksi. Penyuluhan kesehatan reproduksi remaja dapat meningkatkan pengetahuan organ reproduksi dan sikap dalam merawatnya.

Kata kunci: Penyuluhan, kesehatan reproduksi remaja, Pengetahuan, sikap

PENDAHULUAN

di indonesia saat ini 62 juta remaja sedang bertumbuh di tanah air. artinya, satu dari lima orang indonesia berada dalam rentang usia remaja. Mereka adalah calon generasi penerus bangsa dan akan menjadi orangtua bagi generasi berikutnya. tentunya, dapat dibayangkan, betapa besar pengaruh segala tindakan yang mereka lakukan saat ini kelak di kemudian hari tatkala menjadi dewasa dan lebih jauh lagi bagi bangsa di masa depan [(1)].

sayangnya sering kali informasi yang benar untuk remaja tidak didapatkan karena akses untuk itu memang tidak ada. kalaupun ada masih sedikit sekali yang bisa dengan mudah didapatkan oleh remaja. termasuk juga akses remaja untuk mendapatkan pelayanan terhadap berbagai masalah yang dihadapinya. seringkali malah remaja lebih terpapar mitos-mitos yang justru semakin membuat remaja semakin tidak memiliki pegangan untuk membentuk jati diri dan kemampuannya

untuk mengambil keputusan yang benar. tentunya lemahnya mutu pendidikan dan belum meratanya kesempatan remaja mendapatkan pendidikan yang layak juga menjadi sebuah permasalahan bagi bangsa ini [2].

Maraknya pergaulan bebas di kalangan remaja akhir-akhir ini antara lain disebabkan kurangnya pengetahuan mereka tentang pendidikan seks yang jelas dan benar. Pendidikan seks kebanyakan hanya diketahui dari penjelasan teman, membaca buku-buku porno, melihat gambar-gambar porno dari buku maupun internet [3].

sebenarnya karakteristik dan perjalanan tumbuh kembang remaja tidak pernah berubah antara generasi lalu dengan generasi sekarang. Masa remaja tetaplah merupakan suatu fase pertumbuhan dan perkembangan antara masa anak dan masa dewasa. dalam periode ini pastilah terjadi perubahan yang sangat pesat dalam dimensi fisik, mental dan sosial. Masa ini juga merupakan periode pencarian identitas diri, sehingga remaja sangat mudah terpengaruh oleh lingkungan. umumnya proses pematangan fisik lebih cepat dari pematangan psikososialnya. karena itu seringkali terjadi ketidakseimbangan yang menyebabkan remaja sangat sensitif dan rawan terhadap stres. Perkembangan fisik remaja dalam usia ini, juga perkembangan kematangan seksualnya, mengalami perubahan yang sangat pesat dan sudah seharusnya menjadi perhatian khusus bagi remaja [2].

remaja indonesia masih minim mendapatkan pengetahuan tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi, karena untuk penyampaian informasi mengenai hal itu masih dianggap tabu. selain itu, lebih dari 80% remaja merasa lebih nyaman membicarakan masalah seksual dengan teman. sehingga tidak menutup kemungkinan informasi yang mereka terima masih simpang siur. Padahal jika mereka tahu risiko dari berhubungan seksual pranikah, angka-angka tersebut seharusnya bisa lebih ditekan [4]. Berdasarkan survei kesehatan reproduksi remaja indonesia (skrri) tahun 2002-2003, sebanyak 2% remaja putri dan 28% remaja putra tidak mengerti tanda perubahan fisik apapun dari lawan jenisnya. kurangnya pengetahuan tentang biologi dasar pada remaja mencerminkan kurangnya pengetahuan tentang risiko yang berhubungan dengan tubuh mereka dan cara menghindarinya [5].

Berdasarkan survey, perilaku beresiko yang berdampak pada kesehatan reproduksi remaja yang dilakukan Lembaga Demografi Fakultas ekonomi universitas indonesia dengan united nations Population Fund dan Badan koordinasi keluarga Berencana nasional desember 2005, memberikan gambaran bahwa presentase remaja yang mendapat informasi tentang penjelasan masalah kesehatan reproduksi remaja adalah 42,2%. ketidaktahuan remaja tentang perawatan organ reproduksi ada sekitar 11,3% remaja perempuan dan 6,4% remaja laki-laki [6].

Berdasarkan hasil penelitian tersebut menghasilkan beberapa rekomendasi yang salah satunya adalah diadakannya pendidikan kesehatan reproduksi remaja di sekolah-sekolah terutama di tingkat sekolah Menengah Pertama (sMP). salah satu bentuk pendidikan kesehatan adalah penyuluhan, kesehatan reproduksi remaja merupakan kegiatan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksi remajanya dan mempersiapkan kehidupan

berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang[7].

Mengingat masih banyaknya pelajar yang belum mengerti tentang kesehatan reproduksi, sangatlah penting untuk dilakukan penyuluhan dengan harapan dapat mengubah pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi pada remaja. Maka penulis tertarik dan ingin mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap pengetahuan organ reproduksi dan sikap dalam merawatnya.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian jenis eksperimen semu *(quasi experiment),* dengan menggunakan desain *Non Equivalent Control Group (pretest posttest control group design)*[8]. dalam rancangan ini, membagi subjek dalam 2 kelompok. satu kelompok sebagai kelompok eksperimen yang diberi perlakuan yang berupa penyuluhan kesehatan reproduksi remaja dengan ceramah dan satu kelompok lagi sebagai kelompok kontrol (pembanding) yang diberi perlakuan yang berupa penyuluhan keseharan reproduksi remaja dengan leaflet.

kuesioner disebarkan kepada responden pada saat *pretest* dan *posttest* untuk mendapatkan data pengetahuan organ reproduksi dan sikap dalam merawatnya. *Pretest* dilakukan pada saat responden belum diberi intervensi penyuluhan kesehatan reproduksi remaja berupa ceramah atau pemberian leaflet sedangkan *posttest* dilakukan setelah penyuluhan kesehatan reproduksi remaja berupa ceramah atau pemberian leaflet tentang organ reproduksi.

untuk analisa data menggunakan *wilcoxon signed rank test*, uji ini umumnya digunakan jika skala pengukuran datanya ordinal dan skala interval maupun rasional yang tidak memenuhi syarat untuk uji t atau uji F kategori perlakuan sama dengan dua (P=2) dan berpasangan [9].

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Berdasarkan pengolahan data hasil penelitian diketahui bahwa pengetahuan responden baik pada kelompok penyuluhan dengan leaflet maupun pada kelompok penyuluhan dengan ceramah secara deskriptif menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan. distribusi frekuensi pengetahuan responden sebelum dan sesudah penyuluhan pada kelompok penyuluhan dengan leaflet dan ceramah dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet

Sikap	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Baik	4	12,5	23	71,9
sedang	26	81,3	9	28,1
rendah	2	6,3	0	0,0
jumlah	32	100,0	32	100,0

Pengetahuan responden pada kelompok penyuluhan dengan leaflet sebelum penyuluhan sebagian besar dikategorikan sedang (81,3%) sedangkan sesudah penyuluhan sebagian besar dikategorikan baik (71,9%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Kelompok Penyuluhan dengan ceramah

Sikap	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Baik	3	9,7	16	51,6
sedang	24	77,4	14	45,2
rendah	4	12,9	1	3,2
jumlah	31	100,0	31	100,0

adapun pengetahuan responden pada kelompok penyuluhan dengan ceramah sebelum penyuluhan sebagian besar dikategorikan sedang (77,4%) sedangkan sesudah penyuluhan dikategorikan baik (51,6%).

Berdasarkan pengolahan data hasil penelitian diketahui bahwa sikap responden tinggi pada kelompok penyuluhan dengan leaflet maupun pada kelompok penyuluhan dengan ceramah secara deskriptif menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan. distribusi frekuensi sikap responden sebelum dan sesudah penyuluhan pada kelompok penyuluhan dengan leaflet dan ceramah dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Sikap Responden Kelompok Penyuluhan dengan Leaflet

Sikap	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
tinggi	23	71,9	32	100,0
sedang	9	28,1	0	0,0
rendah	0	0,0	0	0,0
jumlah	32	100,0	32	100,0

sikap responden pada kelompok penyuluhan dengan leaflet sebelum penyuluhan sebagian besar dikategorikan tinggi (71,9%) sedangkan sesudah penyuluhan semuanya dikategorikan tinggi (100,0%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Sikap Responden Kelompok Penyuluhan dengan ceramah

Sikap	Pre tes		Post tes	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
tinggi	19	61,3	24	77,4
sedang	12	38,7	7	22,6
rendah	0	0,0	0	0,0
jumlah	31	100,0	31	100,0

adapun sikap responden pada kelompok penyuluhan dengan ceramah sebelum penyuluhan dikategorikan tinggi (61,3%) sedangkan sesudah penyuluhan dikategorikan tinggi dengan adanya peningkatan (77,4%).

dengan tingginya pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang organ reproduksi maka seseorang tersebut akan mengetahui lebih banyak pentingnya perawatan organ reproduksi. sehingga mereka akan melakukan perawatan organ reproduksi dengan benar. dan dengan terbatasnya pengetahuan maka seseorang tersebut tidak akan melakukan perawatan organ reproduksi. semakin dini remaja mengerti tentang organ reproduksi dan cara perawatannya, diharapkan di masa akan datang mereka akan terhindar dari penyalahgunaan fungsi organ reproduksi dan terhindar dari penyakit-penyakit yang berhubungan dengan organ reproduksi.

upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggungjawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini [10].

Penyuluhan kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Penyuluhan kesehatan dalam penelitian ini adalah tentang kesehatan reproduksi. Penyuluhan kesehatan reproduksi ini diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan

pengetahuan siswa tentang organ reproduksi. Pengetahuan yang diberikan meliputi pengertian dari organ reproduksi, anatomi dan fungsi organ reproduksi baik pada perempuan maupun laki-laki serta perawatannya. Harapan yang ingin dicapai dari penyuluhan ini adalah siswa dapat menerapkan pengetahuan yang dimiliki dalam perilaku hidup sehat, diantaranya dengan melakukan perawatan organ reproduksi dengan benar.

Penyuluhan kesehatan diberikan dengan leaflet dan ceramah. Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat[11]. isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi. Penyuluhan kesehatan dengan ceramah adalah menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan. Metode leaflet dan ceramah ini efektif untuk memberikan informasi yang merupakan bagian dari media pendidikan kesehatan yaitu suatu usaha untuk membantu individu atau kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) nya untuk mencapai kesehatan optimal.

Pada penelitian ini, menunjukkan bahwa dengan dilakukan penyuluhan kesehatan reproduksi akan menambah pengetahuan dan sikap siswa terhadap organ reproduksi dan cara merawatnya. Pengetahuan siswa tidak akan bisa bertambah dan berkembang tanpa adanya penambahan materi baik melalui leaflet maupun ceramah.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap pengetahuan dan sikap dalam merawat organ reproduksi pada siswa kelas Vii sMP negeri 6 surakarta. dari hasil penelitian ini menunjukkan pengaruh baik pada siswa yang sudah diberikan penyuluhan kesehatan reproduksi melalui leaflet dan ceramah terhadap pengetahuan organ reproduksi dan sikap dalam merawatnya. Penyuluhan kesehatan reproduksi dapat meningkatkan pengetahuan organ reproduksi dan sikap dalam merawatnya. institusi dapat menyelenggarakan penyuluhan kesehatan khususnya tentang reproduksi remaja, dalam hal ini bisa bekerjasama dengan puskesmas atau dinas kesehatan setempat.

DAFTAR PUSTAKA

1. jameela a. 2008. *Remaja Indonesia Masih Sangat Membutuhkan Informasi Kesehatan Reproduksi*. http://www.mitrainti.org/?q=node/407. 14 Mei 2011.
2. okanegara. 2007. *Kondisi Remaja Indonesia Saat Ini*. http://www.balebengong.net/2007/08/12/remaja-saat-ini-tragis-atau-strategis/. 14 Mei 2011.
3. sukamto. 2007. *Kesehatan Reproduksi Pria dan Wanita*. http://indochat.forumotion.com/mh-and-beauty-f13/kesehatan-alat-reproduksi-t139.htm. 11 Maret 2011.
4. Zahra a. 2010. *Genting! Pendidikan Kesehatan Reproduksi*. http://mylearningissue.wordpress.com/2010/02/21/genting-pendidikan kesehatanreproduksi/. 19 Maret 2011.
5. Pinem s. 2009. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. jakarta : trans info Media.
6. Warliana. 2007. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi Terhadap Perilaku Seksual Pra Nikah di SMU Negeri 1 Yogyakarta.*

7. Maryani 2008. *Efektivitas Penyuluhan Kesehatan reproduksi Remaja*. http://www.fisip.uns.ac.id. 11 Maret 2011.
8. Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung : alfabeta
9. Suryosubroto. 2007. *Proses Belajar Mengajar di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta
10. Suciyati. 2006. *Remaja Sehat, Remaja Gaya Rendahnya Pengetahuan Reproduksi Remaja*. http://www.posmetropadang.com/content/view/5388/117/. 3 Maret 2011.
11. Sarwono S. 2007. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERAN GANDA WANITA USIA MENOPAUSE DENGAN PERILAKU MENGATASI KELUHAN MENOPAUSE

Meilia Siti Fatimah[1)], Didik Gunawan Tantomo[2)], Putu Suriyasa[2)]
akademi kebidanan yogyakarta[1)], universitas sebelas Maret[2)]

ABSTRAK

Latar Belakang : Pembentukan perilaku untuk mengatasi keluhan menopause dipengaruhi faktor internal dan eksternal. Pengetahuan tentang menopause termasuk salah satu faktor internal, kurangnya pengetahuan berakibat kurang optimalnya kesehatan para wanita menopause. selain itu, wanita berperan ganda yaitu sebagai ibu rumah tangga sekaligus sebagai wanita bekerja, pastilah mempunyai beban kerja lebih banyak.
Metode: jenis penelitian analitik dengan desain *cross sectional.* Populasinya seluruh wanita usia menopause di kelurahan sragen tengah, berumur 45-54 tahun yang berjumlah 385 orang. diperoleh 80 sampel dari 16 rW dengan *proportional cluster random sampling*. Pengumpulan data dengan kuesioner. analisis data menggunakan regresi logistik ganda.
Hasil : Hasil penelitian terdapat hubungan positif antara pengetahuan tentang menopause dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. Wanita usia menopause yang berpengetahuan tinggi berpotensi memiliki perilaku empat kali lebih baik dalam mengatasi keluhan menopause daripada wanita usia menopause yang berpengetahuan rendah (*b* = 1,413, or = 4,11, Ci 95% 1,23 hingga 13,74).
Kesimpulan: terdapat hubungan positif antara status peran ganda dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. Wanita berperan ganda berpotensi memiliki perilaku empat kali lebih baik dalam mengatasi keluhan menopause daripada wanita berperan tunggal yaitu sebagai ibu rumah tangga saja (*b* = 1,349, OR = 3,86, CI 95% 1,05 hingga 14,20). Koefisien tersebut mengontrol pengaruh pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan.

