

ISSN 2085-3602



9 772085 360072

- Model Keadilan Organisasional dan *Quality of Nursing Work Life* terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Kabupaten Probolinggo
- Pengaruh *Back Deep Massage* terhadap Intensitas Nyeri pada Ibu Bersalin Kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban  
(*The Effect of Back Deep Massage on Pain Intensity at the First Stage of Labor in Nahdlatul Ulama Hospital – Tuban*)
- Perilaku Unmet Need Wanita Usia Subur  
(*Unmet Need Behaviour of Fertile Women*)
- Hubungan antara Motivasi Masyarakat dengan Tingkat Kemandirian Posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban  
(*The Relationship between Motivation of Society and the Level of Independence of Posyandu in Kedungrejo Village of GAJI Health Public Centre of Kerek Tuban*)
- Hubungan Peran Suami dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi bagi Ibu Nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang  
(*Role Relationship Husband with Contraceptive Method Selection for Postpartum Mother in BPM District Jabon Jombang*)
- Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan Penggunaan Leaflet terhadap Pengetahuan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Siswa SD
- Hubungan Umur dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Ditinjau dari Paritas Ibu di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo  
(*Agerelation Ships with Premature Rupture of Membranes Genesis Judging from Parity Mother of RS Rahman Rahim Sidoarjo*)

## *Kopertis 7*

J. Sain Med	Vol. 7	No. 1	Hal. 1–39	Surabaya Juni 2015	ISSN 2085-3602
-------------	--------	-------	-----------	-----------------------	-------------------

# Sain Med

## JURNAL KESEHATAN

---

---

Diterbitkan oleh Kopertis Wilayah VII sebagai terbitan berkala yang menyajikan informasi dan analisis persoalan ilmu Kesehatan.

Kajian ini bersifat ilmiah populer sebagai hasil pemikiran teoritik maupun penelitian empirik. Redaksi menerima karya ilmiah/hasil penelitian atau artikel, termasuk ide-ide pengembangan di bidang ilmu Kesehatan.

Untuk itu JURNAL SAIN MED mengundang para intelektual, ekspertis, praktisi, mahasiswa serta siapa saja berdialog dengan penuangan pemikiran secara bebas, kritis, kreatif, inovatif, dan bertanggung jawab. Redaksi berhak menyingkat dan memperbaiki karangan itu sejauh tidak mengubah tujuan isinya. Tulisan-tulisan dalam artikel JURNAL SAIN MED tidak selalu mencerminkan pandangan redaksi. Dilarang mengutip, menerjemahkan atau memperbanyak kecuali dengan izin redaksi.

---

---

#### PELINDUNG

Prof. Dr. Ir. Suprpto, DEA.  
(*Koordinator Kopertis Wilayah VII*)

#### REDAKTUR

Prof. Dr. Ali Maksun  
(*Sekretaris Pelaksana Kopertis Wilayah VII*)

#### PENYUNTING/EDITOR

Dr. Yoso Wiyarno, M.Kes.  
Dian Mulawarmanti, Dr., drg., MS.  
Sihning E.J.T., dr., MS.  
Drs. Ec. Purwo Bekti, M.Si.  
Drs. Supradono, MM  
Drs. Budi Hasan, SH., M.Si.  
Suyono, S.Sos, M.Si  
Thohari, S.Kom.

#### DESAIN GRAFIS & FOTOGRAFER

Dhani Kusuma Wardhana, A.Md.  
Sutipah

#### SEKRETARIS

Tri Puji Rahayu, S.Sos.; Soetjahyono

---

---

**Alamat Redaksi:** Kantor Kopertis Wilayah VII (Seksi Sistem Informasi)  
Jl. Dr. Ir. H. Soekarno No. 177 Surabaya  
Telp. (031) 5925418-19, 5947473 psw. 120 Fax. (031) 5947479  
Situs Web: <http://www.kopertis7.go.id>, E-mail: [jurnal@kopertis7.go.id](mailto:jurnal@kopertis7.go.id)



# Sain Med

## JURNAL KESEHATAN

### DAFTAR ISI (CONTENTS)

	Halaman (Page)
1. Model Keadilan Organisasional dan <i>Quality of Nursing Work Life</i> terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Kabupaten Probolinggo <b>Nur Hamim, Ro'isah, Achmad Kusyairi</b> .....	1-7
2. Pengaruh <i>Back Deep Massage</i> terhadap Intensitas Nyeri pada Ibu Bersalin Kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban ( <i>The Effect of Back Deep Massage on Pain Intensity at the First Stage of Labor in Nahdlatul Ulama Hospital – Tuban</i> ) <b>Dwi Rukma Santi</b> .....	8-11
3. Perilaku <i>Unmet Need</i> Wanita Usia Subur ( <i>Unmet Need Behaviour of Fertile Women</i> ) <b>Erwin Kurniasih</b> .....	12-19
4. Hubungan antara Motivasi Masyarakat dengan Tingkat Kemandirian Posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban ( <i>The Relationship between Motivation of Society and the Level of Independence of Posyandu in Kedungrejo Village of GAJI Health Public Centre of Kerek Tuban</i> ) <b>Miftahul Munir</b> .....	20-24
5. Hubungan Peran Suami dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi bagi Ibu Nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang ( <i>Role Relationship Husband with Contraceptive Method Selection for Postpartum Mother in BPM District Jabon Jombang</i> ) <b>Siti Mudrikatin</b> .....	25-29
6. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan Penggunaan Leaflet terhadap Pengetahuan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Siswa SD <b>Sulistyo Dewi W.R dan Nanang Muhibuddin</b> .....	30-35
7. Hubungan Umur dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Ditinjau dari Paritas Ibu di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo ( <i>Agerelation Ships with Premature Rupture of Membranes Genesis Judging from Parity Mother of RS Rahman Rahim Sidoarjo</i> ) <b>Vidia Atika Manggiasih</b> .....	36-39



## PANDUAN UNTUK PENULISAN NASKAH

---

Jurnal ilmiah SAINMED adalah publikasi ilmiah enam bulanan yang diterbitkan oleh Kopertis Wilayah VII. Untuk mendukung penerbitan selanjutnya redaksi menerima artikel ilmiah yang berupa hasil penelitian empiris dan artikel konseptual dalam bidang Ilmu Kesehatan.

Naskah yang diterima hanya naskah asli yang belum pernah diterbitkan di media cetak dengan gaya bahasa akademis dan efektif. Naskah terdiri atas:

1. Judul naskah maksimum 15 kata, ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris tergantung bahasa yang digunakan untuk penulisan naskah lengkapnya. Jika ditulis dalam bahasa Indonesia, disertakan pula terjemahan judulnya dalam bahasa Inggris.
2. Nama penulis, ditulis di bawah judul tanpa disertai gelar akademik maupun jabatan. Di bawah nama penulis dicantumkan instansi tempat penulis bekerja.
3. Abstrak ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris tidak lebih dari 200 kata diketik 1 (satu) spasi. Abstrak harus meliputi intisari seluruh tulisan yang terdiri atas: latar belakang, permasalahan, tujuan, metode, hasil analisis statistik, dan kesimpulan, disertakan pula kata kunci.
4. Artikel hasil penelitian berisi: judul, nama penulis, abstrak, pendahuluan, materi, metode penelitian, hasil penelitian, pembahasan, kesimpulan, dan daftar pustaka.
5. Artikel konseptual berisi: judul, nama penulis, abstrak, pendahuluan, analisis (kupasan, asumsi, komparasi), kesimpulan dan daftar pustaka.
6. Tabel dan gambar harus diberi nomor secara berurutan sesuai dengan urutan pemunculannya. Setiap gambar dan tabel perlu diberi penjelasan singkat yang diletakkan di bawah untuk gambar. Gambar berupa foto (kalau ada), disertakan dalam bentuk mengkilap (gloss).
7. Pembahasan berisi tentang uraian hasil penelitian, bagaimana penelitian yang dihasilkan dapat memecahkan masalah, faktor-faktor apa saja yang memengaruhi hasil penelitian dan disertai pustaka yang menunjang.
8. Daftar pustaka, ditulis sesuai aturan penulisan Vancouver, disusun berdasarkan urutan kemunculannya

bukan berdasarkan abjad. Untuk rujukan buku urutannya sebagai berikut: nama penulis, editor (bila ada), judul buku, kota penerbit, tahun penerbit, volume, edisi, dan nomor halaman. Untuk terbitan berkala urutannya sebagai berikut: nama penulis, judul tulisan, judul terbitan, tahun penerbitan, volume, dan nomor halaman.

### Contoh penulisan Daftar Pustaka:

1. Grimes EW, **A use of freeze-dried bone in Endodontic**, J. Endod, 1994: 20: 355–6
2. Cohen S, Burn RC, **Pathways of the pulp**. 5<sup>th</sup> ed., St. Louis; Mosby Co 1994: 127–47
3. Morse SS, **Factors in the emergence of infectious disease**. Emerg Infect Dis (serial online), 1995 Jan–Mar, 1(1): (14 screen). Available from: URL: <http://www/cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Accessed Desember 25, 1999.

Naskah diketik 2 (dua) spasi 12 pitch dalam program MS Word dengan susur (margin) kiri 4 cm, susur kanan 2,5 cm, susur atas 3,5 cm, dan susur bawah 2 cm, di atas kertas A4.

Setiap halaman diberi nomor halaman, maksimal 12 halaman (termasuk daftar pustaka, tabel, dan gambar), naskah dikirim sebanyak 2 rangkap dan 1 disket atau CD.

Redaksi berhak memperbaiki penulisan naskah tanpa mengubah isi naskah tersebut. Semua data, pendapat atau pernyataan yang terdapat pada naskah merupakan tanggung jawab penulis. Naskah yang tidak sesuai dengan ketentuan redaksi akan dikembalikan apabila disertai perangko.

Naskah dapat dikirim ke alamat:

### Redaksi/Penerbit:

Kopertis Wilayah VII  
d/a Seksi Sistem Informasi  
Jl. Dr. Ir. H. Soekarno No. 177 Surabaya  
Telp. (031) 5925418-19, 5947473 psw. 120  
Fax. (031) 5947479  
E-mail: [jurnal@kopertis7.go.id](mailto:jurnal@kopertis7.go.id)  
Homepage: [www.kopertis7.go.id](http://www.kopertis7.go.id)





# Model Keadilan Organisasional dan *Quality of Nursing Work Life* terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Kabupaten Probolinggo

\*Nur Hamim, \*\*Ro'isah, \*\*Achmad Kusyairi

Akper Hafshawaty Zainul Hasan Genggong Probolinggo Jawa Timur

Correspondence: Nur Hamim Jl. Sentana RT.01/03 Kregenan Kraksaan Probolinggo, 67282, email: hnurhamim@yahoo.co.id

## ABSTRACT

*Performance is the result achieved by a person under the applicable size for the job in question. In other words, if the employee's performance is good then chances are good organizational performance. as workers only but an important part in the organization of the institution. The purpose of this study was to determine the effect of the influence of Organizational Justice Model and Quality Of Work Life on the performance of nurses in implementing nursing care in hospitals. This study used a survey method with a model of influence among several variables, which will measure the working conditions of nurses. Being a new model in nursing care. Judging from the time of this study using cross-sectional design to study the nature of explanation (explanatory research), based on the perceptions of the respondents, which describes causal relationship between variables based on respondents' answers through testing hipotesis. Teknik The analysis uses a model-based variance equation struktural or component based, which is famous for Partial least square (PLS). The results showed that organizational justice affect the Quality of nursing worklife, P. With a significance value  $0.016 < \alpha 0.05$  level. While the Quality of nursing worklife influence on the performance of nurse with a significance value of  $P 0.000 < \alpha 0.05$  level. Organizational Justice but has no direct influence on the performance of nurses. Therefore it is necessary to create the conditions in which the quality of nursing work life for the better, thus will be able to improve the performance of nurse in hospital*

**Key words:** Organizational Justice, Quality of nursing work life, Nurse Performance

## PENDAHULUAN

Keberhasilan sebuah organisasi dalam mencapai tujuannya sangat dipengaruhi oleh pencapaian kinerjanya di suatu organisasi. Menurut Kheradman, E (2010) menyatakan bahwa kinerja merupakan hasil yang dicapai oleh seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan. Dengan perkataan lain jika kinerja pegawai baik maka kemungkinan besar kinerja organisasi baik. sebagai pekerja saja akan tetapi menjadi bagian penting dalam Organisasi pada institusi

tersebut, Guna SR (2008). Oleh karena itu kondisi yang demikian itu dapat terwujud melalui pendekatan Keadilan organisasional.

Rumah Sakit Umum Daerah di kabupaten Probolinggo ada dua yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Tongas dan Rumah Sakit Umum Waluyo Jati Kraksaan, Kabupaten Probolinggo dengan Kinerja perawat dapat disajikan sebagai berikut:

Dari tabel 1.2 tersebut dapat dilihat bahwa BOR (*Bed Occupancy Rate*), Menurut Muninjaya (2004) tingkat BOR ideal untuk RS antara 75–85%, sementara ALOS

**Tabel 1.** Data indikator Layanan unit Rawat Inap di RSUD Waluyo Jati Kraksaan Tahun 2010–2013

Indikator layanan	Tahun			Keterangan
	2011	2012	2013	
TT tersedia	192	225	232	Naik
Jumlah Ruangan	12	14	14	Naik
Jumlah Pasien	11.142	11,568	12,172	Naik
BOR	52,3	49,8	48,2	Tidak sesuai standar (75%)
ALOS	3,7	3,5	3,5	Tidak sesuai standar (> 7 hari)
TOI	3,0	3,5	3,5	Sesuai (standar 1–3 hari)
BTO	38,7	35,6	38,9	Sesuai (standar 5–45 kali)
NDR	15,0	15,3	15,3	Tinggi (standar < 2,5%)
GDR	31,7	31,0	31,5	Tinggi (standar < 3%)

Sumber: Rekam medis RSUD waluyo Jati Kraksaan tahun 2013

Keterangan:

BOR : *Bed Occupancy Rate*  
ALOS : *Average Length of stay*  
TOI : *Turn Over interval*

NDR : *Net death Rate*  
BTO : *Bed turn Over*  
GDR : *Gross Death Rate*

sebesar 7–10 hari, BTO sebesar 5–45 kali, TOI sebesar 1-3 hari, NDR < 2,5% dan GDR < 3%. Pada data diatas dapat dilihat bahwa parameter kinerja 4 RS selama 4 tahun berturut turut masih belum ideal. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kinerja RS di Probolinggo belum optimal. Selain kinerja diatas kinerja RS dapat juga diukur dengan berdasarkan kepuasan pasien. Upaya untuk meningkatkan kinerja RS lebih pada investasi fisik berupa fasilitas, peralatan penambahan tenaga dan dana. Seharusnya modal utama peningkatan kinerja bukan sekedar pada investasi fisik, tetapi juga pada *Quality of Work Life* (QWL). Patricia, A. Potter. & Anne, G. Perry (2010) Investasi pada Model pengembangan *Quality of Work Life* (QWL) justru lebih penting dan kemungkinan akan memberikan hasil yang lebih baik.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- a. Terdapat pengaruh Keadilan organisasional terhadap *Quality of Work Life* perawat di rumah sakit
- b. Terdapat pengaruh Keadilan organisasional terhadap Kinerja perawat dalam Asuhan keperawatan di Rumah sakit
- c. Terdapat pengaruh Keadilan organisasional dan *Quality of Work Life* terhadap Kinerja Perawat Dalam Asuhan Keperawatan di Rumah sakit.

”Bagaimanakah Model pengaruh *Quality of Work Life* dan Keadilan Organisasional terhadap kinerja Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah sakit?

#### TUJUAN PENELITIAN:

- a. Mengukur *Quality of Work life* perawat yang ada di rumah sakit di kabupaten Probolinggo.
- b. Mengukur Keadilan Organisasional perawat di rumah Sakit Kabupaten Probolinggo.
- c. Menganalisis pengaruh keadilan Organisasional perawat terhadap *Quality of Work Life* di Rumah Sakit.
- d. Menganalisis Pengaruh *Quality of Work Life* perawat terhadap Kinerja perawat dalam asuhan keperawatan di rumah sakit.
- e. Menganalisis Pengaruh keadilan Organisasional terhadap Kinerja perawat di Rumah Sakit.
- f. Menyusun Model Pengaruh *Quality Of Work life* dan keadilan Organisasional terhadap kinerja perawat di Rumah Sakit.

#### TINJAUAN PUSTAKA

##### Kajian penelitian sebelumnya

Beberapa penelitian terdahulu yang berhubungan dengan QWL, Keadilan Organisasional, dan Kinerja dalam Asuhan keperawatan sebagai berikut.