PENDAHULUAN

jumlah penduduk indonesia dari hasil sensus penduduk tahun 2010 mencapai 237.641.326 jiwa. sementara itu dalam kelompok umur 45-74 tahun penduduk wanita berjumlah 24.267.780 jiwa, sedangkan penduduk pria pada usia yang sama berjumlah 23.974.013 jiwa. jadi proporsi jumlah penduduk wanita lebih banyak daripada pria untuk kelompok umur tersebut [(1)].

trend usia Harapan Hidup (uHH) penduduk indonesia terus meningkat berdasarkan data statistik yang dikeluarkan oleh kementrian koordinator kesejahteraan rakyat, dari 54 pada tahun 1980 menjadi 70 pada tahun 2008 [(2)]. *CIA World Factbook* juga memperkirakan uuH rata-rata penduduk indonesia tahun 2011 sebesar 73,38 dimana 68,26 untuk pria dan 70,76 untuk wanita. sehingga dapat disimpulkan bahwa uHH wanita lebih tinggi dari uHH pria [(3)]. uHH yang semakin meningkat digunakan sebagai indikator semakin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat indonesia [(2)].

Peningkatan usia harapan hidup wanita yang lebih tinggi daripada pria, menyebabkan kelompok lanjut usia lebih banyak diduduki oleh para wanita. Hal tersebut terkait asumsi bahwa masa menopause dapat terjadi pada setiap wanita mulai umur 45-50 tahun. Berarti jumlah wanita yang mengalami menopause semakin meningkat setiap tahunnya. dengan demikian akan banyak pula jumlah wanita yang menopause beserta dengan segala permasalahannya [(4)].

Wanita yang memasuki masa menopause akan dihadapkan pada permasalahan baru, berupa keluhan akibat terjadinya perubahan pada metabolisme tubuh. Munculnya keluhan pada masa menopause, dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang menopause akan berakibat kurang optimalnya kesehatan para wanita menopause ini[5].

gejala psikologis wanita menopause adalah kecemasan, sering terjadi depresi, reaksi takut, mudah marah, perasaan rendah diri, merasa tak berguna, merasa di ambang kematian, serta reaksi emosional lainnya. Wanita dalam kondisi ini menyatakan kekhawatiran terhadap ketidakmampuan fisiknya dalam kehidupan sehari-hari. Maka, ungkapan perasaan penting dalam kehidupan seorang wanita[6].

Menopause akan menjadi masalah serius bagi kita sebagai tenaga kesehatan, akibat tingkat harapan hidup yang makin tinggi, dimana usia menopause berlangsung pada sepertiga penghujung hidup di usia yang semakin tidak produktif lagi[7].

informasi tentang kesehatan sangat diperlukan dalam menghadapi masa menopause, terutama gejala pada masa menopause yang dapat mengganggu aktivitas kehidupan wanita sehari-hari. Wanita menopause diharapkan dapat menanggulangi keluhan dan mampu mencegah kesakitan yang mungkin timbul, sehingga mereka dapat memiliki kualitas hidup yang optimal di hari tuanya[8].

Wanita telah digariskan untuk mengatasi masalah, terutama ekonomi keluarga dan masalah anak-anak. sebagai orang kedua setelah suami, seorang wanita lebih banyak bertanggung jawab ke dalam rumah tangganya, bertanggung jawab terhadap keberhasilan pendidikan anak-anaknya, juga terhadap keutuhan dan keharmonisan keluarganya[6]. Bahkan, bagi kalangan keluarga miskin, beban yang harus ditanggung oleh wanita sangat berat apalagi jika wanita ini harus bekerja di luar sehingga harus memikul peran yang ganda. dengan demikian sebenarnya kaum wanita ini merupakan korban dari bias gender di masyarakat [9].

Peningkatan jumlah penduduk indonesia yang bekerja pada tahun 2007 didominasi oleh wanita. dalam satu tahun, peningkatan penduduk wanita yang bekerja sebesar 2,12 juta orang, sedangkan peningkatan penduduk pria yang bekerja hanya sebesar 287 ribu orang. alasan mengapa wanita bekerja adalah karena dorongan ekonomi keluarga, disamping semakin terbukanya kesempatan bekerja pada kaum wanita. Peningkatan tersebut sebagian besar berasal dari wanita yang sebelumnya hanya berstatus mengurus rumah tangga [10].

Berbagai pengalaman dan adanya penerimaan dalam masyarakat bahwa wanita berperan ganda adalah hal yang wajar, maka dari permasalahan inilah penulis tertarik untuk mengangkatnya sebagai suatu penelitian dengan tujuan menganalisis hubungan antara pengetahuan dan peran ganda wanita usia menopause dengan perilaku mengatasi keluhan menopause, yang diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat.

METODE PENELITIAN

desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain *cross sectional* (studi potong lintang). Penelitian dilakukan di kelurahan sragen tengah, kecamatan sragen, kabupaten sragen, dan waktu pelaksanaan mulai dari penyusunan proposal hingga laporan selesai yaitu bulan november 2011 sampai april 2012.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita usia menopause di kelurahan sragen tengah. kriterianya yaitu wanita berumur 45-54 tahun yang berjumlah 385 orang. dalam penelitian ini menggunakan 2 variabel bebas dan 2 variabel perancu, maka penelitian ini menggunakan 80 sampel sebagai subjek penelitian. Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *proportional cluster random sampling*, yaitu proporsi berdasarkan besar sampel yang telah dihitung, sedangkan kelompok didasarkan pada pembagian area geografis [(11)]. dalam penelitian ini, kelurahan sragen tengah dibagi menjadi 16 rW (rukun Warga) atau area geografis.

alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang diberikan kepada wanita usia menopause dalam sampel penelitian. kuesioner pengetahuan berupa soal obyektif test dengan empat alternatif pilihan jawaban. kuesioner pengetahuan dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 orang wanita usia menopause di luar sampel yang memiliki karakteristik serupa dengan sampel. setelah diolah dengan program anates, didapat hasil soal pengetahuan tentang menopause sebanyak 19 item pertanyaan valid dengan reliabilitas sebesar 0,86.

untuk mengetahui wanita usia menopause tersebut mengalami peran ganda atau tidak yaitu dalam lembar identitas responden dengan cara mengisi kolom jenis pekerjaan. sedangkan untuk mengukur perilaku mengatasi keluhan menopause yaitu dengan mengisi sejumlah pernyataan dengan lima alternatif jawaban skala perilaku (selalu, sering, kadang-kadang, jarang, tidak Pernah).

kuesioner perilaku juga dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 orang wanita usia menopause di luar sampel yang memiliki karakteristik serupa dengan sampel. setelah diolah dengan *pearson product moment* didapat hasil bahwa kuesioner perilaku mengatasi keluhan menopause sebanyak 21 item pernyataan valid, kemudian diolah dengan *cronbach alpha* menghasilkan reliabilitas sebesar 0,983.

Metode analisis data meliputi teknik regresi logistik ganda untuk analisis multivariat, untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan peran ganda wanita usia menopause dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. sedangkan untuk mengetahui ukuran kekuatan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan *odds ratio* (or), dengan *confidence interval* (Ci) 95% .

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 2. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda

Variabel	Koefisien Regresi (b)	p	OR	CI 95%	
				Batas bawah	Batas atas
Pengetahuan tinggi	1,41	0,022	4,11	1,23	13,74
status peran ganda	1,35	0,042	3,86	1,05	14,20
Pendapatan keluarga tinggi	2,32	0,002	10,21	2,41	43,28
Jumlah tanggungan ≤ 2 orang	1,88	0,006	6,55	1,72	24,89
konstanta (*a*)	-4,14	<0,000	0,02		
n observasi = 80					
log likelihood = 75,5					
nagelkerke r = 47,3 %					

sumber: data Primer, Februari 2012

Pembentukan perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor internal yaitu karakteristik yang bersifat bawaan, dan faktor eksternal yaitu lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik sering juga menjadi faktor dominan yang mewarnai perilaku seseorang[12]. Maka, pengetahuan tentang menopause termasuk salah satu faktor internal dalam pembentukan perilaku wanita saat mengalami menopause.

dalam penelitian ini, terdapat hubungan positif antara pengetahuan tentang menopause dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. Wanita usia menopause yang berpengetahuan tinggi tentang menopause berpotensi memiliki perilaku 4 kali lebih baik dalam mengatasi keluhan menopause daripada wanita usia menopause yang berpengetahuan rendah (*b* = 1,413, or = 4,11, Ci 95% 1,23 hingga 13,74). Koefisien tersebut sudah mengontrol pengaruh pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan.

Pengetahuan merupakan ranah yang sangat penting dalam membentuk tindakan atau perilaku seseorang[12]. upaya untuk mengurangi keluhan wanita menopause yaitu dengan melakukan pencegahan dini dan pemberian pengetahuan tentang kesehatan yang mudah dan benar[13]. Banyaknya keluhan pada masa menopause berakibat kurang optimalnya kesehatan para wanita menopause jika pengetahuan masyarakat tentang menopause ini kurang[5].

dalam penelitian dengan judul "Hubungan tingkat Pengetahuan tentang Menopause dengan tingkat kecemasan ibu Menjelang Menopause di desa krengseng kecamatan gringsing kabupaten Batang", didapatkan ha- sil bahwa tingkat pengetahuan tentang meno- pause memiliki hubungan negatif dengan tingkat kecemasan ibu menjelang menopause (r = -0,426, *p* = 0,001). dengan memiliki pengetahuan yang tinggi tentang menopause maka ibu memiliki tingkat kecemasan yang rendah menjelang menopause, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesiapan ibu dalam mengahadapi menopause [14].

Penelitian tentang pengetahuan dan kesiapan ibu menghadapi menopause dengan judul "Hubungan tingkat Pengetahuan tentang Menopause dengan kesiapan Menghadapi Menopause pada ibu Premenopause di Perumahan sewon asri yogyakarta". Penelitian tersebut menujukkan bahwa pengetahuan tentang menopause dengan kesiapan menghadapi menopause mempunyai hubungan positif ($r_{hitung} > r_{tabel}$ yaitu 0,540 > 0,496) [15].

Penelitian lain dengan judul "Hubungan tingkat Pengetahuan dengan Perilaku ibu kelompok Pengajian dalam Menghadapi Menopause di kelurahan tegalsari semarang", menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu tinggi (63,4%), disertai dengan perilaku persiapan menghadapi menopause yang tinggi pula (73,2%) (*p* = 0,006). dapat disimpulkan dengan pengetahuan yang tinggi tentang menopause, maka akan mendorong ibu-ibu untuk berperilaku sehat menghadapi menopause[16].

sebelumnya dijelaskan bahwa selain dipengaruhi faktor internal, pembentukan perilaku juga dipengaruhi faktor eksternal yaitu lingkungan yang meliputi lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik. dalam penelitian ini status peran ganda wanita berhubungan dengan pekerjaan wanita disamping sebagai ibu rumah tangga, yang merupakan salah satu bentuk lingkungan sosial wanita[12].

Peran ganda wanita mempunyai arti keterlibatan wanita secara aktif yang didasari motivasi berupa keinginan kuat untuk mengaktualisasi diri, adanya keyakinan dan penilaian positif terhadap diri sendiri akan kemampuannya. sebenarnya alasan mengapa wanita bekerja, selain karena tuntutan akan kebutuhan hidup juga karena peningkatan taraf pendidikan kaum wanita. Perjalanan peran ganda wanita indonesia telah berjalan puluhan tahun dan para wanita, terutama yang berpendidikan, tidak pernah merasakan adanya suatu tekanan atau paksaan agar mereka bekerja sekaligus berperan sebagai ibu rumah tangga[17].

dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara status peran ganda dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. Wanita yang berstatus peran ganda berpotensi memiliki perilaku 4 kali lebih baik dalam mengatasi keluhan menopause daripada wanita yang berstatus peran tunggal yaitu sebagai ibu rumah tangga saja (*b* = 1,349, or = 3,86, Ci 95% 1,05 hingga 14,20). Koefisien tersebut sudah mengontrol pengaruh pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan.

Pada umumnya wanita yang menemui banyak masalah adalah mereka yang hidupnya tertekan dan tidak bebas, seperti kehidupan wanita-wanita berpendidikan rendah sebagai ibu rumah tangga yang sehari-hari berurusan dengan anak. Berbeda dengan wanita bekerja atau wanita karier (*career woman*) sekaligus sebagai ibu rumah tangga (*house wife*) yang berpendidikan tinggi dan bekerja di luar rumah, mereka kurang mudah terkena depresi karena mempunyai peranan lain yang bisa melibatkan dirinya secara aktif dan bisa memuaskan kebutuhannya[18].

dalam penelitian dengan judul "Perbedaan tingkat kecemasan Menghadapi Menopause pada Wanita Bekerja dan tidak Bekerja di desa kemantrenrejo kecamatan rejoso kabupaten Pasuruan", dari analisis data menggunakan teknik *T-test* didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kecemasan menghadapi menopause pada wanita yang bekerja dan wanita tidak bekerja, yaitu tingkat kecemasan wanita bekerja lebih rendah (rerata 71,024) daripada wanita tidak bekerja (rerata 103,585) dalam menghadapi menopause[19].

adanya perbedaan sikap menghadapi menopause antara ibu rumah tangga dan wanita berperan ganda juga pernah dibuktikan dalam penelitian yang berjudul "Perbedaan sikap dalam Menghadapi Menopause antara ibu rumah tangga dan Wanita Berperan ganda di rW Xi Perumahan Bumi graha indah (Bgi) kecamatan jaten kabupaten karanganyar tahun 2009". dari uji beda menggunakan *chi square* dengan Ci 95% menghasilkan nilai chi kuadrat hitung sebesar 6,071 (*p* = 0,014)yang berarti terdapat perbedaan sikap yang bermakna antara ibu rumah tangga dan wanita berperan ganda[20].

sebagaimana diketahui bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh lingkungan ekonomi [12], maka hasil penelitian ini telah dikontrol dengan variabel pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan anak dalam keluarga. dari analisis multivariat regresi logistik ganda, hasil perhitungan menunjukkan nilai nagelkerke r sebesar 47,3 %. artinya variabel pengetahuan tentang menopause dan peran ganda wanita usia menopause, setelah dikontrol dengan variabel pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan mampu mempengaruhi perilaku mengatasi keluhan menopause

sebesar 47,3%, sedangkan 52,7% sisanya dari pengaruh perilaku mengatasi keluhan menopause disebabkan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

dalam teori lawrence green menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu *Predisposing factor* yang merupakan faktor yang pemudah dan mendasari terjadinya perilaku seseorang, meliputi pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, kepercayaan, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. *Enambling factor* yang merupakan faktor pendukung, mencakup ketersediaan sarana prasarana atau fasilitas kesehatan masyarakat. *Reinforcing factor* yang merupakan faktor penguat, meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan petugas kesehatan[12].

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara pengetahuan tentang menopause dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. Wanita usia menopause yang berpengetahuan tinggi tentang menopause berpotensi memiliki perilaku 4 kali lebih baik dalam mengatasi keluhan menopause daripada wanita usia menopause yang berpengetahuan rendah tentang menopause (*b* = 1,413, or = 4,11, Ci 95% 1,23 hingga 13,74). Koefisien tersebut sudah mengontrol pengaruh pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan. juga menunjukkan adanya hubungan positif antara status peran ganda wanita dengan perilaku mengatasi keluhan menopause. Wanita yang berstatus peran ganda berpotensi memiliki perilaku 4 kali lebih baik dalam mengatasi keluhan menopause daripada wanita yang berstatus peran tunggal yaitu sebagai ibu rumah tangga saja (*b* = 1,349, or = 3,86, Ci 95% 1,05 hingga 14,20). Koefisien tersebut sudah mengontrol pengaruh pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan. Variabel pengetahuan tentang menopause dan peran ganda wanita usia menopause, setelah dikontrol dengan variabel pendapatan keluarga dan jumlah tanggungan mampu mempengaruhi perilaku mengatasi keluhan menopause sebesar 47,3%, sedangkan 52,7% sisanya pengaruh perilaku mengatasi keluhan menopause disebabkan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti (nagelkerke r sebesar 47,3 %).