##### Hasil Penelitian Bonrood, (2009)

Dalam jurnal volume tahun 2009, walapa bonrood melaporkan hasil penelitiannya yang berjudul “*Qulaity of Working Life: Perceptions of Professional Nurses at Pramongkutklo Hospital*” dalam penelitian tersebut peneliti memperkenalkan konsep persepsi perawat terhadap *Qulaity of Working Life*, Sampel dalam penelitian 87 perawat, Hasil penelitian menyimpulkan Faktor individu: usia, status, pendidikan, posisi, pengalaman, gaji berpengaruh terhadap QWL, Karakteristik kerja, iklim, organisasi, komitmen organisasi dan kepuasan kerja berpengaruh terhadap QWL, Pada analisis multiregresi faktor efektif QWL berpengaruh negatif terhadap karakteristik kerja akan tetapi berpengaruh positif terhadap iklim organisasi, komitmen organisasi dan kepuasan kerja

##### Hasil Penelitian Dargahi, (2007)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, Berdasarkan hasil survei dapat di kemukakan ada 12 kategori dari pengembangan QWL berdasarkan rencana strategi, komite di mana diperoleh kesimpulan bahwa komunikasi, dukungan materi dan non materi, Komite perlu melakukan evaluasi para pimpinan dan pekerja berdasarkan QWL, QWL direkomendasikan oleh komite untuk dijadikan model dalam melakukan kegiatan.

##### Al-Qutop, & Harrim, (2011)

Dengan judul *Quality of Work Life Human Well-being Linkage: Integrated Conceptual Framework*, QWL bukan saja untuk organisasi tapi juga bagi keluarga, masyarakat yang luas, nasional bahkan tingkat global. organisasi yang lebih baik, inovasi efektivitas kinerja, Oleh karena berkontribusi untuk kehidupan yang lebih baik bagi semua orang yang melayani anggota, bahwa kehidupan kerja yang memuaskan baik dalam dan dari dirinya sendiri. Sehingga mengembangkan dan mempertahankan tempat kerja yang tinggi QWL layak untuk mendapatkan perhatian besar dan kepedulian. Dargahi, H, Nasle Seragi, J (2007).

Sinha. (2012) Dengan judul *Factors Affecting Quality of Work Life: Empirical Evidence from Indian Organizations*. Dengan hasil penelitian dapat disimpulkan menunjukkan bahwa faktor-faktor Kepuasan kerja, budaya keluarga, motivasi karyawan, dukungan organisasi, dan kompensasi, memiliki peran besar untuk berperan dalam setiap kebutuhan karyawan dan bagaimana di tengah aspek manajerial yang berbeda, tingkat dinilai dan digunakan untuk mengembangkan kualitas yang unik dan tidak bisa ditiru dari kehidupan kerja.

Ghaziabad. (2012) *Quality of Work Life* di gunakan untuk menyusun strategi organisasi, di mana kebijakan QWL juga merupakan bagian dari fokus dan strategi organisasi yang sangat potensial, yang memperbaiki pekerja dan membantunya untuk meningkatkan kualitas

kehidupan kerja dan mempertahankan kehidupan kerja, dengan memperhatikan kinerja dan komitmen di tempat kerja. Salah satu determinan yang paling penting dalam QWL adalah kesempatan berkembangnya karier.

Campos & sauza. (2006) Penelitian yang dilakukan menggunakan sampel organisasi militer, di mana kuisioner yang menggunakan kriteria dari Walton, analisis di bagi menjadi lima faktor, dalam penelitian dapat disimpulkan bahwa aspek inquiri dalam QWL, prioritas variabel dan poin yang paling penting, sedangkan dua puluh enam variabel dapat menjadi faktor model.

Wafika et al. (2009) Penelitian dengan judul "*Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment*" Hasil penelitian sebagai berikut: Pasien dinilai perilaku keseluruhan peduli sama pentingnya (97,2%) dan sering mengalami (73,7%), Perbedaan antara pentingnya dan frekuensi kehadiran untuk perilaku peduli oleh perawat secara statistik signifikan ( $f = -4.689, p = ,001$ ).

#### Cara mengukur QNWL

Menurut (Brooks & Anderson, 2005) dalam *outcome* perawat dan pasien inilah, *Quality of Nursing Work Life* perlu diukur menggunakan *tool* 4 dimensi untuk menganalisis dimensi mana yang memiliki kelemahan. Keempat dimensi yaitu:

##### a. *Work Life Dimensions*

Merupakan ruang antara kehidupan dan pengalamannya sebagai perawat di tempat bekerja dan di rumah. Yaitu meliputi hubungan peran perawat sebagai bagian dari keluarga, dan dibutuhkan keluarga, di mana pola jam kerja berhubungan dengan ketidakpuasan dalam bekerja, komitmen dalam bekerja, sehingga perputaran jam kerja dalam mengatur jadwal dinas akan memengaruhi peningkatan perawat yang keluar dan masuk kerja, kebijakan tentang pengaturan libur dari tempat kerja, tenaga yang masih ada setelah seharian bekerja untuk beraktivitas di rumah.

##### b. *Work Design Dimension*

Merupakan komposisi antara pekerjaan perawat dan gambaran actual yang perawat kerjakan, mencakup beban kerja dan jumlah perawat yang tidak seimbang, sehingga memerlukan banyak waktu untuk menyelesaikan pekerjaan. Beban kerja berhubungan dengan pengaturan staf dan ketidakseimbangan yang menyebabkan beban bagi perawat, sehingga terjadi ketidakpuasan dalam bekerja, dan dapat menjadi penyebab perawat keluar dari pekerjaannya, keterlibatan dalam mengambil keputusan, perawat terhadap pasien, pekerjaan di luar tugas keperawatan yang harus dikerjakan.

##### c. *Work Context Dimensions*

Merupakan tempat di mana perawat bekerja dan terkena dampak dari lingkungan pekerjaan, mencakup

bagaimana hubungan perawat dengan manajemen, bagaimana sistem dalam bekerja, keuntungan dan pertumbuhan yang didapatkan, yang menunjang dalam pekerjaan.

##### d. *Work world dimensions*

Merupakan efek pengaruh sosial dan perubahan adanya praktek keperawatan. Meliputi bagaimana profesi ataupun dunia luar memandang profesi keperawatan. Pandangan tentang proses perekrutan perawat sampai bagaimana perilaku perawat di dalam kehidupan sehari-hari, kepercayaan masyarakat akan perawat, keamanan dan jaminan dalam bekerja.

#### Faktor-faktor yang Memengaruhi Kualitas Kehidupan Kerja

Walton (1975) menjelaskan bahwa terdapat tujuh faktor yang dapat memengaruhi kualitas kehidupan kerja yaitu: (1) Pertumbuhan dan pengembangan, (2) Keikutsertaan, (3) Lingkungan fisik, (4) Pengawasan, (5) Upah dan kesejahteraan, (6) Keterkaitan sosial, (7) Penyelarasan fungsi di tempat kerja.

Menurut Cascio WA, 2003 menyatakan terdapat beberapa faktor yang memengaruhi kualitas kehidupan kerja adalah sebagai berikut:

1. Tumbuh dan berkembang (*growth and development*) Tumbuh dan berkembang untuk dapat mengembangkan segala keahlian dan performannya dalam tantangan menjalankan mutu pekerjaan di dalam perusahaan.
2. Partisipasi (*participation*) Kesempatan pegawai yang diberikan perusahaan dalam mengambil suatu keputusan dan tanggung jawab terhadap pekerjaannya.
3. Pengaruh lingkungan (*physical environment*) Pegawai merasa nyaman di lingkungan tempat kerja yang dapat meningkatkan produktivitasnya.
4. Supervisi (*supervision*) Hubungan yang baik antara pimpinan dengan bawahannya dan dapat bekerja dalam tim untuk menyelesaikan pekerjaan, selain itu pimpinan dapat memberikan pengarahan dengan jelas akan bertugas yang diberikan kepada bawahan agar dapat terselesaikan dengan baik.
5. Upah dan kesejahteraan (*pay and benefit*) Kesempatan pegawai untuk memperoleh upah dan tunjangan di dalam suatu perusahaan sesuai dengan pekerjaan yang dijalani.
6. Faktor sosial (*social relevance*) Hubungan baik dengan rekan kerja untuk dapat menyelesaikan pekerjaan dan aspek lain di dalam kehidupan di lingkungan kerja.
7. Penyelarasan fungsi di tempat kerja (*workplace integration*) Menjaga hubungan yang baik dengan rekan kerja dan mampu membentuk sebuah tim untuk menyelesaikan pekerjaan. Clarke, P.N & Brooks, B (2010).