LESSON LEARN

dewasa ini, trend wanita karier berkembang di indonesia seiring dengan peningkatan jumlah penduduk indonesia yang bekerja, khususnya wanita. ditambah lagi dengan meningkatnya usia Harapan Hidup (uHH) wanita yang lebih tinggi dari pria. namun, tidak perlu dikhawatirkan akan dampaknya terhadap masa menopause wanita yang memiliki peran ganda tersebut. dari hasil penelitian ini, kita dapat mengambil pelajaran bahwa dengan adanya peran ganda pada wanita akan meningkatkan perilaku wanita dalam mengatasi keluhan menopause ke arah yang lebih baik pada masa menopause mereka. dalam hal ini harus diimbangi dengan aktif mencari pengetahuan tentang menopause, baik sebab, macam keluhan dan bagaimana cara mengatasinya. semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita, khususnya kaum wanita yang menentukan pilihannya menjadi seorang wanita bekerja (wanita berperan ganda).

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat statistik. 2011. Population Cencus 2010. available online: *http:// www.bps.go.id.* diakses tanggal 3 november 2011.
2. dahlan t. 2011. usia Harapan Hidup rakyat indonesia. available online: *http://kesehatan.kompasiana.com/ medis/2011/02/06/usia-harapan-hidup-rakyat-indonesia/.* diakses tanggal 3 november 2011.
3. Wikipedia. 2011. daftar negara menurut angka Harapan Hidup. available online*: http://id.wikipedia.org/wiki/.* diakses tanggal 3 november 2011.
4. Pearce e C. 2009. *Anatomi Fisiologi*. jakarta: Widya Medika.
5. Mackenzie. 2006. *Menopause Tuntunan Praktis untuk Wanita* (edisi terjemahan oleh Widianto, g., yustina, rostiawati). jakarta: arcan.
6. Maramis W s. 2008. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. surabaya: airlangga.
7. Mansur H. 2009. *Psikologi Ibu dan Anak untuk Kebidanan*. jakarta: salemba Medika.
8. sukaisih n n. 2003. "Hubungan antara Masa Menopause dengan aktivitas Pengajaran guru sekolah dasar di Palembang". *Tesis*. yogyakarta: ugM.
9. nugroho r. 2008. *Gender dan Strategi Pengarus-utamaannya di Indonesia*. yogyakarta: Pustaka Pelajar.
10. Badan Pusat statistik. 2007. Berita resmi statistik: keadaan ketenagakerjaan indonesia Februari 2007. available online: *http://www.bps.go.id.* diakses tanggal 24 Maret 2012.
11. Murti B. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan.* yogyakarta: ugM Press.
12. notoatmodjo s. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. jakarta: rineka Cipta.
13. suparto H. 2008. *Sehat Menjelang Usia Senja*. Bandung: remaja rosda karya.
14. teramisinta W. 2009. "Hubungan tingkat Pengetahuan tentang Menopause dengan tingkat kecemasan ibu Menjelang Menopause di desa krengseng kecamatan gringsing kabupaten Batang". *Tesis*. semarang: uniMus.
15. ismiyati a. 2010. "Hubungan tingkat Pengetahuan tentang Menopause dengan kesiapan Menghadapi Menopause pada ibu Premenopause di Perumahan sewon asri yogyakarta". *Skripsi*. surakarta: uns.
16. adifero M j. 2008. "Hubungan tingkat Pengetahuan dengan Perilaku ibu kelompok Pengajian dalam Menghadapi Menopause di kelurahan tegalsari semarang". *Tesis*. semarang: uniMus.
17. susilantini e. 2007. Peran ganda Wanita indonesia. avaliable online: http:// *http:// uun-halimah.blogspot.com/2007/12/peran-ganda-wanita-indonesia.html.* diakses tanggal 16 januari 2012.
18. jatman. 2007. *Psikologi Perkembangan*. semarang: undiP.
19. yuliastri d. 2002. "Perbedaan tingkat kecemasan Manghadapi Menopause pada Wanita Bekerja dan tidak Bekerja di desa kemantrenrejo kecamatan rejoso kabupaten Pasuruan". *Tesis*. Bandung: itB.
20. yuliarsanti F. 2009. "Perbedaan sikap dalam Menghadapi Menopause antara ibu rumah tangga dan Wanita Berperan ganda di rW Xi Perumahan Bumi graha indah (Bgi) kecamatan jaten kabupaten karanganyar tahun 2009". *Karya Tulis Ilmiah*. surakarta: uns.

HUBUNGAN USIA MENOPAUSE DENGAN USIA MENARcHE, PARITAS DAN USIA MELAHIRKAN TERAKHIR PADA WANITA MENOPAUSE DI KELURAHAN REjOSARI PRINGSEWU LAMPUNG

Hikmah Ifayanti
akademi kebidanan Pringsewu lampung

ABSTRAK

Latar Belakang: Memasuki masa menopause, berbagai keluhan fisik dan psikis sering dialami oleh wanita. Penyakit kardio vaskular dan osteoporosis cenderung lebih tinggi pada wanita dengan menopause yang lebih cepat. Hasil studi pendahuluan didapatkan 6 orang dari 10 wanita menopause mengalami menopause lebih cepat dari usia rata-rata yaitu kurang dari 50 tahun.
Tujuan: Penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara usia menopause dengan usia *menarche*, paritas, dan usia melahirkan terakhir pada wanita menopause di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu kabupaten Pringsewu lampung.
jenis: jenis penelitian ini adalah survei yang bersifat deskriptif analitik dengan menggunakan rancangan *cross-sectional*. Penelitian dimulai sejak november sampai desember 2010. Populasi dari penelitian adalah wanita yang telah menopause di kelurahan rejosari dan sampel sebesar 97 orang.
Hasil: dari 97 responden usia menopause rata-rata 49,2 tahun, usia *menarche* rata-rata 14,79 tahun. jumlah paritas rata-rata 4,6 kali, dan usia responden melahirkan terakhir rata-rata 31,19 tahun. diperoleh hasil uji *chi square* hubungan usia menopause dengan usia *menarche* (p=0,428), usia menopause dengan paritas (p=0,01), usia menopause dengan usia melahirkan terakhir (p=0,817). dengan demikian terdapat hubungan antara usia menopause dan paritas dengan tingkat hubungan yang lemah (C=0,322).
Kesimpulan: Penelitian ini terdapat hubungan antara usia menopause dengan paritas di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu kabupaten Pringsewu lampung. Wanita dengan paritas tinggi memungkinkan untuk mengalami menopause pada usia yang lebih tua. untuk itu hasil penelitian dapat digunakan untuk memprediksi usia menopause pada wanita di kelurahan rejosari dengan melihat paritasnya. sehingga diharapkan dapat dilakukan penanganan atau upaya secara dini terhadap wanita sebelum mereka memasuki masa menopause.

Kata Kunci : usia Menopause, usia_*Menarche*, Paritas

PENDAHULUAN

Peningkatan usia wanita tentunya akan menimbulkan problem tersendiri, yaitu dengan munculnya keluhan-keluhan pada masa menopause. Masa ini mengingatkan wanita terhadap proses menjadi tua yang disebabkan oleh organ reproduksinya yang tidak berfungsi lagi[1].

Beberapa dampak pramenopause yang sering terjadi di masyarakat adalah kecemasan, takut, lekas marah, ingatan menurun, sulit konsentrasi, gugup, merasa tidak berguna, mudah tersinggung, stres bahkan depresi. Para wanita usia lanjut tersebut juga rentan terhadap penyakit degeneratif misalnya osteoporosis, penyakit jantung koroner, kanker, darah tinggi dan dimensia tipe alzheimer[2]. kini wanita indonesia rata-rata memasuki masa menopause pada usia 50 tahun[3]. Menopause umumnya terjadi pada usia 45-58 tahun dan dapat terjadi lebih awal pada beberapa wanita[4].

Banyak faktor yang diduga berkaitan dengan usia menopause. umur waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum dan pola kehidupan[5]. Menopause rupanya juga ada hubungan dengan *menarche*. Beberapa faktor yang mempengaruhi kapan seorang wanita mengalami menopause adalah *menarche*, faktor psikis, jumlah

anak, usia melahirkan terakhir, kontrasepsi, merokok dan sosial ekonomi[2]. ras, penggunaan alat kontrasepsi oral, jumlah kehamilan, usia *menarche* dan faktor sosioekonomi tampak tidak mempengaruhi waktu terjadinya menopause pada wanita[4].

METODE PENELITIAN

jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survei yang bersifat deskriptif analitik. rancangan penelitian menggunakan pendekatan *cross-sectional*.

Populasi penelitian ini adalah seluruh wanita menopause di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu kabupaten Pringsewu. jumlah populasi tersebut tidak terdapat data yang pasti, sehingga populasinya disebut populasi infinit. Disini tidak jelas kepastiannya berapa jumlahnya dan apa identitasnya atau ciri-cirinya, karena tidak ada catatan atau kartu status.

Pada penelitian ini sampel Penelitian adalah sebagian wanita menopause di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu kabupaten Pringsewu lampung yang telah memenuhi kriteria inklusi yaitu berjumlah 97 sampel. kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Wanita usia 45-60 tahun dengan menopause fisiologis
2. Bersedia diteliti
3. tidak pernah mendapat terapi sulih hormon
4. tidak pernah mendapatkan induksi ovulasi
5. tidak merokok dan mengkonsumsi alkohol
6. siklus menstruasi teratur (26-35 hari)
7. saat berhenti haid tidak sedang menggunakan alat kontrasepsi hormonal.
8. tidak pernah menerima kemoterapi.

kriteria eklusi pada penelitian ini adalah wanita menopause yang lupa dengan usia menopause, usia *menarche* dan usia melahirkan terakhir. sampel yang diambil adalah yang sesuai dengan kriteria inklusi secara *purposive sampling*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia *menarche*, paritas dan usia melahirkan terakhir sedangkan variabel terikat adalah usia menopause.

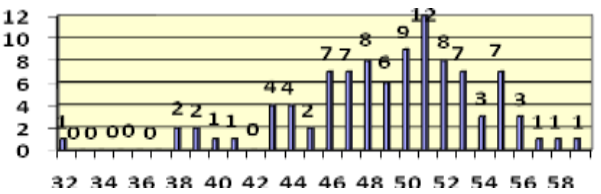
lokasi penelitian dilakukan di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu kabupaten Pringsewu lampung. sedangkan Waktu penelitian selama satu bulan yaitu dari tanggal 10 november sampai 10 desember 2010.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

kelurahan rejosari merupakan salah satu kelurahan yang terletak di kecamatan Pringsewu, kabupaten Pringsewu Provinsi lampung dengan luas 3.512 km^2. Pengumpulan data mengenai distribusi responden berdasarkan usia dibatasi mulai dari usia 45 hingga 60 tahun. dari hasil penelitian diketahui bahwa usia responden yang terbanyak adalah 58 tahun, yaitu sebesar 14,4%. usia rata-rata responden adalah 54,72 tahun dengan standar devisiasi sebesar 4,313.

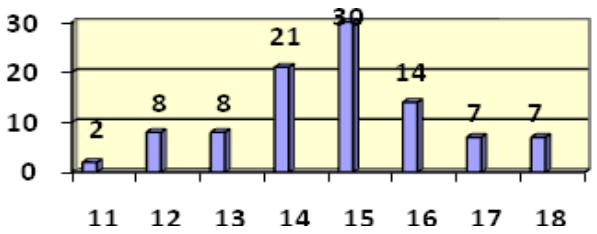
Usia Menopause di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung



Gambar 1. Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Usia Menopause di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

dari gambar dapat diketahui bahwa rata-rata responden mengalami menopause pada usia 49,2 tahun dengan standar devisiasi 4,79.

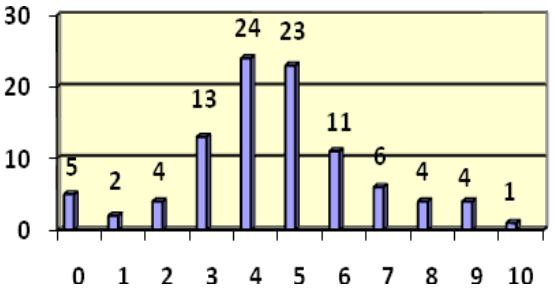
Usia Menarche di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung



Gambar 2. Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Usia *Menarche* di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

dari gambar dapat diketahui bahwa rata-rata responden mengalami *menarche* pada usia 14,79 tahun dengan standar devisiasi 1,64.

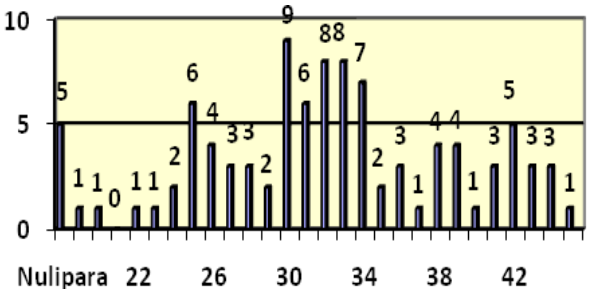
Paritas di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu



Gambar 4. Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Paritas di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

dari gambar dapat diketahui bahwa rata-rata responden melahirkan 4,6 kali dengan standar devisiasi 2,07.

Usia Melahirkan Terakhir di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu



Gambar 5. Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Usia Melahirkan Terakhir di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu

dari gambar dapat diketahui bahwa rata-rata responden melahirkan terakhir pada usia 31,19 tahun dengan standar devisiasi 9,43.

Usia Menopause dengan Usia *Menarche*

Tabel 1. Hubungan Usia Menopause dengan Usia *Menarche* di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

Usia Menopause	Usia *Menarche*				Total	
	<15 tahun		≥15 tahun			
	N	%	N	%	N	%
<50 tahun	20	44,4	25	55,6	45	100
≥50 tahun	19	36,5	33	63,5	52	100
total	39	40,2	58	59,8	97	100
Chi Square p=0,428						

Hasil uji statistik *Chi Square* menunjukkan bahwa p=0,428 (p > 0,05). H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara usia menopause dengan usia *menarche*.

Usia Menopause dengan Paritas

Tabel 2. Hubungan Usia Menopause dengan Paritas di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu Lampung

Usia Menopause	Paritas								Total	
	Nulipara		Primi-para		Multipara		Grande-multipara			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<50 tahun	2	4,4	1	2,2	27	60	15	33,3	45	100
≥50 tahun	3	5,8	1	1,9	14	26,9	34	65,4	52	100
total	5	5,2	2	2,1	41	42,3	49	50,5	97	100
Chi Square p=0,01										

Hasil uji statistik *chi square* menunjukkan bahwa p=0,01 (p<0,05). H_0 ditolak yang berarti ada hubungan bermakna antara usia menopause dengan paritas. sedangkan berdasarkan hasil perhitungan dengan uji statistik *coefficient contingensi*, tingkat kekuatan hubungan dari variabel usia menopause dan paritas diperoleh nilai C=0,322. dengan demikian hubungan antara usia menopause dengan paritas menunjukkan tingkat hubungan yang lemah.

Usia Menopause dengan Usia Melahirkan Terakhir

Tabel 3. Hubungan Usia Menopause dengan Usia Melahirkan di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Kabupaten Pringsewu Lampung

Usia Menopause	Usia Melahirkan Terakhir				Total	
	<40 tahun		≥40 tahun			
	N	%	N	%	N	%
<50 tahun	38	84,4	7	15,6	45	100
≥50 tahun	43	82,7	9	17,3	52	100
total	81	83,5	16	16,5	97	100
Chi Square p=0,817						

Hasil uji statistik *Chi Square* menunjukkan bahwa p=0,817 (p > 0,05). H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara usia menopause dengan usia melahirkan terakhir.