### Konsep Keadilan Organisasional

Faktor keadilan organisasional didefinisikan sebagai suatu persepsi keseluruhan dari apa yang adil di tempat kerja. Adapun faktor organisasional diantaranya adalah:

#### 1. Keadilan Distributif

Keadilan Distributif adalah keadilan hasil yang dapat dirasa. Penting untuk memperhatikan bahwa ketika sebagian besar keadilan berfokus pada imbalan kerja, karyawan mencari keadilan dalam distribusi penghargaan organisasional yang lain.

#### 2. Keadilan Prosedural

Keadilan prosedural (*Procedural justice*) yaitu suatu keadilan yang dirasa dari proses yang digunakan untuk menentukan distribusi penghargaan, Roos, H.J (2012). dua elemen penting dari keadilan prosedural adalah pengendalian proses dan penjelasan. Pengendalian proses adalah peluang untuk mengemukakan pandangan seseorang tentang hasil-hasil yang diinginkan para pembuat keputusan. Sedangkan penjelasan adalah alasan secara jelas yang diberikan kepada seseorang oleh manajemen atas hasil. Jadi agar karyawan menganggap adil sebuah proses mereka harus merasa bahwa mereka mempunyai kendali atas hasil dan mereka diberi penjelasan yang memadai tentang alasan munculnya hasil tersebut.

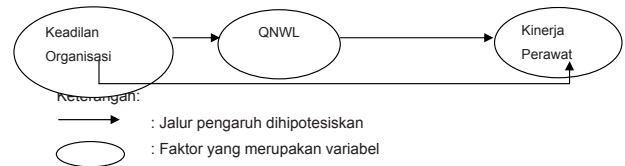
#### 3. Keadilan Interaksional (*interactional Justice*)

Menurut (Robbin, 2012) Keadilan interaksional (*interactional Justice*) adalah persepsi individu tentang tingkat sampai mana ia diperlakukan dengan martabat, perhatian, dan rasa hormat. Ketika individu diperlakukan dalam cara yang tidak adil (setidaknya di mata mereka) mereka merespons dengan membalas dendam. Karena keadilan interaksional sangat dikaitkan dengan pembawa informasi (biasanya pengawas seseorang)

## METODE PENELITIAN

### Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian *survey*, yaitu penelitian yang ditetapkan dengan mengambil sampel dari populasi dan menggunakan kuesioner sebagai instrumen pengumpulan data pokok. Ditinjau dari waktu penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan sifat penelitian yaitu memberikan penjelasan (*explanatory research*), berdasarkan persepsi responden, yaitu menjelaskan hubungan kausal antara variabel berdasarkan jawaban responden melalui pengujian hipotesis sebagai berikut:



### Teknik Pengumpulan Data

#### Teknik analisis Deskriptif

Penggunaan analisis deskriptif untuk memperoleh gambaran mengenai karakteristik responden penelitian dari berbagai aspek, seperti; karakteristik individu, QNWL, *self concept* dan *caring behaviors* perawat dalam asuhan keperawatan, analisis deskriptif ini dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dengan menghitung frekuensi atau jumlah dan persentase aspek yang diukur.

Analisis deskripsi ini juga ditujukan untuk menggambarkan persepsi responden akan indikator setiap variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrumen penelitian. Deskripsi dalam setiap indikator dinyatakan dalam nilai frekuensi dan rata-rata. Dengan analisis deskriptif ini diperoleh gambaran persepsi responden terhadap indikator yang merefleksikan variabel penelitian.

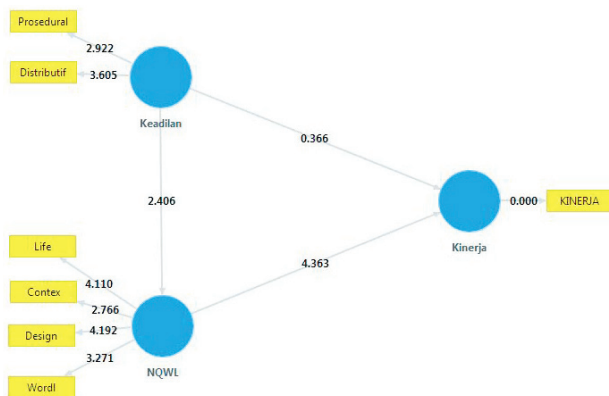
#### Analisis Data

Teknik analisis inferensial digunakan untuk menguji model empiris dan hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. Teknik analisis yang digunakan adalah model persamaan struktural berbasis variance atau component based, yang terkenal dengan *Partial least Square (PLS)*. PLS ini merupakan analisis yang *powerful*, oleh karena tidak mengasumsikan data harus dengan pengukuran skala tertentu, sample kecil, dan juga dapat digunakan untuk konfirmasi teori (Ghozali, 2008; Hair et al., 2010).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian model pengaruh keadilan organisasional dan quality of nursing work life terhadap kinerja perawat dalam asuhan keperawatan di Rumah sakit Waluyo Jati Kraksaan Probolinggo, diantaranya data umum yang meliputi usia responden, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan. Sedangkan untuk data khusus diantaranya keadilan organisasional, *Quality of Nursing Work Life*. Adapun hasilnya sebagai berikut sebagai berikut:

### Hasil Analisis Model Bootstrapping Setelah Uji Indikator



### Koefisien Determinasi R<sup>2</sup>

Menunjukkan bahwa 31,6% QNWL dipengaruhi oleh faktor Keadilan, sedangkan sisanya 68,4% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak terdapat dalam model.

Sedangkan Kinerja dipengaruhi faktor Keadilan dan QNWL sebesar 31,1%, dan sisanya 68,9% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak terdapat dalam model.

### T-Statistik

Pengaruh Keadilan terhadap QNWL berpengaruh secara signifikan, diperoleh T-hitung 2.406 dan  $p = 0,016$

Pengaruh Keadilan terhadap kinerja tidak terdapat pengaruh yang signifikan, diperoleh T-hitung = 1.599 dan  $p = 0,110$

Pengaruh QNWL terhadap kinerja berpengaruh secara signifikan, diperoleh T-hitung 4.363 dan  $p = 0,0001$ .

### Koefisien Parameter

Besarnya koefisien parameter dari pengaruh Keadilan terhadap QNWL sebesar 0,368, artinya terdapat pengaruh positif dan signifikan, sehingga semakin tinggi keadilan maka semakin baik pula QNWL.

Besarnya koefisien parameter dari pengaruh Keadilan terhadap Kinerja sebesar 0,251, artinya terdapat pengaruh positif dan tidak signifikan, sehingga semakin tinggi keadilan, maka semakin baik pula Kinerja.

Besarnya koefisien parameter dari pengaruh QNWL terhadap kinerja sebesar 0,536, artinya terdapat pengaruh positif dan signifikan, sehingga semakin baik QNWL maka semakin baik pula kinerja.

### Analisis Korelasi

Antar variabel memiliki hubungan yang erat antara satu dengan lainnya meskipun pada korelasi keadilan dengan kinerja rendah (0,251) dan tidak signifikan. Namun terdapat hal penting yang dapat diketahui bahwa: Korelasi antara keadilan dengan QNWL memiliki nilai 0,368 dan Signifikan, serta korelasi QNWL dengan Kinerja memiliki nilai paling tinggi 0,537 dan signifikan.

Hal ini memberikan makna QNWL memberikan sumbangan yang cukup besar untuk meningkatkan kinerja dan keadilan memberikan sumbangan untuk meningkatkan QNWL. Hal ini dapat disimpulkan bahwa QNWL dapat meningkatkan kinerja. Demikian juga keadilan, tetapi fungsi keadilan terhadap kinerja melalui QNWL.

Sehingga Kesimpulannya Untuk meningkatkan kinerja, harus memperbaiki QNWL. Sedangkan QNWL dipengaruhi oleh keadilan, sehingga keadilan juga harus ditingkatkan untuk meningkatkan QNWL.

## PEMBAHASAN

### Pengaruh Keadilan Organisasional Perawat terhadap *Quality of Work Life* di Rumah Sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keadilan Prosedural sebagian besar baik yaitu sebanyak 53,1%, di antara indikator keadilan yang lainnya yaitu keadilan distributif dan keadilan interaksional.

Terdapat pengaruh Keadilan organisasional perawat terhadap *Quality of Work Life*, dengan tingkat kemaknaan yaitu 0,016. Bahwa Keadilan organisasional berpengaruh terhadap *Quality of Work Life*. Semakin baik keadilan organisasional yang ada maka *Quality of Work Life* akan semakin baik, dan kondisi tersebut harus terus di buat semakin meningkat dengan harapan kinerja perawat juga akan meningkat.