PEMBAHASAN

Usia Menopause di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

distribusi responden wanita yang telah mengalami menopause berdasarkan usia menopause di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu lampung pada bulan november-desember 2010, sebagian besar responden mengalami menopause pada usia ≥ 50 tahun. rata-rata responden mengalami menopause pada usia 49,2 tahun. dilihat dari karakteristik responden, sebagian besar responden berpendidikan rendah yaitu 69,1% hanya duduk di bangku sd. rata-rata responden bersosial ekonomi rendah, hal ini dibuktikan dengan jenis pekerjaan 41,2% ibu rumah tangga, 27,8% tani dan 14,4% buruh. Menurut dr. Faisal[2], menyebutkan bahwa di samping pendidikan, menopause kelihatannya dipengaruhi oleh faktor status sosial ekonomi.

Usia Menarche di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

distribusi responden wanita yang telah mengalami menopause berdasarkan usia *menarche* di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu lampung pada bulan november-desember 2010 sebagian besar responden mengalami *menarche* pada usia ≥15 tahun.

Menurut hasil penelitian dari 97 responden diperoleh usia *menarche* rata-rata14,79 tahun.

rata-rata usia *menarche* responden14,79 tahun sedangkan jika dibandingkan dengan usia *menarche* saat ini terjadi penurunan yaitu 12,5 tahun. dalam sebuah buku yang ditulis oleh Heffnefer dan schust[6], dalam 10 tahun terakhir ini usia *menarche* telah bergeser ke usia yang lebih muda. sekarang usia gadis remaja pada waktu *menarche* rata-rata berkisar 12,5 tahun. Hal ini dapat disebabkan oleh makin baiknya nutrisi dan kesehatan sekarang dibandingkan gadis remaja berpuluh-puluh tahun yang lalu. onset usia *menarche* sangat berhubungan dengan jumlah persentase lemak di tubuh. sesuai dengan fakta dan teori maka usia *menarche* pada 30-40 tahun yang lalu tampak lebih tinggi dibandingkan usia *menarche* remaja saat ini. Hal ini dipengaruhi sosial ekonomi dan status gizi dahulu yang tidak sebaik sekarang.

Paritas di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu Lampung

distribusi responden wanita yang telah mengalami menopause berdasarkan paritas di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu lampung pada bulan november-desember 2010 sebagian besar responden adalah multipara. responden melahirkan anak rata-rata4 sampai 5 kali. dari 97 responden, 69,1% berpendidikan setingkat sd bahkan beberapa ada yang tidak tamat sd. Hal ini menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan rendah.

Usia Melahirkan Terakhir di Kelurahan Rejosari Kecamatan Pringsewu

distribusi responden wanita yang telah mengalami menopause berdasarkan usia melahirkan terakhir di kelurahan rejosari kecamatan Pringsewu lampung pada bulan november-desember 2010 sebagian besar responden melahirkan terakhir pada umur kurang dari 40 tahun yaitu sebesar 83,5%. rata-rata responden melahirkan terakhir pada usia 31,19 tahun. terlihat pada gambar 5.8 bahwa usia melahirkan terakhir tinggi di usia 25-34 tahun dan terlihat membatasi kelahiran setelah usia 35 tahun.

Usia Menopause dengan Usia Menarche

Hasil analisis *chi square* di peroleh p= 0,428 dengan demikian p>0,05. Hal ini menunjukkan bahwa pada wanita menopause di kelurahan rejosari tidak didapatkan hubungan bermakna antara usia menopause dengan usia *menarche*, sehingga usia menopause bukan disebabkan karena usia *menarche*. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Heffnefer dan schust [6], bahwa usia *menarche* tidak mempengaruhi usia menopause. namun penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh azhar[7], yang menyebutkan wanita yang mendapatkan *menarche* pada usia lebih muda lebih berpeluang untuk memasuki menopause pada usia lebih lanjut.

Usia Menopause dengan Paritas

Hasil analisis *chi square* di peroleh p= 0,01 dengan demikian p<0,05. Hal ini menunjukkan bahwa pada wanita menopause di kelurahan rejosari terdapatkan hubungan bermakna antara usia menopause dengan paritas, sehingga usia menopause dapat disebabkan karena paritas. Makin sering seorang wanita melahirkan maka semakin tua atau lama mereka memasuki masa menopause. sebaliknya makin sedikit anak yang dilahirkan maka semakin cepat mereka memasuki masa menopause. Hasil penelitian

ini sesuai dengan reis dkk[8], meneliti wanita antara usia 35-54 di erzurum turki, menyebutkan bahwa wanita nulipara memiliki usia menopause lebih cepat dari pada wanita yang pernah melahirkan. Hal ini berarti ada hubungan antara usia menopause dengan paritas. Paritas yang rendah berpotensial mempengaruhi menopause lebih cepat. Hal ini disebabkan panjangnya periode anovulasi selama bertahun-tahun pada masa reproduksi (hamil, melahirkan dan menyusui) dapat berhubungan dengan usia menopause yang tertunda. ozumba dkk[9], penurunan jumlah siklus ovulasi pada wanita dengan paritas tinggi menyebabkan konservasi lebih besar pada folikel ovarium dan karena itu kemudian usia menopause menjadi lebih lambat.

Usia Menopause dengan Usia Melahirkan Terakhir

Hasil analisis *chi square* di peroleh p= 0,817 dengan demikian p>0,05. Hal ini menunjukkan bahwa pada wanita menopause di kelurahan rejosari tidak didapatkan hubungan bermakna antara usia menopause dengan usia melahirkan terakhir. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Cassou dkk [10], pada wanita pekerja di Prancis, menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang teramati antara usia melahirkan terakhir dengan usia menopause. namun di sisi lain ayatollahi dkk [11], meneliti pada wanita shiraz Iran bahwa usia menopause signifikan berhubungan dengan kehamilan aterm terakhir.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. dari 97 responden di kelurahan rejosari, rata-rata mengalami menopause pada usia 49,2 ± 4,8 tahun.
2. rata-rata responden mengalami *menarche* pada usia 14,79 ± 1,64 tahun.
3. responden wanita menopause di kelurahan rejosari, rata-rata responden melahirkan 4,6 ± 2,07 kali.
4. dari 97 responden wanita menopause di kelurahan rejosari, rata-rata responden melahirkan terakhir pada usia 31,19 ± 9,43 tahun.
5. Hasil analisis *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara usia menopause dengan usia *menarche* pada wanita menopause di kelurahan rejosari (p=0,428).
6. Hasil analisis *Chi Square* menunjukkan ada hubungan bermakna antara usia menopause dengan paritas pada wanita menopause di kelurahan rejosari (p=0,01) dengan kekuatan hubungan yang lemah (C=0,322). semakin tinggi paritas memungkinkan untuk mengalami menopause pada usia lebih tua.
7. Hasil analisis *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara usia menopause dengan usia melahirkan terakhir pada wanita menopause di kelurahan rejosari

Saran

1. Bagi tenaga kesehatan, agar memberikan perhatian khusus bagi wanita yang akan memasuki masa menopause, melalui peningkatan pengetahuan, dengan cara sosialisasi informasi pada perkumpulan wanita (Pembinaan kesejahteraan keluarga, pengajian wanita, posyandu lansia agar wanita dapat mempersiapkan dan menyesuaikan diri menghadapi kondisi baru sehingga dapat melaluinya dengan baik tanpa gangguan yang berarti.

2. Hasil penelitian sekiranya dapat digunakan untuk memprediksi usia menopause pada wanita di kelurahan rejosari dengan melihat paritasnya. sehingga diharapkan dapat dilakukan penanganan atau upaya secara dini terhadap wanita sebelum memasuki masa menopause.
3. Bagi pemerintah kabupaten Pringsewu, khususnya dinas kesehatan kabupaten Pringsewu agar dapat memperluas pelayanan kesehatan bagi wanita melalui pengadaan poliklinik dan konseling menopause di fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Perlunya pelatihan dan penyegaran bagi tenaga kesehatan mulai dari paramedis, penyuluh kesehatan dan medis dalam memberikan konseling terhadap masalah menopause sebagai wujud perhatian terhadap masalah kesehatan reproduksi wanita.

DAFTAR PUSTAKA

1. diputra, Pandu, Ct 2007. *7 Fakta dan Tips Menghadapi Menopause*, retrieved: august 3, 2010, from http://migas-indonesia.net/download/index
2. kasdu, d, 2002. *Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause*. jakarta: Pustaka Pembangunan swadaya nusantara
3. Pangkahila, Wimpie, 2007. *Anti-Aging Medicine: Memperlambat Penuaan, Meningkatkan Kualitas Hidup*. jakarta: Buku kompas
4. andrews, gilly, 2009. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita*. Penterjemah egi komara yuda; editor dwi Widiarti. jakarta
5. Wiknjosastro, Hanifa, 2005*. Ilmu Kandungan*. jakarta: yayasan Bina Pustaka sarwono Prawiharjo
6. Heffner, linda j. , schust, danny j., 2008. *At a Glance Sistem Reproduksi Edisi ke Dua*. alih Bahasa Vidhia umami; editor Amalia Safitri. Jakarta: Erlangga
7. azhar, B.M., 2004, "Hubungan usia Menopause dengan usia Menars dan Paritas padaWanita usia 45-55 tahun di kecamatan kemuning Palembang", jkk, vol 36
8. REIS, Nesrin, PASINLIOĞLU, Tűrkân, dane[2], Şenol, 1998, "The Natural Menopause age of Women in erzurum and Factors Influencing the Age at Menopause", tr. j. of Medical sciences, Vol 28, pp 415-418. retrieved: december 23, 2010, from http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-98-28-4/sag-28-4-15-9711 2.pdf
9. ozumba, BC, obi, sn, obikili, e, Waboso, P, 2004, "age, symptoms and Perception of Menopause among nigerian Women", j obstet gynecol ind, Vol 54, no.6, pp 575-578. retrieved: december 23, 2010, from http://medind.nic.in/jaq/t04/i6/jaq-t04i6p575g.pdfC
10. Cassou, B., Mandereu, l., aegerter, P., touranchet, a., derriennic, F., 2007, "Work-related Factors associated with age at natural Menopause in a generation of French gainfully employed Women", am j epidemiol, Vol 166, no.4, pp 429-438. retrieved: december 23, 2010, from http:// aje.oxfordjournals.org
11. ayatollahi, sMt, ghaem,H, ayatollahi, sar, 2002, "determinants of age at natural Menopause in shiraz", ijMs, Vol 27, no.3, pp131-113. . retrieved: december 23, 2010, from http://ijms.sums.ac.ir/files/PDFfiles/ 27_3_09-Ayatollahi.pdf

POLA ASUH DAN EKONOMI KELUARGA BALITA GIZI BURUK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SANDEN KABUPATEN BANTUL DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

Waryana
Politeknik kesehatan kemenkes yogyakarta

ABSTRAK

Latar belakang: kejadian gizi buruk telah mengancam kualitas generasi muda bangsa indonesia yang merupakan generasi penerus bangsa. Berbagai macam program perbaikan gizi sudah lama dilaksanakan pemerintah, tetapi sampai saat ini kasus gizi buruk masih banyak ditemukan. upaya penanggulangan yang dilaksanakan belum sepenuhnya menjadi tanggungjawab masyarakat.
Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis praktek pola asuh dan latar belakang social ekonomi keluarga kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas sanden kabupaten Bantul diy.
Metode: Penelitian ini merupakan penelitian fenomenologi. informan penelitian ini adalah orang tua balita, kader posyandu, tokoh masyarakat. sampel diambil secara *non-random* dengan teknik *purposive sampling*. Variabel penelitian meliputi: status ekonomi keluarga, pemenuhan kebutuhan pangan, kondisi kesehatan lingkungan rumah, pemanfaatan pelayanan kesehatan, praktik pola asuh balita, asupan energi, dan asupan protein. data dikumpulkan dengan teknik wawancara mendalam, *focus group discussion*, observasi dan dokumentasi. analisis data penelitian dilakukan dengan cara membandingkan tema temuan dari masyarakat dengan teori dan hasil penelitian yang relevan.
Hasil: sebagian besar gizi buruk disertai dengan penyakit infeksi PktB. asupan energi dan protein dalam kategori defisit. Rendahnya asupan energi dan terjadinya infeksi dilatarbelakangi oleh tingkat pendidikan orang tua, kondisi lingkungan rumah, dan ekonomi keluarga. sebagian besar kepala keluarga (kk) bekerja sebagai buruh bangunan, atau buruh tani dengan pekerjaan sampingan seperti tani, usaha ternak ayam atau sapi. sebagian besar balita diasuh oleh ibunya sendiri. Pada saat ibu bekerja balita diasuh oleh kerabat keluarga. Ibu balita merupakan figur orang yang bertanggung jawab terpenuhinya kebutuhan gizi, kebersihan, kesehatan dan kasih sayang balita. Pemberian makan dilakukan bertahap sesuai dengan pertambahan umur balita. Variasi hidangan yang diberikan pada balita kurang bervasiasi. Balita susah makan merupakan kendala utama untuk menanggulangi masalah gizi buruk. ibu balita mengatasi susah makan balita dengan memberi makan bervariasi, makan sambil bermain-main, dicekoki dengan jamu jawa cabe puyang, dibelikan multivitamin, dan didadah ke tempat mbah dukun pijat. upaya untuk menjaga kesehatan anak dilakukan dengan menjaga kebersihan badan, diimunisasi lengkap,ditimbang setiap bulan di posyandu, dan jika anak sakit diperiksakan di puskesmas, anak dipijatkan ke tempat mbah dukun bayi, anak selalu diharuskan istirahat tidur siang.

Kata kunci: gizi buruk, ekonomi keluarga, pola asuh, potensi keluarga

PENDAHULUAN

kejadian gizi buruk telah mengancam kualitas generasi muda bangsa indonesia yang merupakan generasi penerus bangsa, sehingga perlu upaya penanggulangan yang serius. anak yang menderita gizi buruk akan mempengaruhi sumber daya manusia. akibat kekurangan gizi pada anak akan menyebabkan kegagalan pertumbuhan fisik serta tidak optimalnya perkembangan dan kecerdasan. akibat lainnya adalah terjadinya penurunan produktivitas, menurunnya daya tahan tubuh terhadap penyakit yang akan meningkatkan risiko kesakitan dan kematian [(1)].

Prevalensi gizi buruk rerata nasional 6,65% (dengan indeks BB/u. di Propinsi daerah istimewa yogyakarta rerata prevalensi gizi buruk 0,7% . Hasil pemantauan status gizi balita tahun 2011 di kabupaten Bantul menunjukkan 11,85% balita dengan status gizi kurang dan 0,7% balita dengan gizi buruk. jumlah keP dan gizi buruk di kabupaten

Bantul meningkat setelah dilanda bencana alam gempa bumi tektonik pada bulan Mei tahun 2006[2].

Berbagai macam program perbaikan gizi sudah lama dilaksanakan pemerintah pusat maupun daerah, akan tetapi sampai saat ini kasus gizi buruk masih banyak ditemukan di masyarakat. adanya fakta masih banyak ditemukan kasus gizi buruk pada balita, menunjukkan bahwa program pemerintah untuk menanggulangi masalah gizi buruk belum berhasil dengan optimal.

kurang optimalnya hasil upaya pemerintah dalam menanggulangi masalah gizi buruk ini dikarenakan kebijakan program penanggulangan masalah gizi buruk yang dilaksanakan pemerintah selama ini kurang tepat. Masyarakat belum menyadari sepenuhnya bahwa masalah gizi buruk menjadi tanggung jawab keluarga bersama masyarakat. keberdayaan dan kesadaran masyarakat dalam menanggulangi masalah gizi buruk pada balita masih rendah.

upaya penanggulangan gizi buruk harus dilaksanakan oleh masyarakat secara mandiri dengan bimbingan pemerintah sebagai fasilitator. upaya penanggulangan masalah gizi di kabupaten Bantul dilaksanakan dengan strategi pemberdayaan masyarakat. untuk memperoleh rumusan konsep tentang model pemberdayaan masyarakat perlu dilakukan analisis proses, hasil, dan manfaat upaya penanggulangan masalah gizi buruk dengan strategi pemberdayaan masyarakat pada fokus pola asuh balita.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis praktek pola asuh dan latar belakang sosial ekonomi keluarga kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas sanden kabupaten Bantul diy.

METODE PENELITIAN

jenis penelitian ini adalah penelitian fenomenologi dengan pendekatan kualitatif. Fenomena yang diteliti adalah aktivitas keluarga dalam mengasuh balita, partisipasi masyarakat, peran pemerintah dan sektor swasta dalam menanggulangi masalah gizi buruk pada balita. disain penelitian ini adalah studi kasus[3,4]. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas sanden kecamatan sanden kabupaten Bantul, daerah istimewa yogyakarta. alasan dipilihnya lokasi di wilayah kerja Puskesmas sanden dengan pertimbangan prevalensi gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas sanden tahun 2011 sebesar 1,0 % paling tinggi di antara 27 puskesmas yang ada di kabupaten Bantul[2]. Variabel penelitian meliputi: status ekonomi keluarga, pemenuhan kebutuhan pangan, kondisi kesehatan lingkungan rumah, pemanfaatan pelayanan kesehatan, praktik pola asuh balita, asupan energi, dan asupan protein.

data dikumpulkan dengan teknik wawancara mendalam, *focus group discussion*, observasi, dan dokumentasi. data asupan energi dan protein dikumpulkan dengan teknik *recall* 24 jam. instrumen untuk mengumpulkan data penelitian adalah peneliti sendiri. alat bantu yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data adalah panduan wawancara mendalam, panduan fgd, pedoman observasi, format *recall* 24 jam, alat tulis, *tape recorder*, dan camera. informan penelitian ini adalah kepala keluarga, ibu balita atau pengasuh, kader posyandu, tokoh masyarakat, pamong desa, pengurus organisasi pembinaan kesejahteraan keluarga (pkk), dan petugas pembina dari puskesmas. sampel informan penelitian diambil secara *non-random* dengan teknik *purposive sampling*.

Validitas/keabsahan data penelitian ini dijamin dengan cara peneliti melakukan pengumpulan data menggunakan teknik triangulasi, melakukan pengumpulan data dengan tekun, memperpanjang masa pengamatan dan melakukan *member check*. analisis data penelitian dilakukan dengan model interaktif, membandingkan tema temuan dari masyarakat dengan teori dan hasil penelitian yang relevan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

sebagian besar gizi buruk terjadi pada peremuan, disertai dengan penyakit infeksi PktB. asupan energi dan protein semuanya dalam kategori defisit. Rendahnya asupan energi dan terjadinya infeksi dilatarbelakangi oleh tingkat pendidikan orang tua, kondisi lingkungan rumah, dan ekonomi keluarga. rata-rata asupan energi 604,0 kkal (57,40%), dan rata-rata asupan protein 19,0 gr (50,90%). kasus gizi buruk yang terjadi merupakan tipe marasmus.

Latar Belakang Sosial Ekonomi Keluarga

sebagian besar kepala keluarga (kk) bekerja sebagai buruh bangunan, atau buruh tani dengan pekerjaan sampingan tani, usaha ternak ayam atau sapi. ibu balita sebagian besar tidak bekerja, sebagian kecil ibu balita bekerja membantu mencari nafkah suami. Pekerjaan ibu balita setiap hari memelihara tanaman di sawah dan usaha bakul. usaha tani di sawah menghasilkan bahan pangan seperti beras, kacang panjang, terong, bawang merah, slada, lombok, dan sayuran hijau lannya. sebagian besar kk selain pekerjaan utama sebagai buruh atau karyawan swasta, mempunyai usaha sampingan. usaha sampingan kk meliputi usaha tani, berkebun, dan usaha ternak. sebagian besar keluarga memiliki harta benda seperti ternak sapi, kambing, ayam, dan perabot rumah tangga seperti almari, meja,kursi, tV, dan sepeda motor.

Berdasarkan jenis pekerjaan utama kk dan kepemilikan harta benda seperti ternak sapi, kambing, ayam, dan perabot rumah tangga yang susah dinilai secara kuantitatif, sebagian besar keluarga termasuk keluarga mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi. Pendidikan kepala keluarga sebagian besar berpendidikan sltP, dan sebagian lagi berpendidikan sd. ibu balita sebagian besar berpendidikan sltP, dan sebagian ibu balita berpendidikan sd. sebagian besar balita gizi buruk tinggal di rumah dengan kondisi kurang sehat. keadaan lantai rumah masih dari tanah, penerangan tidak memenuhi syarat rumah sehat, ventilasi kurang. kondisi kebersihan di sekitar rumah kurang sehat, dan berdebu, sehingga menjadi faktor risiko terjadinya penyakit infeksi seperti PktB, isPa. ada sebagian kecil keluarga balita gizi yang belum mempunyai WC. sebagian besar menggunakan sumur sebagai sumber air bersih, dan sebagian kecil ada yang menggunakan PaM sebagai sumber air bersih.

sebagian kepala keluarga memanfaatkan pekarangan di sekitar rumah ada yang dimanfaatkan untuk ternak dan ditanami buah-buahan atau sayuran. ada sebagian keluarga yang memelihara ternak ayam dan kambing. lokasi kandang ternak ayam atau kambing hanya berjarak satu meter rumah, sehingga bau kotoran kambing atau ayam menyebabkan bau tidak sedap dan lingkungan kurang bersih. jenis tanaman yang ditanam di pekarangan sekitar rumah adalah pisang, mangga, kelapa, dan sayuran seperti daun singkong, lombok, terong, dan bayam.

Pemenuhan kebutuhan pangan anggota keluarga memberi gambaran tentang bagaimana keluarga memperoleh bahan pangan termasuk pemenuhan kebutuhan pangan untuk balita. Pemenuhan kebutuhan pangan keluarga menggambarkan ketahanan pangan dalam keluarga balita kasus gizi buruk. sebagian besar keluarga memperoleh bahan pangan setiap hari dari membeli dan ada sebagian yang diperoleh dari hasil tanaman dari sawah atau kebun. Pada saat panen bahan pangan seperti beras atau sayuran sebagian tidak dibeli. sebagian besar keluarga memiliki potensi sumberdaya yang dapat dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi keluarga.

semua keluarga balita gizi buruk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi dengan memasak sendiri di rumah. sebagian besar keluarga memasak dua kali sehari. nasi dimasak satu kali sehari, lauk dan sayur sebagian besar dimasak dua kali sehari. semua keluarga balita gizi buruk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi keluarga dengan memasak sendiri. informasi ini dapat dimaknai, keluarga setiap hari memasak sendiri, tidak membeli makanan di warung. Hal ini berarti akan menghemat pengeluaran uang, karena dengan memasak sendiri jauh lebih murah.

Bahan pangan keluarga berasal dari pembelian dan dari hasil sawah atau kebun, ibu memasak sendiri setiap hari. Hal ini merupakan potensi keluarga yang positif dapat diberdayakan. kelemahan ibu balita dalam memenuhi kebutuhan pangan dan gizi adalah kurangnya pengetahuan dan sikap ibu dalam menyediakan dan menghidangkan makanan untuk keluarga. kelemahan yang ada pada keluarga adalah pengetahuan tentang variasi dan kualitas hidangan gizi seimbang yang rendah. Hidangan makan untuk balita sebagian besar tidak mengandung gizi seimbang, kurang berkualitas.

keluarga kasus balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas imogiri ii maupun di wilayah kerja Puskesmas sanden semuanya memanfaatkan pelayanan kesehatan sebagai tempat berobat seluruh anggota keluarga. tempat berobat anggota keluarga, jika ada anggota keluarga yang sakit berobat ke puskesmas atau bidan. Puskesmas atau bidan praktik merupakan tempat periksa balita jika mengalami sakit. keluarga memanfaatkan puskesmas dan bidan praktik untuk berobat dengan alasan biaya murah, bisa terjangkau sesuai dengan kemampuan ekonomi keluarga. semua keluarga menjangkau dan memanfaatkan puskesmas atau bidan praktik sebagai tempat berobat.

Pola Asuh Balita

sebagian besar balita diasuh oleh ibunya sendiri. ada sebagian ibu balita mengasuh sehari penuh, ada sebagian ibu balita yang tidak bisa mengasuh sehari penuh. sebagian ibu balita tidak mengasuh penuh dikarenakan pada jam teretentu ibu harus pergi ke sawah atau berdagang untuk menambah pendapatan keluarga. Pada saat ibu bekerja balita diasuh atau dititipkan oleh kerabat keluaarga. kerabat keluarga yang ikut mengasuh balita jika ibunya sedang ada acara pergi atau repot adalah nenek, kakek, tante, bude dan bapaknya sendiri.

Ibu balita merupakan figur orang yang setiap hari bertanggung jawab terpenuhinya kebutuhan gizi, kebersihan, kesehatan dan kasih sayang balita. Pengasuh balita merupakan orang yang menentukan keberhasilan upaya penanggulangan masalah gizi buruk

pada balita. Pengasuh terdiri dari orang tua balita, terutama ibu balita atau nenek dengan dibantu kerabat keluarga.

Aktivitas keluarga dalam pola asuh balita

tindakan ibu balita atau pengasuh balita terhadap balita dilakukan sejak balita bangun tidur sampai tidur malam. aktivitas ibu balita atau pengasuh meliputi tindakan memberikan minum, memandikan, menggosok gigi, menghanduki, memberi bedak memberi minyak penghangat tubuh, memberi sarapan pagi, mengganti pakaian, menjaga kebersihan tubuh balita, mengawasi balita bermain, memberi makan siang, memberikan makan kecil, menggendong, dan memperhatikan kebutuhan balita yang lain setiap hari.

ibu balita atau pengasuh memberikan perhatian yang optimal terhadap pemenuhan gizi, perawatan kebersihan, perawatan kesehatan, dan kasih sayang ibu terhadap balita. sehari semalam balita cukup mendapat perhatian dan kasih sayang dari orang tua atau pengasuh yang masih kerabat keluarga. keadaan ini akan menjamin terpenuhinya kebutuhan gizi dan kesehatan balita.

Penyediaan makan untuk balita

Perhatian ibu terhadap kebutuhan gizi balita sudah cukup besar. upaya keluarga menyediakan makan untuk balita menunjukkan pola yang sama. keluarga memenuhi kebutuhan gizi balita ditempuh dengan cara menyediakan makan untuk balita dengan cara sebagian dimasak jadi satu dengan masakan seluruh anggota keluarga dan sebagian makanan dimasak sendiri khusus untuk balita. ada sebagian makanan yang dibeli dalam bentuk masak seperti lauk pauk.

Masakan yang dimasak sendiri terutama sayur dan lauk. alasan keluarga memasak sayur dan lauk untuk balita dimasak sendiri kerena masa balita belum bisa menerima makanan yang dimasak dengan pedas, bentuk makanan balita sebaiknya yang halus atau lunak disesuaikan dengan umur balita. usaha ibu untuk membuat masakan tersendiri bagi balita ini dapat dimaknai bahwa pengetahuan ibu atau pengasuh terhadap tahap tahap pemberian makanan balita cukup baik. Bentuk dan jenis makanan yang diberikan pada balita disesuaikan dengan kondisi dan umur balita.

ada sebagian keluarga balita yang yang menyediakan makan untuk balita dimasak jadi satu dengan alasan utama repot, agar balita latihan merasakan seperti masakan anggota keluarga yang lain. ibu balita seperti ini perlu mendapat bimbingan dan pengarahan lebih intensif sehingga dapat menyediakan kebutuhan gizi balita lebih baik.

Tahap Tahap Pemberian Makan dan Bentuk Makanan

ibu balita sebagian besar memberi makan pada balita dilakukan bertahap sesuai dengan pertambahan umur balita. sebagian besar ibu balita memberi makan balita hanya asi saja ketika anak masih bayi berumur umur 0 sampai dengan 6 bulan. Bentuk dan porsi makanan yang diberikan pada balita disesuaikan dengan umur balita. ada sebagian ibu balita yang sudah memperhatikan bentuk makanan sesuai dengan umur balita. sebagian ibu balita sudah memperhatikan bentuk makanan yang diberikan kepada balita bertahap sesuai dengan pertambahan umur balita. setelah balita berumur enam bulan mulai diberi makanan tambahan berbentuk lumat seperti bubur halus. Balita berumur delapan bulan mulai diberi makanan tambahan selain asi dalam bentuk lunak seperti nasi

tim, bubur biasa. Balita yang berumur satu tahun lebih diberikan makanan tambahan selain asi dalam bentuk biasa seperti makanan orang dewasa anggota keluarga yang lain.

tindakan ibu balita yang memberikan bentuk dan porsi makanan pada balita disesuaikan dengan umur tersebut sudah benar sehingga dapat memenuhi kebutuhan gizi. Balita memerlukan zat gizi untuk dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Bayi umur 0 sampai 6 bulan tidak perlu makanan lain, kecuali asi. Pada masa itu saluran pencernaan bayi masih peka, sehingga hanya asi yang mampu dicerna dan diserap usus. Bayi berumur 6 bulan sudah dapat diberi makanan lumat seperti bubur susu. sebagian ibu membuat bubur atau nasi tim sendiri dengan mencampur tepung beras/kacang hijau. Balita diberi buah-buahan segar yang dihaluskan atau sari buah, misal pisang ambon, pepaya air jeruk, tomat. asi masih terus diberikan sampai berumur dua tahun baru disapih.

Frekuensi Makan Balita

sebagian besar balita diberi makan utama tiga kali sehari pagi, siang dan sore atau malam. ada sebagian ibu balita yang memberi makan utama lebih tiga kali, ada ibu yang memberi makan sesuai dengan permintaan balita. Pemikiran ibu yang seperti ini, hanya akan memberi makan balita jika balita tersebut merasa lapar dan minta makan. di saat selang waktu antara pagi dan siang sekitar jam sembilan atau jam sepuluh dan sekitar jam tiga sore balita mengkonsumi makan kecil seperti roti dan makanan kecil lainnya. Frekuensi makan balita dalam sehari masih kurang. ada kesan dari ibu balita yeng mempunyai persepsi balita makan sehari hanya tiga kali sehari Masih dijumpai ibu balita yang memberikan makan tiga kali sehari, seperti frekuensi makan orang dewasa, tergantung permintaan anak.. tindakan orang tua balita yang memberi makan balita hanya tiga kali sehari ini kurang tepat, karena prinsip pemberian makan pada balita itu porsi kecil tetapi sering, yang berarti frekuensi makan balita empat atau lima kali sehari.