Sebagaimana pendapat bahwa faktor-faktor Kepuasan kerja, budaya keluarga, motivasi karyawan, dukungan organisasi, dan kompensasi, memiliki peran besar untuk berperan dalam setiap kebutuhan karyawan dan bagaimana di tengah aspek manajerial yang berbeda, Shinha (2012). Demikian juga pendapat lain Ketika individu diperlakukan dalam cara yang tidak adil (setidaknya di mata mereka) mereka merespons dengan membalas dendam. Karena keadilan interaksional sangat dikaitkan dengan pembawa informasi (biasanya pengawas seseorang) Robbin (2012).

### Pengaruh *Quality of Work Life* Perawat terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Quality of Work Life* perawat berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam asuhan keperawatan di Rumah Sakit, di mana nilai  $P. 0.000 \leq \alpha 0,05$ . Pengaruh *Quality of Work Life* perawat terhadap kinerja, di mana kinerja yang baik ditentukan oleh kondisi kualitas kehidupan kerja perawat secara khusus *Worklife dimention*, Hasil Penelitian menunjukkan bahwa *Worklife dimention* adalah yang paling baik sebagian besar sebanyak 51,9%.

Sebagaimana pendapat bahwa *Quality of Work Life* bukan saja untuk organisasi tapi juga bagi keluarga,

masyarakat yang luas, nasional bahkan tingkat global. organisasi yang lebih baik, inovasi efektivitas kinerja, Oleh karena berkontribusi untuk kehidupan yang lebih baik bagi semua orang yang melayani anggota, bahwa kehidupan kerja yang memuaskan baik dalam dan dari dirinya sendiri. Harrim, A.Q (2011).

Berdasarkan hasil survei dapat di kemukakan ada 12 kategori dari pengembangan QWL berdasarkan rencana strategi, komite di mana diperoleh kesimpulan bahwa komunikasi, dukungan materi dan non materi, Komite perlu melakukan evaluasi para pimpinan dan pekerja berdasarkan QWL, QWL direkomendasikan oleh komite untuk dijadikan model dalam melakukan kegiatan. Dargahi. (2007).

Semakin baik kondisi kualitas kehidupan kerja perawat maka akan dapat meningkatkan kinerja dalam sebuah organisasi dalam hal ini di Rumah Sakit. Sehingga kondisi kerja yang stabil dan memanusiaakan manusia akan berdampak pada meningkatnya produktivitas dan kinerja perawat.

#### **Pengaruh Keadilan Organisasional terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Keadilan Organisasional tidak berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam asuhan keperawatan di Rumah Sakit, ditunjukkan dengan nilai  $P. 0.110 > \alpha 0,05$ . sehingga dari nilai yang diperoleh bahwa Keadilan organisasional secara langsung tidak berpengaruh terhadap kinerja perawat. Kinerja perawat berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar cukup yaitu sebanyak 53.7%.

Dari berbagai penelitian terdahulu menunjukkan gunakan untuk menyusun strategi organisasi, di mana kebijakan QWL juga merupakan bagian dari fokus dan strategi organisasi yang sangat potensial, yang memperbaiki pekerja dan membantunya untuk meningkatkan kualitas kehidupan kerja dan mempertahankan kehidupan kerja, dengan memperhatikan kinerja dan komitmen di tempat kerja. Ghaziabad (2012).

#### **Model Pengaruh Keadilan Organisasional dan QNWL terhadap Kinerja Perawat**

Bahwa model keadilan organisasional dan QNWL terhadap kinerja, dapat diperoleh bahwa keadilan organisasional ke QNWL nilai  $P.0,016$ , sedangkan untuk pengaruh QNWL terhadap Kinerja Nilai  $P. 0.000$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa kinerja perawat yang baik dipengaruhi oleh QNWL yang tinggi sedangkan agar QNWL tinggi perlu diperbaiki Keadilan Organisasionalnya.

Gunakan untuk menyusun strategi organisasi, di mana kebijakan QWL juga merupakan bagian dari fokus dan strategi organisasi yang sangat potensial, yang memperbaiki pekerja dan membantunya untuk meningkatkan kualitas kehidupan kerja dan mempertahankan kehidupan kerja, dengan memperhatikan kinerja dan komitmen di tempat kerja, analisis di bagi

menjadi lima faktor, dalam penelitian dapat disimpulkan bahwa aspek inquiri dalam QWL, prioritas variabel dan poin yang paling penting, sedangkan dua puluh enam variabel dapat menjadi faktor model. Campos & sauza. (2006), Oleh karena itu kondisi kualitas kerja yang baik akan meningkatkan kinerja perawat, sedangkan untuk menciptakan kondisi kualitas kehidupan kerja yang baik, diperlukan keadilan dalam organisasi secara khusus keadilan distributif.

#### **SIMPULAN**

Adapun kesimpulan dari hasil penelitian model keadilan organisasional dan QNWL terhadap Kinerja adalah sebagai berikut:

1. Keadilan organisasional berpengaruh terhadap *Quality of Nursing Work Life* perawat di Rumah Sakit Waluyo Jati Kraksaan Probolinggo.
2. *Quality of Nursing Work Life* perawat berpengaruh terhadap Kinerja Perawat dalam asuhan keperawatan
3. Tidak terdapat Pengaruh langsung Keadilan organisasional terhadap Kinerja Perawat dalam Asuhan Keperawatan.
4. Model pengaruh Keadilan organisasional terhadap kinerja perawat melalui *Quality or Nursing Work Life*.

#### **SARAN**

Adapun saran berdasarkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit  
Rumah sakit agar memperhatikan kondisi Kualitas kehidupan kerja perawat, sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat dalam asuhan Keperawatan, demikian juga perlu terus menciptakan keadilan organisasional yang secara khusus keadilan distributif.
2. Bagi perawat  
Kondisi kualitas kehidupan kerja perawat perlu dipertahankan secara maksimal, kondisi di rumah atau keluarga sehingga tidak terbawa dalam pekerjaan.
3. Bagi Peneliti berikutnya  
Kinerja perawat yang baik akan berdampak produktivitas dari perawat itu sendiri, sehingga perlu mengkaji kembali kondisi *Quality of Nursing Work Life* dikembangkan menjadi model dalam *caring behaviors* perawat.

#### **PUSTAKA**

1. Azizi-finni I et al. 2012, *Correlation Between Nurses' Caring Behaviors and patients' Satisfaction*, Nurs Midwifery Stud. 2012; 1 (1).
2. Boonrod, W 2009, *Quality of Working Life: Perception of Professional Nurse at Phramongkutklao Hospital*, J. Med Assoc Thai Vol. 92 Supp1 2009.

3. Brooks BA & Anderson MA. 2005. *Defining quality of nursing work life. Nursing administration Quarterly*, 23 Nov/Dec, pp.319-326. <http://europepmc.org/abstract/MED/16459904/reload=0;jsessionid=KALcI2rISSkVG8X8Ltj1.18>
4. Cascio WA. 2006. *Managing Human Resources: Productivity, Quality of Work Life, Profits* (6<sup>th</sup> Edition). Boston: McGraw-Hill/Irwin.
5. Clarke PN & Brooks B. 2010. *Quality of Nursing Work Life. Nursing Science Quarterly*. 23(4), pp. 301–305.
6. Dargahi H, Nasle Seragi J. 2007. *An Approach Model for Employees' Quality of Work Life (IQWL)*. Iranian. J publ health, Vol. 36, No. 4, 2007, pp. 81–86.
7. Guna SR 2008. *Constructs of Quality of Work Life: A Perspective of Information and Technology Professionals*, uropean Journal of Social Sciences – Volume 7, Number 1.
8. Kheradman E. 2010. *The Relation Between Quality of Work Life and Job Performance*. Middle est Journal of Scientific research 6 (4): 317–323. 2010. Tabriz. Iran.
9. Khani A, Jafarpour M, et al. 2008. *Quality of Nursing Work Life*, Journal Clinical diagnostic research December1, 2; 1169–1174.
10. Mohi YQ. 2011. *Quality of Worklife Human Well-being Linkage: Integrated Conceptual Framework*: International Journal of Business and Management, Vol. 6, No. 8; August 2011.
11. Patricia A, Potter & Anne G, Perry. 2010. *Fundamental of Nursing*, 7<sup>th</sup> Edition, diterbitkan dalam bahasa Indonesia, Salemba Medika, Jakarta.
12. Robbins SP. & Timothy A, Judge, 2012. *Organizational Behavior*, edisi 12, Salemba empat, Jakarta.
13. Roos HJ. 2012. *Quality of Work Life in health services: Magnetism and mentorship*, south africa: Unisa
14. Walton E. 1975. *Criteria for Quality of Working Life*. Dalam L.E., Davis, A.B.Chems dan Associates The Quality of Working Life, New York: The Free Press, 1: 91–104.
15. Wafika AS, Elizabeth W, Tagwa O, Laisamma T. 2009, *Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment*: Journal of Nursing Research Vol, 17, No. 4, December 2009.