Kualitas dan Kuantitas Menu Hidangan Makan Balita

ibu balita belum semua memahami susunan gizi seimbang dan kualitas hidangan yang bergizi. ada sebagian balita diberi hidangan mengandung gizi seimbang, cukup berkualitas ada sebagian balita yang mengkonsumsi makanan kurang mengandung gizi seimbang, kurang berkualitas. Hidangan makan yang seimbang adalah hidangan makan yang berkualitas, mengandung sumber energi, zat pembangun, dan zat pengatur dalam jumlah yang cukup. Hidangan makan yang tidak seimbang seimbang adalah hidangan makan tidak berkualitas, tidak mengandung salah satu unsur sumber energi, zat pembangun, dan zat pengatur dalam jumlah yang cukup.

ditinjau dari segi variasi hidangan makan yang dikonsumsi balita, variasi hidangan yang diberikan pada balita kurang bervasiasi. keluarga, terutama ibu balita atau pengasuh dalam memberikan makanan pada balita setiap harinya kurang bervariasi. lauk dan sayur yang diberikan pada balita dalam sehari tidak diganti. Pagi hari biasanya balita diberi makan nasi atau bubur saja dengan lauk tahu atau tempe tidak diberikan sayur. Balita diberi makan nasi + sayur + lauk pada siang hari. Masakan sayur dan lauk biasanya untuk diberikan siang dan sore. ibu balita mempu-

nyai susunan menu untuk dimasak dan diberikan pada balita untuk jangka waktu tertentu. sayur dan lauk yang dimasak untuk balita setiap hari didasarkan pada bahan makanan yang didapat dari warung atau hasil tanaman saat itu (asal ketemu bahan makanan). Hidangan yang tidak bervariasi akan mengakibatkan balita jenuh dan menyebabkan nafsu makan berkurang.

jumlah makanan yang dimakan balita pada setiap kali makan masih kurang dari jumlah yang seharusnya dikonsumsi. Balita mengonsumsi nasi sekitar setengah hingga satu centong saja. lauk yang dikonsumsi balita hanya setengah porsi, tahu atau sepotong kecil. sayur yang dikonsumsi balita hanya setengah mangkuk kecil, bahkan ada balita yang tidak mengonsumsi.

Upaya keluarga mengatasi balita susah makan

Balita susah makan merupakan kendala utama yang dihadapi untuk menanggulangi masalah gizi buruk di tingkat keluarga. ada berbagai macam upaya ibu balita untuk mengatasi balita susah makan. informasi upaya yang dilakukan ibu balita untuk mengatasi balita susah makan, menjelaskan upaya yang sama. ada sebagian ibu balita mengatasi susah makan balita dengan memberi makan berganti ganti, mengusahakan makanan yang disukai anak, dengan merayu anak, makan sambil bermain-main sehingga anak mau makan lebih banyak. ada sebagian ibu balita yang mengatasi balita susah makan selain dengan mengganti variasi makanan dan merayu, usaha lain dengan cara balita dicekoki dengan jamu jawa cabe puyang, dibelikan multivitamin, dan didadahke ke tempat mbah dukun pijat.

Perawatan Kebersihan Balita

sebagian besar orang tua balita menjaga kebersihan balita dengan upaya memandikan anak dua kali sehari. Balita dimandikan dengan sabun, anak disampo setiap hari, setelah dimandikan balita diminyaki telon. anak diawasi jika bermain tidak boleh ditempat yang kotor bersampah, dan berdebu. anak diusahakan kalau siang bisa istirahat tidur. upaya lain yang dilakukan ibu atau pengasuh balita agar tidak sakit dengan cara selalu menjaga anak dari tempat yang kotor, setiap kali selesai pipis atau buang air besar anak selalu diawasi dan selalu dibersihkan dengan air.

anak selalu diusahakan agar selalu gosok gigi dua kali sehari. lingkungan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi proses tumbuh kembang anak. Peran orangtua dalam membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak adalah dengan membentuk kebersihan diri dan sanitasi lingkungan yang sehat. anak perlu dilatih untuk mengembangkan hidup sehat seperti mandi dua kali sehari, cuci tangan sebelum dan sesudah tidur, menyikat gigi sebelum tidur, membuang sampah pada tempatnya, buang air kecil pada tempatnya atau WC.

Perawatan Kesehatan Balita

upaya untuk menjaga kesehatan agar anak tidak sakit dilakukan oleh keluarga terutama ibu balita dengan menjaga kebersihan badan balita, mengusahakan anak mendapat imunisasi lengkap, mengusahakan anak ditimbang setiap bulan di posyandu, dan jika anak sakit berusaha untuk diperiksakan di puskesmas atau tempat pelayanan kesehatan. upaya lain untuk menjaga kesehatan agar anak tidak sakit dilakukan dengan cara, anak dipijatkan ke tempat mbah dukun bayi, anak selalu diharuskan istirahat tidur siang.

kebersihan anak selalu dijaga, anak dimandikan minimal dual kali sehari. Balita dimandikan dengan sabun dan disampo setiap hari. Balita dimandikan dua kali sehari bahkan ada yang lebih dari dua kali sehari, jika anak kotor segera dimandikan. Balita selalu diawasi tidak boleh bermain di tempat yang kotor, berdebu dan tempat sampah. tindakan ibu balita atau pengasuh dalam menjaga dan merawat kesehatan balita sudah optimal sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi pada balita.

Upaya Keluarga untuk Meningkatkan Berat Badan Balita

informasi tindakan ibu balita atau pengasuh dalam meningkatkan berat badan balita yang dilakukan di wilayah Puskesmas imogiri ii dan Puskesmas sanden menunjukkan upaya yang sama. upaya orang tua balita untuk meningkatkan berat badan diawali dengan mengenal penyebab atau kendala balita tidak naik berat badannya. orang tua balita bisa mengenali penyebab berat badan balita dengan mengamati kebiasaan makan balita setiap hari. Balita tidak naik berat badannya karena sakit, susah makan, banyak bermain, dan tidak pernah tidur disiang hari. Balita susah makan merupakan kendala utama balita tidak naik berat badannya.

upaya yang dilakukan orang tua balita, terutama ibu balita jika berat badan anak tidak naik dilakukan dengan upaya meningkatkan nafsu makan anak, jika anak sakit diperiksakan ke puskesmas, anak dipijat ke tempat mbah dukun, kalau siang anak harus istirahat tidur. orang tua selalu mengawasi balita dan mengusahakan kalau siang harus tidur. kebiasaan orang tua ndadahke ke tampat mbah dukun bayi merupakan kebiasaan yang baik. orang tua berpengalaman dan mengetahui setelah balita didadahke tidurnya nyenyak, tidak rewel, nafsu makan bertmabah, anak lebih segar dan sehat.

tindakan lain yang dilakukan ibu balita untuk meningkatkan berat badan dilakukan dengan memberi makan yang cukup baik kualitas maupun kuantitas. orangtua berusaha memberikan nasi yang cukup, jumlahnya ditambah dari biasanya. lauk yang diberikan lebih banyak dan lebih baik, biasanya lauk ditambah lauk hewani seperti hati, ayam dan sumber protein hewani terutama yang disukai anak.

tindakan ibu balita atau pengasuh terhadap balita yang dilakukan untuk meningkatkan berat badan balita ini merupakan upaya keluarga untuk menanggulangi dan mencegah timbulnya masalah gizi buruk pada balita. tindakan utama yang dilakukan orang tua untuk meningkatkan berat badan adalah mengatasi balita susah makan. Balita susah makan merupakan kendala utama balita tidak naik berat badannya.

Pembahasan

Berdasarkan data karakteristik kasus balita gizi buruk dan latar belakang keluarga, tampak bahwa kasus gizi buruk disebabkan oleh asupan energi dan protein yang rendah dan adanya penyakit infeksi pada balita. kasus gizi buruk pada balita ada kaitannnya dengan latar belakang ekonomi kelurga, kondisi kesehatan rumah, dan pendidikan orang tua. Faktor faktor yang berkaitan dengan terjadinya kasus gizi buruk yang terjadi di kabupaten Bantul ini sesuai dengan kajian unicef[5]. Faktor yang menyebabkan kurang gizi meliputi beberapa tahapan penyebab timbulnya kurang gizi pada anak balita, baik penyebab

langsung, tidak langsung, akar masalah dan pokok masalah [3].

keterkaitan antara beberapa faktor yang melatarbelakangi terjadinya kasus gizi buruk di kabupaten Bantul seperti pada gambar 5.1.

Gambar 5.1. jaringan Keterkaitan Berbagai Latar Belakang Penyebab Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Sanden Kabupaten Bantul

Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang diderita anak. Penyebab gizi buruk tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam dapat menderita kurang gizi. demikian pada anak yang makannya tidak cukup baik maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. kenyataannya baik makanan maupun penyakit secara bersama-sama merupakan penyebab kurang gizi [3].

kedua, yaitu penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental, dan sosial. Pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh seluruh keluarga [6].

ada hubungan yang sangat erat antara infeksi dengan gizi buruk. terdapat interaksi yang sinergis antara gizi buruk dengan penyakit infeksi dan infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat kejadian gizi buruk. Mekanisme patologi yang terjadi baik secara sendiri-sendiri maupun bersamaan,

yaitu: (a) penurunan asupan zat gizi akibat kurang nafsu makan, menurunnya absorpsi, kebiasaan mengurangi makan pada waktu sakit, (b) kehilangan cairan karena penyakit diare, mual/muntah, dan perdarahan yang terus menerus, (c) meningkatnya kebutuhan baik karena sakit atau parasit dalam tubuh [(7)].

Pendapatan yang rendah sebagai salah satu penyebab timbulnya masalah gizi buruk pada balita. keluarga dengan pekerjaan tidak tetap, sebagai petani dengan lahan sempit atau buruh yang mendapatkan upah rendah, sehingga kemampuan daya belinya juga rendah. tingkat pendapatan yang rendah tidak selamanya menentukan pola makanan keluarga. rendahnya pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor mutlak yang terkait dengan timbulnya masalah gizi buruk pada balita.

Berdasarkan fakta bahwa sebagian besar keluarga yang memperoleh bahan pangan dari pembelian dan sebagian dari sawah atau kebun, hal ini dapat dipandang sebagai potensi keluarga yang dapat diberdayakan untuk memenuhi kebutuan pangan dan gizi sehingga dapat mencapai status gizi yang baik. upaya penanggulangan masalah gizi buruk dapat dilakukan keluarga dan masyarakat dengan mengelola keuangan dari pendapatan yang serba terbatas dengan dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki yang berupa bahan pangan hasil dari sawah dan kebun.

tingkat pendidikan dalam keluarga khususnya ibu dapat menjadi faktor yang mempengaruhi status gizi anak dalam keluarga. semakin tinggi pendidikan orang tua maka pengetahuannya akan gizi akan lebih baik dari yang berpendidikan rendah. salah satu penyebab gizi kurang pada anak adalah kurangnya perhatian orang tua akan gizi anak. Hal ini disebabkan karena pendidikan dan pengetahuan gizi ibu yang rendah sehingga pola asuh anak kurang optimal. Pola asuh adalah praktek rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan balita. Pola asuh adalah berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal memberi makan, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya semuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan fisik dan mental [(1)].

Makanan akan mempengaruhi pertumbuhan serta perkembangan fisik dan mental anak. Makanan yang dimakan anak harus dapat memenuhi kebutuhan gizi anak. Penyiapan makanan harus dapat mencukupi kebutuhan gizi balita. Pengaturan makanan yaitu pengaturan makanan harus dapat disesuaikan dengan usia balita. selain untuk mendapatkan gizi pengaturan makanan juga baik untuk pemeliharaan, pemulihan, pertumbuhan, perkembangan serta aktifitas fisiknya [(4)].

Simpulan

Masalah gizi buruk erat kaitannya dengan kondisi sosial ekonomi keluarga, pendidikan orang tua, dan kondisi kebersihan lingkungan rumah. keluarga dan masyarakat memiliki potensi yang dapat diberdayakan untuk menanggulangi masalah gizi buruk. salah satu aspek kunci dalam pola asuh adalah praktek pengasuhan dan pemenuhan kebutuhan gizi anak. Pola asuh merupakan praktek orang tua dalam berinteraksi dengan anak-anaknya. Praktek tersebut meliputi cara orang tua memberikan aturan-aturan dalam rumah tangga. sebagai orang tua yang mem-

punyai tugas untuk mendidik anak dengan baik, memiliki cara yang menunjukkan otoritasnya. Pola asuh orang tua memberikan perhatian bagaimana anak mau bersikap yang baik [(4)].keluarga terutama ibu harus mampu menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola pengasuhan anak berupa sikap dan praktek ibu atau pengasuh lain dalam kedekatannya dengan anak, cara merawat, cara memberi makan serta memberi kasih sayang.

Pengalaman masyarakat menunjukkan masalah gizi buruk dapat dicegah dan ditanggulangi dengan memberdayakan masyarakat dan keluarga melalui peningkatan pemahaman keluarga dalam pola asuh, pengelolaan keuangan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi. Proses penanggulangan masalah gizi buruk dimulai dari deteksi dini kasus gizi buruk dan pendampingan keluarga oleh kader. tokoh masyarakat berperan memotivasi dan ngesuhi. Pemerintah berperan memfasilitasi dan membantu mengatasi kendala/kegiatan yang tidak dapat dilaksanakan oleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. soekirman. 1999. *Ilmu Gizi Dan Aplikasinya Untuk Keluarga Dan Masyarakat*. dirjen Pendidikan tinggi. jakarta: departemen Pendidikan nasional.
2. dinas kesehatan kabupaten Bantul, 2011. *Laporan Program Perbaikan Gizi*. Bantul: dinas keshatan kabupaten Bantul.
3. Murti B. 2010. *Disain dan ukuran sampel untuk penelitian kuntitatif dan kualitatif di bidang kesehatan*. yogyakarta: gajahmada university Press.
4. notoatmodjo s.2007. *Promosi kesehatan & ilmu perilaku* . jakarta: rineka Cipta.
5. uniCeF. 2004. *Strategy for improved nutrittion of children and women in developing countries.* new york: uniCeF.
6. departemen kesehatan republik indonesia.2003. indikator *Indonesia Sehat 2010 Dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat Dan Kabupaten/Kota Sehat.* jakarta.
7. soetjiningsih. 2001. *Tumbuh kembang anak*. surabaya: Penerbit Buku kedokteran.

ANALISIS PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING AIR SUSU IBU TERHADAP KENAIKAN BERAT BADAN BALITA USIA 7-24 BULAN

Indah Tunjung Arini, Siti Noor Zaenab, Nining Tunggal Sri Sunarti
akademi kebidanan yogyakarta

ABSTRAcT

Background: the babies are group of susceptible malnutrition. Babies who get food accompanied breast milk less than 4 months will get malnutrition risk less than 5, 2251 times. Breast milk is important gives until 6 months and continuous giving food accompanied breast milk. the main cause of malnutrition and less growth in babies 3~15 months relate on the low of giving breast milk and the bad of giving food accompanied breast milk.
Purpose: to know the effect of giving food accompanied breast milk early in increasing babies weight 7~24 months in posyandu umbulrejo village, ponjong subdistric, gunung kidul.
Methods: descriptive research, a cross sectional. research object are babies 7-24 months in 3 posyandu umbulrejo village 45 babies, and in held in May 2012. The instrument is used questioners and the record of healthy card. data analyses use descriptive in percentage and cross tab.
Results: the babies who get exclusive breast milk 24.5% and 75.5% get food accompanied breast milk traditional, manufacturer food and combination. Most of the babies who get food accompanied breast milk when they are 3 months are 29.4%, 55.9% get food accompanied breast milk manufacturer, 8.8% traditional and 35.3% combination. Babies who get food accompanied breast milk increase their weight 73,5%.
conclusion: Feeding accompanied breast milk influence babies' weight.

Keywords: increasing babies weight, food accompanied breast milk early

PENDAHULUAN

gizi buruk merupakan penyebab dari sepertiga kematian anak usia di bawah lima tahun. gangguan pertumbuhan masih mempengaruhi sekitar 186 juta anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2005. Meskipun angka gizi buruk menurun dari 25% pada tahun 1990 menjadi 18% pada tahun 2005, tetapi kemajuan tersebut belum merata di beberapa negara, dimana prevalensi gizi buruk justru meningkat[1]. angka mortalitas rata-rata di negara berkembang berkisar antara 115-180 per 1000 anak usia dibawah 5 tahun[2].

Bayi merupakan kelompok rentan gizi dimana kelompok tersebut mudah mengalami gangguan kesehatan akibat kekurangan gizi[3]. Prevalensi gizi buruk di indonesia masih cukup tinggi dimana 5,4% gizi buruk dan gizi kurang 13% atau 18,4% untuk gizi buruk dan kurang[4]. data tahun 2007 memperlihatkan 4 juta balita indonesia kekurangan gizi, 700 ribu diantaranya mengalami gizi buruk. sementara yang mendapat program makanan tambahan hanya 39 ribu anak[5].

Pada tahun 2001 WHo/uniCeF *(The United Nations Children's Fund)* dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu, memberikan air susu ibu kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, memberikan hanya asi saja atau pemberian asi secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-asi) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan, dan meneruskan pemberian asi sampai anak berusia 24 bulan. sekitar 20% dari kematian anak usia dibawah 5 tahun dapat dicegah

dengan strategi tersebut[6]. studi-studi di banyak negara berkembang mengungkap bahwa penyebab utama terjadinya gizi kurang dan hambatan pertumbuhan pada anak-anak usia 3-15 bulan berkaitan dengan rendahnya pemberian asi dan buruknya praktek pemberian makanan pendamping asi[7].

Menurut data yang dikeluarkan uniCeF, disebutkan bahwa hanya 39% dari semua bayi di dunia yang mendapat asi eksklusif dan di indonesia bayi yang menikmati asi eksklusif hingga usia 4 bulan sebesar 14% dan sampai usia 6 bulan hanya 7,2% pada 2007[1]. rata-rata umur pemberian MP-asi yaitu pada usia kurang dari 4 bulan, dan bayi yang mendapatkan MP-asi pada usia kurang dari 4 bulan kemungkinan akan mengalami risiko gizi kurang 5,2251 kali[8].

Program perbaikan gizi yang bertujuan meningkatkan jumlah dan mutu MP-asi, diantaranya dapat dilakukan dengan pemberian MP-asi kepada bayi dan anak usia 6–24 bulan dari keluarga miskin. Pemberian makanan pendamping asi (MP-asi) yang cukup dan bermutu serta di waktu yang tepat dapat memberikan kontribusi yang besar bagi pertumbuhan dan perkembangan balita. MP-asi merupakan makanan tambahan yang diberikan kepada bayi yang berusia lebih dari enam bulan karena ketika itu asi sudah tidak dapat lagi memenuhi kebutuhan bayi. secara umum terdapat dua jenis MP-asi yaitu hasil pengolahan pabrik atau disebut dengan MP-asi pabrikan dan yang diolah di rumah tangga atau disebut dengan MP-asi lokal. sedangkan perpaduan antara keduanya disebut MP-asi kombinasi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada awal bulan desember 2011 di desa umbulrejo, terdapat tiga pola pemberian MP-asi pada bayi 7-24 bulan, yaitu pola MP-asi tradisional, pabrikan dan kombinasi. dalam praktik pemberian MP-asi masih banyak ditemukan pemberian MP-asi dini yaitu kurang dari 6 bulan disertai dengan rendahnya kualitas dan kuantitas makanan yang diberikan pada bayi karena ketidaktahuan masyarakat.

Penelitian tentang analisis pemberian MP-asi terhadap kenaikan berat badan balita usia 7-24 bulan di Posyandu desa umbulrejo, kecamatan Ponjong, kabupaten gunungkidul belum pernah dilakukan. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh pemberian MP-asi secara dini terhadap kenaikan berat badan balita usia 7-24 bulan di Posyandu desa umbulrejo.

METODE PENELITIAN

jenis penelitian adalah *observasional* dengan menggunakan pendekatan secara deskriptif analitik dan pendekatan waktu untuk pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini ada *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua balita dan ibu balita yang berusia 7-24 bulan yang melakukan penimbangan di 3 Posyandu yang ada di desa umbulrejo, kecamatan Ponjong, kabupaten gunungkidul tahun 2012 yang berjumlah 34 responden. Pengambiln sampel menggunakan *total sampling*.

Variabel penelitian adalah pemberian MP-asi dan kenaikan berat badan. alat yang digunakan adalah kuesioner yang berupa pertanyaan seputar makanan yang pernah diberikan sebelum bayi berusia 6 bulan. Peneliti juga memakai status kMs serta timbangan dacin untuk mengetahui kenaikan berat badan balita.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut pengelompokannya, MP-asi dapat digolongkan menjadi 3 jenis, yaitu MP-asi tradisional, MP-asi pabrikan, dan MP-asi kombinasi. Hasil penelitian menunjukan bahwa balita mendapat MP-asi dini paling banyak pada usia dibawah 5 bulan. Pemberian MP-asi terlalu dini ini dapat memunculkan masalah seperti diare, muntah, dan gizi kurang. Bayi yang diberi asi eksklusif lebih jarang terkena sakit dibandingkan bayi yang tidak diberi asi eksklusif sampai usia 6 bulan. sebagian besar anak usia 6-12 bulan pernah mengalami sakit lebih 3 kali jika dalam 6 bulan pertama kehidupannya tidak diberi asi eksklusif[9].

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Pemberian MP-ASI, jenis MP-ASI dan Kenaikan Berat Badan dengan MP-ASI

Variabel	n=34	%
umur Pemberian MP-asi		
1 bulan	8	23,5
2 bulan	3	8,8
3 bulan	10	29,4
4 bulan	8	23,5
5 bulan	5	14,7
jenis MP-asi		
tradisional	3	8,8
Pabrikan	19	55,9
kombinasi	12	35,3
kenaikan BB Balita dengan MP-asi		
naik	25	73,5
tidak naik	9	26,6

Berdasarkan tabel 1 terlihat MP-asi dini paling banyak diberikan kepada balita adalah MP-asi pabrikan. MP-asi jenis pabrikan memang sangat praktis untuk segera dikonsumsi, tersedia dalam berbagai pilihan rasa dan takaran energinya sudah disesuaikan. kelebihan lain adalah diperkaya vitamin dan mineral, namun MP-asi jenis pabrikan memiliki kelemahan diantaranya mengandung zat tambahan seperti pengawet makanan.

Pemberian MP-asi dini akan membawa dampak terhadap balita, diantaranya perubahan berat badan[10]. Balita dengan pemberian MP-asi dini yang berat badannya naik sebanyak 73,5 % dan 26,6 % mengalami penetapan bahkan penurunan berat badan dibandingkan dengan berat badan standar. Hal ini dapat disebabkan karena pengaruh pemberian MP-asi dini yaitu meningkatkan risiko kurang gizi. Bayi yang bergizi baik adalah bayi yang mendapatkan MP-asi setelah usia 6 bulan[11].

Memperhatikan akibat pemberian MP-asi yang terlalu dini yaitu berat badan batita cenderung turun, maka tidak ada keuntungan dari pemberian makanan selain asi sebelum 6 bulan, selain sistem pencernaannya belum sempurna, pemberian MP-asi dini meningkatkan risiko masuknya berbagai jenis kuman terutama jika tidak higienis. Penurunan berat badan pada bayi dapat pula disebabkan makanan yang diberikan sebagai pengganti asi sering encer, sehingga lambung cepat penuh tetapi nutrisi bayi tidak terpenuhi. ada perbedaan antara balita yang diberi asi eksklusif dan non asi eksklusif. seluruh balita yang mendapat asi eksklusif sejak usia 0-6 bulan mempunyai berat badan dengan rentang berat badan normal pada bulan ke 6 sesuai kMs yaitu 5,5-9,5 kg, sesuai dengan standar baku WHo nCHs kategori status gizi[12].

Tabel 2. Tabulasi Silang jenis MP-ASI dengan Kenaikan BB

Jenis MP-ASI	Kenaikan BB			
	Naik		Tidak Naik	
	n	%	n	%
tradisional	2	5,9	1	2,9
Pabrikan	14	41,2	5	14,7
kombinasi	9	26,5	3	8,8

Pemberian berbagai jenis MP-asi mempengaruhi kenaikan berat badan balita. sesuai dengan tabel 1 balita yang diberi MP-asi jenis pabrikan sebanyak 55,9%. Menurut tabel 2 balita yang diberi MP-asi pabrikan 41,2% mengalami kenaikan berat badan, balita yang diberi MP-asi kombinasi 26,5% mengalami kenaikan berat badan.

jenis MP-asi tradisional yang paling banyak diberikan kepada bayi adalah madu, buah-buahan seperti pisang dan pepaya, bubur bayi, dan air tajin. jenis MP-asi pabrikan yang banyak diberikan berupa bubur bayi formula. kenaikan berat badan paling tinggi terdapat pada balita yang menggunakan MP-asi jenis kombinasi dibandingkan dengan jenis tunggal (tradisional dan pabrikan).

Meskipun kenaikan berat badan paling banyak terdapat pada balita yang diberi MP-asi kombinasi namun kenaikan secara umum masih banyak yang kurang dari standar berat badan. untuk mencapai pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan optimal, bayi harus diberi asi eksklusif selama 6 bulan pertama, selanjutnya untuk kecukupan nutrisi bayi mulai diberi makanan pendamping asi yang cukup dan aman, dengan pemberian asi dilanjutkan sampai usia 2 tahun[13].

SIMPULAN

Pemberian MP-asi memiliki pengaruh terhadap kenaikan berat badan. 22,2% balita mendapat MP-asi dini pada usia 3 bulan. sebagian besar balita (55,9%) diberikan MP-asi jenis pabrikan sebelum 6 bulan, 35,3% diberi MP-asi kombinasi dan 8,8% diberi MP-asi tradisional. Balita yang diberi MP-asi 73,5% berat badannya naik dan 26,5% balita tidak naik berat badannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHo. 2010. *Reducing Child Mortality in Indonesia.* WHo. diunduh dari *http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-082073/en/*
2. nelson, W.e. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak.* jakarta : egC
3. Budiyanto. 2002. *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*. Malang : uMM Press
4. dinkes Provinsi diy. 2009. *Profil Kesehatan Provinsi daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2009.* yogyakarta : dinas kesehatan d.i yogyakarta
5. khomsan, ali. 2007. *Pengantar Pangan dan Gizi.* jakarta : Penebar swadaya
6. WHo. 2003. *ComplementaryFeeding*. WHo. diunduh dari *http//www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/*
7. shrimpton. 2001. Worldwide timing of growth Faltering implication for nutritional intervention. Pediatrics, 107:e7 dalam WHo. 2003. Community Based strategies for Breastfeeding Promotion and support in developing Countries
8. anshori, M. 2002. *Hubungan Umur Pertama Kali Pemberian MP-ASI dengan Status*

Gizi Bayi Umur 6-12 Bulan di Kecamatan Pedamaran Kabupaten Ogan Komering Ilir Sumatera Selatan Tahun 2001. diunduh 13 desember 2011 dari *http://findpdf.ui.ac.id/613/04.ANS.pdf.*

9. Hardjito, koekoeh., Wahjurini, & Wahyu linda. 2011. Hubungan Pemberian asi eksklusif dengan Frekuensi kejadian sakit pada Bayi usis 6-12 Bulan di desa jugo kecamatan Mojo kabupaten kediri. *Jurnal Kesehatan Suara Forikes Vol II Nomor 4 tahunn 2011.*
10. dewanti, titariza .2009. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Makanan Pendamping ASI dengan Perubahan Berat Badan Balita Usia 6-24 Bulan di Posyandu Desa Banjarsari Kecamatan Gajah Kabupaten Demak*. semarang : universitas diponegoro
11. oktaviani, adinda. 2010. *Perbedaan Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan Berdasarkan Usia Pemberian MP-ASI di Posyandu Kelurahan Pringgokusuman Kecamatan Gedongtengen Tahun 2001.* yogyakarta: Politeknik kesehatan kemenkes yogyakarta
12. Wijayanti, lumastari ajeng & Cindy Meilisa. 2011. Perbedaan Berat Badan Bayi usia 6 Bulan yang diberikan asi eksklusif dan non asi eksklusif di desa keniten kecamatan Mojo kabupaten kediri. *Jurnal Kesehatan Suara Forikes Vol II Nomor 4 tahunn 2011*
13. WHo. 2001. global strategy For infant and young Child Feeding: the optimal duration of exclusive breastfeeding. WHo. diunduh dari *http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf*

TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DENGAN PRAKTIK IBU DALAM MENERAPKAN *TOILET TRAINING*

cahyaning Setyo Hutomo[1], Samsi Haryanto[2], Pancrasia K. Murdani[2]
akademi kebidanan yogyakarta [1] universitas sebelas Maret surakarta [2]

ABSTRAK

Latar Belakang: orang tua memiliki peran dalam penerapan *toilet training* pada anak usia toddler. Bimbingan dan motivasi dari orang tua mendorong anak usia toddler untuk mampu melakukan *toilet training*.
Tujuan: untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler*.
Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross-sectional*. Variabel independen, yaitu tingkat pengetahuan dan sikap ibu, variabel dependen, yaitu praktik ibu. lokasi penelitian di kelurahan jebres surakarta dengan sampel ibu yang memiliki anak usia toddler. teknik pengambilan sampel adalah cluster sampling dengan pencuplikan sampel menggunakan "*rule of tumb*". data diambil menggunakan kuesoner. teknik analisa data menggunakan Pearson Product Moment dan regresi liniear ganda, dengan tingkat signifikasi 5%.
Hasil: Hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu diperoleh 39,82 (F_{hitung}) < 19,46 (F_{tabel}), hal ini berarti bahwa tingkat pengetahuan dan sikap ibu secara bersama-sama (keseluruhan) berpengaruh terhadap praktik ibu.
Kesimpulan: Ada hubungan postitif yang secara statistik signifikan antara tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia toddler di kelurahan jebres surakarta.

Kata Kunci: tingkat Pengetahuan, sikap, Praktik *Toilet Training*

PENDAHULUAN

tumbuhkembang, dianggap sebagai satu kesatuan yang mencerminkan berbagai perubahan yang terjadi pada anak. Proses tumbuh-kembang yang terjadi saling berkaitan, terjadi bersamaan, bersifat kontinu, dan tidak dapat berdiri sendiri. Meski istilah tumbuh-kembang sering dikatakan sebagai satu kesatuan, namun keduanya berbeda. dalam rangka pertumbuhan dan perkembangan anak, diperlukannya bimbingan, pengetahuan dari orang tua[10,25].

Pada tahun-tahun awal masa kehidupan anak adalah merupakan letak dasar bagi terpenuhinya segala kebutuhan fisik, maupun psikis diawal perkembangannya, sehingga pada perkembangan selanjutkan akan dapat melaksanakan tugas-tugasnya. lingkungan awal tempat anak hidup pada tahun-tahun awal masa hidupnya mempunyai pengaruh kuat pada kehidupan anak pada masa selanjutnya[9].

karakter dibentuk pada masa kanak-kanak[16]. tahun-tahun pertama pada anak merupakan tahapan yang krusial, karena pada tahap ini apa yang didapatkan anak memiliki andil dalam membentuk kepribadian mereka[16].