# Pengaruh *Back Deep Massage* terhadap Intensitas Nyeri pada Ibu Bersalin Kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban

(The Effect of Back Deep Massage on Pain Intensity at the First Stage of Labor in Nahdlatul Ulama Hospital – Tuban)

Dwi Rukma Santi  
STIKES Nahdlatul Ulama, Tuban

## ABSTRAK

Sebagian besar (90%) ibu bersalin mengalami rasa nyeri saat persalinan mulai derajat ringan sampai berat. Nyeri yang lama dan tidak tertahankan akan menyebabkan meningkatnya tekanan sistol sehingga berpotensi terhadap adanya syok kardiogenik. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap nyeri persalinan adalah faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi. Oleh karena itu, perlu dilakukan terapi nonfarmakologi yang bersifat noninstruktif, noninvasif, murah, sederhana, efektif, dan tanpa efek samping yang tidak merugikan bagi ibu dan bayi berupa teknik *back deep massage* untuk mengurangi intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I. Penelitian ini bertujuan membuktikan pengaruh *back deep massage* terhadap intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban. Penelitian ini merupakan penelitian pre eksperimental dengan desain *One Group Pre-Post Test Design*. Populasi adalah seluruh ibu bersalin kala I periode Bulan Mei sampai Juni Tahun 2014. Besar sampel adalah 32 orang dengan teknik sampling *Purposive Sampling*. Pengumpulan data dilakukan secara langsung melalui observasi. Analisis data menggunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai  $p = 0,0001$  ( $p < 0,05$ ), maka  $H_1$  diterima dan  $H_0$  ditolak artinya terdapat pengaruh *back deep massage* terhadap intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban.

**Kata kunci:** *back deep massage*, nyeri, bersalin, kala I

## ABSTRACT

Ninety percent maternal experience pain during childbirth ranging from mild to severe degrees. Pain and intolerable long will lead to increased systolic pressure so that the potential for the presence of cardiogenic shock. The factors that influence labor pain is hormonal factors, the influence of prostaglandins, the structure of the uterus, uterine circulation, nerve and nutritional influences. Therefore, it is necessary to nonpharmacological therapies that are noninstructive, noninvasive, cheap, simple, effective, and without side effects that are not harmful to the mother and the baby back in the form of deep massage techniques to reduce maternal pain intensity at first stage of labor. The objective to prove the effect of back deep massage on pain intensity at the first stage of labor in Nahdlatul Ulama Hospital – Tuban. This study is a pre-experimental design with *One Group Pre - Post Test Design*. The population is all first stage of maternal period May to June 2014. Sample size is 32 people with sampling purposive sampling technique. Data collection is done directly through observation. Statistical analysis of the data using the *Wilcoxon Sign Rank Test*. The results showed that the value of  $p = 0.0001$  ( $p < 0.05$ ), then  $H_1$  is accepted and  $H_0$  is rejected it means there are influences of back deep massage on pain intensity at the first stage of labor in Nahdlatul Ulama Hospital – Tuban.

**Key words:** *back deep massage*, pain intensity, first stage of labor

## PENDAHULUAN

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran janin yang viabel, plasenta dan selaput membran ke dunia luar melalui jalan lahir.<sup>1</sup> Beberapa penelitian melaporkan bahwa 7–14% ibu bersalin dalam melahirkan tanpa mengalami rasa nyeri dan sebagian besar 90% persalinan di sertai rasa nyeri.<sup>2</sup>

Hasil survey awal yang dilakukan di RS Nahdlatul Ulama Tuban melalui observasi pada 12 orang ibu bersalin, didapatkan bahwa 9 orang mengalami nyeri sedang, 2 orang nyeri ringan dan 1 orang nyeri berat. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap nyeri persalinan

adalah faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi.

Nyeri yang lama dan tidak tertahankan akan menyebabkan meningkatnya tekanan sistol sehingga berpotensi terhadap adanya syok kardiogenik. Sedangkan metode farmakologi dapat memberikan efek samping yang merugikan.<sup>1</sup>

Penanganan nyeri secara farmakologi biasanya menggunakan analgetik, anastesi, dan sedative. Penggunaan analgetik dapat menurunkan nyeri tanpa menyebabkan penurunan kesadaran pada ibu bersalin, sedangkan anastesi akan menghilangkan sensasi nyeri, baik secara komplit maupun parsial dengan atau tanpa penurunan kesadaran, sedangkan sedative dapat



menyebabkan depresi vasomotor dan depresi pernapasan pada ibu maupun bayi baru lahir.<sup>1</sup>

Salah satu metode yang sangat efektif untuk penanganan nyeri adalah dengan massage (*Back Deep Massage*) yang merupakan salah satu metode nonfarmakologi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan. Selain efektif menurunkan nyeri persalinan, kecemasan, agitasi dan depresi selama persalinan, massage juga mempercepat waktu persalinan, mengurangi waktu tinggal di rumah sakit dan menurunkan depresi post partum. Dalam penggunaan teknik nonfarmakologi perlu diperhatikan adanya kesukaan ibu bersalin dalam metode nonfarmakologi dan kemampuan terapi tersebut.<sup>3</sup>

## TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini adalah: Membuktikan pengaruh *back deep massage* terhadap intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban, a. Mengidentifikasi intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I sebelum dilakukan *back deep massage*, b. Mengidentifikasi intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I setelah dilakukan *back deep massage*, c. Menganalisis pengaruh *back deep massage* terhadap intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah pre eksperimen dengan desain “*One Group Pre test Post test Designs*”. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi, Populasi penelitian adalah Seluruh ibu bersalin kala I periode Bulan April sampai Juni 2014 di RS Nahdlatul Ulama Tuban. Teknik sampling dengan menggunakan *Purposive Sampling*. Besar sampel sejumlah 32 responden.

Variabel bebas pada penelitian ini adalah *Back Deep Massage*. Sedangkan untuk variabel terikat adalah Intensitas nyeri ibu bersalin Kala I. Analisis data menggunakan Uji *Wilcoxon Sign Rank Test*.<sup>7</sup>

## HASIL PENELITIAN

### 1. Data Umum

#### a. Umur Responden

Tabel 1 menunjukkan bahwa pada umumnya responden berumur 28 tahun, dengan umur termuda 18 tahun dan umur tertua 46 tahun. Sebagian besar (71,9%) responden adalah kelompok umur risiko rendah (20–35 tahun).

#### b. Kehamilan Responden

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian (59,4%) responden adalah primigravida (hamil pertama).

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Umur Responden di RS Nahdlatul Ulama Tuban Bulan Mei–Juni 2014

No.	Umur	f	%
1	< 20 tahun	3	9,4
2	20–35 tahun	23	71,9
3	> 35 tahun	6	18,8
Jumlah		32	100

Mean = 28,9    Median = 27    Min = 18    Max = 46

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Kehamilan Responden di RS Nahdlatul Ulama Tuban Bulan Mei–Juni 2014

No.	Kehamilan	f	%
1	Primigravida	19	59,4
2	Multigravida	13	40,6
3	Grandemultigravida	0	0
Jumlah		32	100

## 2. Data Khusus

#### a. Data Intensitas Nyeri Responden Sebelum Diberikan *Back Deep Massage*

Tabel 3 menunjukkan bahwa pada umumnya responden sebelum diberikan *back deep massage* mengalami nyeri kategori sedang (4–5) pada Kala I persalinan, dengan nyeri paling sedikit dengan nilai 2 dan paling tinggi dengan nilai 6. Sebagian besar (84,4%) responden mengalami nyeri sedang saat Kala I persalinan.

#### b. Data Intensitas Nyeri Responden Setelah diberikan *Back Deep Massage*

Tabel 4 menunjukkan bahwa pada umumnya responden setelah diberikan *back deep massage* mengalami nyeri kategori ringan (2–3) pada Kala I persalinan, dengan nyeri paling sedikit dengan nilai 1 dan paling tinggi dengan nilai 5. Hampir seluruhnya (90,6%) responden mengalami nyeri ringan saat Kala I persalinan.