Peran orang tua sangat berpengaruh pada perkembangan anak. orang tua merupakan guru pertama dan terpenting untuk anak. dalam perkembangannya, orang tua mengajarkan berbagai hal kepada anaknya, mulai dari hubungan antar-personal, kemampuan fisik, kemampuan sosial, sampai dengan menanamkan perilaku yang baik. salah satu tugas utama orang tua pada masa *toddler* adalah *toilet training*. Kontrol sfingter ani

dan uretra terkadang dicapai pada anak usia berjalan, mungkin antara 18 dan 24 bulan, namun, diperlukan faktor psikofisologis kompleks untuk kesiapan. Biasanya, kesiapan psikologis dan fisiologis anak belum tercapai pada usia 18 sampai 24 bulan, oleh karena itu orang tua memiliki peran untuk mengidentifikasai tanda-tanda kesiapan pada anak[25].

kemampuan anak untuk mengontrol eliminasi selain tergantung pada kematangan muskular, juga tergantung dari motivasi orang tua sebagai pendidik dan pendamping anak. Peran orang tua sangat penting. dalam menerapkan *toilet training* sikap orang tua antara yang satu dengan yang lainnya tentunya berbeda, hal ini menyebabkan perbedaan pula pada sikap anak. apabila orang tua mulai menerapkan *toilet training* pada masa-masa *toddler*, ketika anak mulai bisa mengontrol otot eleminasi, anak akan memilih untuk melakukan eleminasi di kamar mandi atau WC.[20,23]

dalam penerapan *toilet training* pada anak, orang tua harus mencurahkan perhatian dan sabar. orang tua tidak boleh meremehkan proses ini, harus siap dan memberikan pengaturan yang cocok dan tepat. Pada proses ini orang tua harus juga siap secara emosional bila apa yang diterapkan pada anak tidak bisa langsung berjalan sesuai dengan yang telah diharapkan. Penerapan toilet training umumnya membutuhkan waktu beberapa minggu pada anak yang sudah siap, dan akan membutuhkan waktu yang lebih lama pada anak yang belum siap.[1,4]

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *observasional analytic* dengan rancangan penelitian *cross sectional*[12]. Penelitian dilakukan di kelurahan jebres, surakarta.

Pada penelitian ini pencuplikan sampel menggunakan "*rule of tumb*"[11]. subjek penelitian yang diambil adalah ibu yang memiliki anak usia toddler (18-36 bulan) yang tinggal di kelurahan jebres surakarta. teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah cluster sampling, teknik sampling ini dilakukan obyek yang akan diteliti berada di wilayah yang luas [22]. subjek penelitian yang diambil adalah subjek yang sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang akan diteliti[15]. kriteria inklusi tersebut adalah ibu yang memiliki anak usia toddler (18-36 bulan) yang tinggal di kelurahan jebres surakarta yang bersedia menjadi responden.

alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket atau kuesioner. angket disusun menggunakan model skala likert yang dimodifikasi dengan empat pilihan jawaban yang bergradasi[22]. angket ada tiga jenis, yaitu mengenai tingkat pengetahuan, sikap dan praktik ibu. analisis data pada penelitian ini menggunakan *Pearson Product Moment* dan regresi linear ganda[15].

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian hubungan tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet traning* disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1. Hasil Analisis Regresi Linier Ganda Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training*

	Koefisien	t	p	95% *Confidence Interval*	
				Batas Bawah	Batas Atas
konstanta	10.41	1.18	0.249	-7.720	28.531
tingkat Pengetahuan	0.32	2.29	0.030	0.033	0.064
sikap	0.60	3.34	0.002	0.233	0.976
n observasi	30				
R^2	74,7%				
p	< 0.001				

deskripsi hasil penelitian ini terdiri dari tingkat pengetahuan dan sikap ibu dalam rangka penerapan *toilet training* pada anak usia toddler, yaitu sebagai berikut:

Tingkat Pengetahuan Ibu

tabel 1. menunjukkan hasil analisis regresi linier ganda yang menghubungan tingkat pengetahuan ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan dan pengaruh yang positif yang secara statistik signifikan (b = 0.319; Ci 95% 0.033 hingga 0.604).

Sikap Ibu

tabel 1. menunjukkan hasil analisis regresi linier ganda yang menghubungan sikap ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training*. dari hasil tersebut didapatkan bahwa ada hubungan dan pengaruh yang positif yang secara statistik signifikan (b = 0.604; Ci 95% 0.233 hingga 0.976).

Tingkat Pengetahuan dengan Praktik Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training* pada Anak Usia Toddler

Tabel 2. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Praktik Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training* pada Anak Usia Toddler

Variabel	Praktik Ibu
tingkat Pengetahuan ibu	r = 0,80 p < 0,001

sumber : data Primer, 2011

Berdasarkan hasil uji korelasi *Pearson*, hubungan tingkat pengetahuan dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* adalah 0,80 > 0, 36 ($r_{hitung} > r_{tabel}$), hal ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler*.

dari hasil penelitian dilakukan oleh Winda Pusparini[17] menunjukan hal yang serupa, uji spearman rho diperoleh nilai rhoxy sebesar 0,733 dan nilai probabilitas (p-value) 0,000 lebih kecil dari (alpha) = 0,05, yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang *toilet training* dengan perilaku ibu dalam melatih *toilet training* pada anak usia *toddler*.

Hal ini didukung teori yang dikemukakan oleh notoatmodjo[13], dimana disebutkan bahwa pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. ibu melakukan penginderaan mengenai *toilet training* sehingga menghasilkan pengetahuan sebagai dasar untuk selanjutnya menentukan sikap kemudian melakukan praktik. Waktu mulai dari penginderaan sampai dengan menghasilkan pengetahuan sangat dipengaruhi olah intensitas perhatian terhadap objek, semakin tinggi intensitasnya maka diharapkan semain tinggi pula sikap dan praktik yang dilakukan. Hal ini dikarenakan pengetahuan

atau kognitif merupakan domain yang diperoleh untuk mendasari terbentuknya domain sikap untuk kemudian dilakukannya praktik.

Sikap dengan Praktik Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training* pada Anak Usia Toddler

Tabel 3. Hubungan Sikap dengan Praktik Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training* pada Anak Usia Toddler

Variabel	Praktik Ibu
sikap ibu	r = 0,84 p < 0,001

sumber : data Primer, 2011

Hasil uji korelasi *Pearson* untuk hubungan sikap dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* adalah 0,84 > 0,36 ($r_{hitung} > r_{tabel}$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler*.

dalam penelitian lain, didapatkan hasil 0, 781 dengan tingkat signifikan 5%, hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan tindakan ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler*[19].

sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern. sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respons terhadap stimulus tertentu. stimulus yang sebelumnya diberikan berupa pengetahuan mengenai *toilet training*, mendorong ibu untuk melakukan praktik[13].

Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Praktik Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training* pada Anak Usia *Toddler*

Berdasarkan hasil uji regresi linear ganda pada tabel 1 dapat disusun persamaan sebagai berikut:

$$Y = 10{,}406 + 0.319X_1 + 0.604X_2$$

dari persamaan regresi linear ganda di atas dapat dibuat interpretasi sebagai berikut:

a. nilai konstanta untuk persamaan regresi adalah 10,406 dengan parameter positif. Hal ini berarti apabila terjadi peningkatan variabel independen (tingkat pengetahuan dan sikap) maka praktik *toilet training* meningkat.
b. Besar koefisien regresi untuk variabel tingkat pengetahuan ibu adalah 0,319 dengan parameter positif. Hal ini berarti bahwa setiap penambahan (tanda +) variabel tingkat pengetahuan maka variabel praktik dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler* akan meningkat.
c. Besar koefisien regresi untuk variabel sikap ibu adalah 0,604 dengan parameter positif. Hal ini berarti bahwa setiap penambahan (tanda +) variabel sikap ibu maka variabel praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler* akan meningkat.
d. Variabel sikap dengan koefisien lebih besar dibandingkan dengan variabel-variabel yang lain, yaitu sebesar 0,604, hal ini menunjukkan variabel sikap ibu merupakan variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik ibu dalam menerapkan *toilet training*.

dilakukan analisis untuk membuktikan signifikasi pengaruh variabel independen (tingkat pengetahuan dan sikap ibu) terhadap variabel dependen (praktik ibu) secara parsial. Hasil perhitungan t statistik untuk variabel tingkat pengetahuan diperoleh nilai t_{hitung}

sebesar 2,292, sedangkan t_{tabel} sebesar 2,052, karena t_{hitung} (2,292) > t_{tabel} (2,052), hal ini berarti tingkat pengetahuan ibu memiliki pengaruh yang signifikan terhadap praktik *toilet training* pada anak usia toddler di kelurahan jebres surakarta.

sedangkan hasil perhitungan t statistik untuk variabel sikap diperoleh nilai t_{hitung} sebesar 3,341, sedangkan t_{tabel} sebesar 2,052, karena t_{hitung} (3,341) > t_{tabel} (2,052), hal ini berarti sikap ibu memiliki pengaruh yang signifikan terhadap praktik *toilet training* pada anak usia toddler di kelurahan jebres surakarta.

dilakukan analisis membuktikan signifikasi pengaruh variabel indepen (tingkat pengetahuan dan sikap ibu) terhadap variabel dependen (praktik ibu) secara bersama-sama, yang diperoleh hasil nilai F_{hitung} sebesar 39,82, sedangkan F_{tabel} sebesar 19,46. karena F_{hitung} (39,82) < F_{tabel} (19,46), hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan dan sikap ibu secara bersama-sama (keseluruhan) memiliki pengaruh terhadap praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia toddler.

setelah seseorang mengetahui stimulus, yaitu memperoleh pengetahuan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, yaitu bersikap, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya. [13] Menurut sunaryo[21] proses pelaksanaan praktik adalah didasari oleh pengetahuan yang kemudian diikuti oleh pembentukan sikap.

Koefisien determinasi (R^2) pada intinya mengukur seberapa besar sumbangan pengaruh variabel independen (tingkat pengetahuan dan sikap ibu) dalam menerangkan variasi variabel dependen (praktik ibu). nilai koefisien determinasi adalah nol dan satu. Hasil penelitian diperoleh nilai 0.747, yang artinya bahwa tingkat pengetahuan dan sikap ibu memberi sumbangan terhadap peningkatan atau penurunan pratik ibu dalam menerapkan *toilet training.* tingkat pengetahuan dan sikap ibu memberikan kontribusi sebesar 74,7% sedangkan sisanya 25,3% dipengaruhi oleh variabel lain di luar model penelitian.

sumbangan efektif dapat dilihat dari nilai Koefisien determinasi (R^2) dimana nilai bertujuan untuk mengetahui seberapa besar kemampuan variabel independen menjelaskan variabel dependen.

Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa sumbangan efektif tingkat pengetahuan ibu terhadap praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* adalah sebesar 29,67%, sedangkan sumbangan efektif sikap ibu terhadap praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* adalah sebesar 45,01%. Besarnya sumbangan relatif tingkat pengetahuan ibu terhadap praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* sebesar 39,73%, sedangkan sumbangan relatif sikap ibu terhadap praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* adalah sebesar 60,25%.

Berdasarkan tabel 1. diatas menunjukkan masing-masing, baik variabel tingkat pengetahuan, maupun variabel sikap memiliki hubungan yang signifikan dengan praktik ibu. Variabel sikap memiliki koefisien lebih besar dibandingkan dengan variabel-variabel yang lain, hal ini menunjukkan variabel sikap merupakan variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap praktik *toilet training*.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisa data dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpul-

an bahwa ada hubungan positif yang secara statistik signifikan antara tingkat pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* pada anak usia *toddler* di kelurahan jebres surakarta. Hal ini berarti bila tingkat pengetahuan dan sikap ibu semakin tinggi maka praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* semakin baik.

untuk selanjutnya bisa menyusun sebuah program dalam rangka meningkatkan pengetahuan ibu mengenai *toilet training*, misalkan dengan membuat leaflet mengenai *toilet training*, membuat buku saku atau buku pedoman yang mengulas tentang *toilet training* secara lebih luas dan mendalam yang kemudian diberikan pada para ibu, melakukan komunikasi edukasi dalam proses penyuluhan atau konseling mengenai *toilet training* pada para ibu. dengan hal-hal tersebut diatas, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ibu mengenai *toilet training*, sehingga dapat mendorong ibu untuk memberikan sikap yang semakin tinggi dan akhirnya praktik ibu dalam menerapkan *toilet training* semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. american academy of Pediatrics. 2004. surviving toilet training. *www.childwelfare.gov*. diunduh pada tanggal 07 oktober 2011.
2. azwar s. 2010. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. yogyakarta: Pustaka Pelajar offset.
3. Behrman r e, Vaughan V C. 2005. *Nelson: Ilmu Kesehatan Anak*. jakarta: egC.
4. Community Paediatric Commite. 2004. toilet training: anticipatory guidance with a child-orieted approach. *www.ncbi.nlm.nih.gov*. diunduh tanggal 07 oktober 2011.
5. djarwanto P s. 2001. *Mengenal Beberapa Uji Statistik Dalam Penelitian.* yogyakarta: BPFe-ugM.
6. eisenberg a, Murkoff H e, Hathaway s e. 2008. *Bayi Pada Tahun Pertama: Apa yang Anda Hadapi Bulan per Bulan*. jakarta: arcan.
7. Faidah e n. 2009. Hubungan antara Persepsi dan tingkat Pendidikan terhadap sikap ibu tentang toilet training pada anak usia 1-3 tahun di wilayah kelurahan kampung sewu jebres surakarta. *etd.eprints.ums.ac.id.* diunduh pada tanggal 10 agustus 2011.
8. Hidayat a a a. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. jakarta: salemba Medika.
9. Hurlock e B. 2004. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. jakarta: erlangga.
10. _____. 2005. *Perkembangan Anak*. jakarta: erlangga.
11. Murti B. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. jogjakarta: gajah Mada university Press.
12. notoatmodjo s. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. jakarta: Pt. rineka Cipta.
13. _____. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. jakarta: Pt. rineka Cipta.
14. nursalam, susilaningrum r, dan utami s. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk perawat dan bidan)*. jakarta: salemba Medika.
15. nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 2*. jakarta: salemba Medika.
16. Papalia d e, olds s W, and Feldman r d. 2008. *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. jakarta: kencana.

17. Pusparini W. 2010. Hubungan Pengetahuan ibu tentang toilet training dengan Perilaku ibu dalam Melatih toilet training Pada anak usia toddler di desa kadokan sukoharjo. *etd.eprints.ums.ac.id*. diunduh pada tanggal 10 agustus 2011.
18. riwidikdo .2007. *Statistik Kesehatan*. yogyakarta: Mitra Cendekia Press.
19. rosita a. 2008. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu Terhadap Penerapan Toilet Training pada Anak Usia Toddler di TK Al-Fath Kecamatan Pare Kabupaten Kediri*. thesis uns (tidak dipublikasikan).
20. santrock j W. 2002. *Life-Span Development*. new york: Mcgrow-Hill.
21. sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. jakarta: egC.
22. sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: CV. alfabeta.
23. suryabudhi M. 2003. *Cara Merawat Bayi dan Anak-Anak*. Bandung: Pioner jaya.
24. Wawan a. 2010. *Teori dan Pengukuran: Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. jogjakarta: nuha Medika.
25. Wong d l . 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 1*. jakarta: egC.