#### c. Data Pengaruh *Back Deep Massage* Terhadap Intensitas Nyeri Ibu Bersalin Kala I.

**Tabel 3.** Distribusi Frekuensi Intensitas Nyeri Responden Sebelum Diberikan *Back Deep Massage* di RS Nahdlatul Ulama Tuban Bulan Mei–Juni 2014

No.	Intensitas Nyeri	f	%
1	Ringan	5	15,6
2	Sedang	27	84,4
Jumlah		32	100

Mean = 4,34    Median = 4    Min = 2    Max = 6

**Tabel 4.** Distribusi Frekuensi Intensitas Nyeri Responden Setelah Diberikan *Back Deep Massage* di RS Nahdlatul Ulama Tuban Bulan Mei–Juni 2014

No.	Intensitas Nyeri	f	%
1	Ringan	29	90,6
2	Sedang	3	9,4
Jumlah		32	100

Mean = 2,53    Median = 2    Min = 1    Max = 5

**Tabel 5.** Distribusi Silang Pengaruh *Back Deep Massage* terhadap Intensitas Nyeri Ibu Bersalin Kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban Bulan Mei–Juni 2014

Back Deep Massage	Intensitas Nyeri				Jumlah	
	Nyeri Ringan		Nyeri Sedang			
	f	%	f	%	f	%
Sebelum diberikan	5	15,26	27	84,4	32	100
Setelah diberikan	29	90,6	3	9,4	32	100

Negative Rank = 24    Positive Rank = 0    Ties = 8     $p = 0,0001$      $\alpha = 0,05$

**Tabel 6.** Hasil Uji Wilcoxon

Test Statistics <sup>b</sup>	
Z	Kategori nyeri post tes - Kategori nyeri pre test -4.899 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on positive ranks

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Pada tabel 5 menunjukkan perbandingan intensitas nyeri *pre* dan *post test* pemberian *back deep massage*. Terdapat 24 orang dengan hasil intensitas nyeri setelah pemberian perlakuan lebih rendah dari pada sebelum perlakuan, 8 orang tetap, dan tidak ada orang dengan intensitas nyeri lebih tinggi dari sebelum perlakuan.

Berdasarkan *uji wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ , diperoleh nilai  $p = 0,0001$  ( $p < 0,05$ ), maka  $H_1$  diterima dan  $H_0$  ditolak, yang berarti ada pengaruh *back deep massage* terhadap intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Tuban.

## PEMBAHASAN

Dari 32 ibu bersalin hampir seluruhnya mengalami nyeri saat persalinan dari tingkat ringan sampai sedang. Nyeri yang dirasakan ibu bersalin adalah nyeri yang berasal dari kontraksi rahim dan menjalar ke punggung belakang dan terjadi selama inpartu dengan intensitas nyeri yang dirasakan berbeda-beda pada tiap individu.<sup>4</sup>

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, di samping itu kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.<sup>5</sup>

Untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu bersalin ada dua cara yaitu dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Cara farmakologi yaitu dengan menggunakan obat-obatan (misalnya, *analgesia inhalasi*, *analgesia opioid*, *intrathecal labor analgesia* dan *epidural analgesia*). Tetapi itu bisa saja berefek tidak baik pada janin. Sedangkan cara non farmakologi dengan menggunakan kompres hangat atau dingin, akupresur, akupuntur, terapi non manual, musik, hidroterapi, ambulasi, dan hiypnobirthing. Salah satu cara penanganan nyeri yang sederhana yaitu dengan dengan memberikan massage. Tindakan utama massage dapat menutup gerbang kendali untuk menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada pusat dan lebih tinggi pada sistem saraf pusat.<sup>4</sup>

Manfaat massage secara holistik bisa menimbulkan relaksasi pada pikiran, menghilangkan depresi dan perasaan panik.<sup>6</sup> Selain itu *back deep massage* juga memberikan manfaat memberi rasa nyaman pada punggung atas dan punggung bawah, menurunkan nyeri dan kecemasan, mempercepat persalinan, menghilangkan tegangan otot pada paha diikuti ekspansi tulang pelvis karena relaksasi pada otot-otot sekitar pelvis dan memudahkan bayi turun dan melewati jalan lahir, dan menurunkan tegangan otot akibat kontraksi.<sup>3</sup>

*Back deep massage* pada ibu bersalin terbukti menurunkan nyeri dan memberikan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pada ibu bersalin kala 1. *Back deep massage* bermanfaat dalam menurunkan rasa nyeri ataupun untuk menormalkan fisiologi tubuh, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, mengurangi spasme otot dan meningkatkan ambang nyeri, serta menghilangkan sensasi rasa nyeri, memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri. Sebelumnya, petugas kesehatan (perawat/bidan) yang bekerja di ruang VK bersalin RSNU Tuban tidak pernah melakukan massage pada ibu bersalin dan mengajarkan metode ini pada keluarga pasien. Saat ini penggunaan massage pada ibu bersalin kala I di ruang VK bersalin RSNU Tuban terbukti sangat efektif dalam mengurangi rasa nyeri saat persalinan kala I. Dan merupakan salah satu cara alternatif untuk menurunkan intensitas nyeri karena terbukti penggunaannya mudah dan aman untuk ibu dan bayi.

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar ibu bersalin kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban pada Bulan Mei sampai Juni Tahun 2014 mengalami intensitas nyeri sedang sebelum diberikan *back deep massage*.
2. Hampir seluruhnya dari ibu bersalin kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban mengalami intensitas nyeri ringan setelah diberikan *back deep massage*.
3. Ada pengaruh *back deep massage* terhadap intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Tuban.

#### SARAN

1. Pelaksana/provider (tenaga kesehatan) dapat meningkatkan keterampilan-nya dalam penatalaksanaan nyeri pada ibu bersalin kala I di ruang VK Bersalin RS Nahdlatul Ulama Tuban.
2. Perlu dikembangkan terapi alternatif yang lain misalnya musik dan hidroterapi.
3. Penelitian ini dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin serta peningkatan pelayanan Intranatal Care.
4. Untuk kedepannya metode penanganan rasa nyeri secara sederhana ini dapat selalu diaplikasikan pada ibu bersalin.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Bobak, Lowdermill, Jensen. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
2. Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC
3. Yuliatun, Laily, Ns. 2008. *Penanganan Nyeri Persalinan dengan Metode Nonfarmakologi*. Malang: Bayu Media Publishing
4. Batbual, Brigiwatty. 2010. *Hypnosis Hypnobirthing (Nyeri Persalinan dan Berbagai Metode Penanganannya)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
5. Tamsuri, Anas. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC
6. Mithayani. 2012. *Masase dan Tekniknya* (<http://wordpress.com/2012/12/06/masase-dan-tekniknya.html>) diakses tanggal 20 Juni 2014
7. Sugiyono. 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

# Perilaku *Unmet Need* Wanita Usia Subur

## (Unmet Need Behaviour of Fertile Women)

Erwin Kurniasih

E-mail: nerserwin.08@gmail.com

Hp. 081946473049

### ABSTRAK

*Unmet need* merupakan kelompok wanita usia subur yang saat ini tidak ingin hamil dengan tujuan menjarangkan ataupun membatasi jumlah anak tapi tidak menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilannya. *Unmet need* telah meningkatkan risiko kematian ibu di Indonesia akibat aborsi tidak aman. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi alasan yang menyebabkan perilaku *unmet need* ditinjau dari aspek psikologis dan interpersonal. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Partisipan adalah wanita *unmet need* di wilayah Kelurahan Taman Madiun yang diambil dengan teknik purposif sampling, berjumlah 7 orang. Analisis data menggunakan content analysis Colaizzi. Tema yang ditemukan dari hasil analisis alasan perilaku *unmet need* antara lain: variasi terhadap pemakaian dan metode kontrasepsi, pengalaman tidak menyenangkan dengan kontrasepsi, persepsi terhadap fertilitas, dukungan suami terhadap perilaku *unmet need*, kurang pengetahuan tentang kontrasepsi, metode alami pencegah kehamilan, harapan terhadap metode kontrasepsi, dan coping adekuat. Alasan psikologis wanita menjadi *unmet need* didapatkan dari variasi terhadap pemakaian dan metode kontrasepsi yaitu: ketakutan terhadap efek samping, ketakutan terhadap metode kontrasepsi invasif, pengaruh buruk kontrasepsi terhadap kesehatan dan fertilitas wanita, kesulitan akibat efek samping kontrasepsi, kesulitan dalam menerapkan metode kontrasepsi, dan hambatan internal untuk mendapatkan alat kontrasepsi. Faktor interpersonal adalah dukungan suami terhadap perilaku *unmet need* dan pelayanan kontrasepsi yang kurang optimal. Peran keluarga, masyarakat, pemerintah dan petugas kesehatan untuk sosialisasi kontrasepsi sangat penting dalam upaya pencegahan perilaku *unmet need*.

**Kata kunci:** *kontrasepsi, faktor interpersonal, faktor psikologis, unmet need*

### ABSTRACT

Unmet need is a group of fertile women that are actually do not want to become pregnant currently, in purpose of giving birth spacing or limiting the number of the children but they do not use contraception to prevent the pregnancy. Unmet need has increased the risk of death to mothers in Indonesia because of the unsafe abortion. This research is aimed to gain the deep information about the reasons causing the unmet need behaviour viewed from psychological and interpersonal aspects. This research was a qualitative research with a phenomenological approach. The partisipants were the unmet need women in Taman Village, Madiun with a purposive sampling technique. The participants were seven unmet need women. The data was analyzed using content analysis with Colaizzi's method. The themes that found from the analysis about the reasons of unmet need behaviour are some varied reasons relate to the contraception use and method, the bad experience in using contraception, perception about the fertility, the husbands' support to do unmet need behaviour, lack of knowledge about contraception, natural method to prevent of pregnancy, hope of contraception method, and adequate coping. Psychological reasons of unmet need is gained from some varied reasons relate to the contraception use and method; the fear of side effect, the fear of invasive contraceptive method, bad effect of contraception for health and woman fertility, difficulty that caused of side effect contraception, difficulty to apply the contraception method, and internal barrier to get contraception. The interpersonal factors are the husbands' support to do unmet need behaviour and the minimum quality of contraception service. The roles of the family members, society and health professionals, for giving socialization of contraception, are needed by the women to avoid the unmet need behaviour.

**Key words:** *contraception, interpersonal factor, psychological factor, unmet need*

### PENDAHULUAN

Indonesia sejak tahun 2002-2010 memiliki siklus laju pertumbuhan penduduk yang naik turun namun tetap berada dalam kategori tinggi yaitu 2,6 anak per wanita (Kemenkes RI, 2011). Salah satu penyebabnya

adalah perilaku *unmet need* WUS yang terus mengalami peningkatan hingga mencapai 11,4% tahun 2012 (SDKI, 2012). Perilaku *unmet need* wanita yang tidak ingin menggunakan kontrasepsi padahal mereka sebenarnya butuh untuk mencegah kehamilan, akan berisiko tinggi

terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Dampak lebih lanjut adalah perilaku aborsi yang tidak aman yang dapat membahayakan ibu dan janin.

Para peneliti memberikan alasan tentang berbagai hambatan yang dialami wanita dalam pemenuhan kebutuhan kontrasepsinya antara lain pilihan metode yang terbatas, biaya yang harus dikeluarkan (*financial costs*), misinformasi dan kekhawatiran terhadap efek samping, adanya paksaan bagi wanita dalam membuat keputusan, status wanita dan kondisi kesehatan, dan penyimpangan yang dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan (Campbell, *et al.*, 2006). Adanya faktor agama, diet, dan beban kerja juga diduga sebagai penyebab *unmet need* (Mekkonen and Worku, 2011). Disimpulkan oleh Kahn (2007) bahwa faktor penyebab *unmet need* digolongkan menjadi enam kelompok, yaitu berhubungan dengan paparan, fertilitas, adanya larangan, isu tentang pengetahuan, alasan kesehatan, alasan lain (biaya, akses, waktu). Meskipun banyak studi yang dilakukan untuk mengetahui alasan wanita menjadi *unmet need*, tetapi penelitian yang menggali informasi secara mendalam tentang alasan *unmet need* tersebut masih terbatas, khususnya di Indonesia.

Menggali informasi secara mendalam tentang alasan wanita menjadi *unmet need* dapat memberikan gambaran sejauh mana faktor psikologis dan interpersonal dapat memengaruhi perilaku wanita tersebut. Hasil analisis data yang ditemukan akan menjadi dasar pertimbangan bagaimana mengembangkan metode untuk mencegah perilaku *unmet need* dan meningkatkan kesadaran pasangan usia subur (PUS) untuk menggunakan kontrasepsi.

#### Rumusan Masalah

Apakah alasan yang menyebabkan perilaku *unmet need* wanita usia subur (WUS) ditinjau dari aspek psikologis dan faktor interpersonal di Kelurahan Taman Madiun?

#### Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi informasi tentang alasan yang menyebabkan perilaku *unmet need* wanita usia subur (WUS) ditinjau dari aspek psikologis dan faktor interpersonal di Kelurahan Taman Kota Madiun.

#### TINJAUAN PUSTAKA

Konsep perilaku *unmet need* dikembangkan oleh Westoff untuk menjelaskan bahwa banyak wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan kontrasepsi tapi tidak ingin menggunakannya dengan berbagai macam alasan. Realita yang ada menunjukkan bahwa efektivitas alat kontrasepsi modern yang ditawarkan saat ini rata-

rata cukup tinggi yaitu lebih dari 90% efektif mencegah kehamilan. Walaupun demikian masih cukup banyak akseptor yang menggunakan alat kontrasepsi mengalami kegagalan. Beberapa faktor kegagalan individu dalam menggunakan alat kontrasepsi tergantung pada 2 hal: yaitu merasa tidak mampu (kesulitan) menggunakan metodenya dan faktor interpersonalnya (komunikasi dengan suami, sikap pria dan wanita terhadap seksualitas). Hasil-hasil penelitian sebelumnya mampu merefleksikan sebuah pengalaman seperti pengalaman kesulitan penggunaan metode pil di mana harus diminum setiap hari atau menggunakan kondom saat berhubungan seksual.

*Health Promotion Model* sebagai model teori yang menggabungkan teori nilai harapan (*expectancy value*) dan teori kognitif sosial (*social cognitive theory*), dianggap selalu konsisten dengan semua teori yang memandang pentingnya promosi kesehatan sebagai suatu yang hal logis dan ekonomis. Perilaku *unmet need* yang dibangun atas dasar penerapan teori Pender dinilai sesuai karena keputusan wanita untuk berperilaku *unmet need* didasari oleh aspek sosial kognitif. Selain itu, wanita juga memiliki harapan-harapan terhadap penggunaan kontrasepsi di mana pengharapan yang bersifat negatif akan menimbulkan sikap keengganan untuk menggunakan alat kontrasepsi yang memicu munculnya perilaku *unmet need*.

#### BAHAN DAN METODE

Metodologi penelitian adalah dengan pendekatan fenomenologis untuk mengenali hubungan, mengidentifikasi serta mengembangkan hubungan yang terkait dari makna fenomena yang diteliti. Studi ini mempertimbangkan pemahaman yang lebih besar pada penafsiran pengalaman hidup dan fenomena yang diteliti dari partisipan dengan penekanan aspek subjektif perilaku seseorang (Leedy and Omrod, 2001 dalam Opher, 2004). Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik purposive sampling di mana partisipan dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara, kemudian direkam. Wawancara dihentikan bila data sudah jenuh atau lingkungan yang tidak mendukung lagi untuk dilakukan wawancara.

Teknik analisis data dilakukan dengan tahapan metode Colaizzi mulai dari menyusun studi literatur, melakukan wawancara mendalam, menranskrip, melakukan validasi pada partisipan, menganalisis data setelah validasi, menentukan kata kunci, membentuk kata kunci menjadi sub kategori yang akhirnya menjadi tema-tema hasil penelitian. Tahap terakhir adalah merangkai tema yang ditemukan dan menuliskan ke dalam bentuk deskripsi hasil penelitian.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan kriteria inklusi, didapatkan partisipan sebanyak 7 orang wanita *unmet need*. Karakteristik khusus dari partisipan adalah semua beragama Islam, sudah mencapai tingkat pendidikan dasar 12 tahun, sementara di tingkat pendidikan tinggi (S1/S2) sebanyak empat orang. Dari 7 orang partisipan terdapat 1 orang yang tinggal dengan ibu mertua.

Wawancara mendalam yang dilakukan pada partisipan menunjukkan hasil yang beragam tentang alasannya menjadi *unmet need*. Alasan partisipan dari faktor personal, yaitu aspek psikologis dikarenakan variasi pemakaian dan metode kontrasepsi (kekhawatiran terhadap efek samping, kekhawatiran terhadap metode kontrasepsi invasif, kekhawatiran terhadap pengaruh buruk kondisi kesehatan dan fertilitas, kesulitan akibat efek samping, kesulitan menerapkan metode), dan persepsi fertilitas yang tidak subur. Faktor personal lain adalah pengalaman tidak menyenangkan dengan kontrasepsi dan kurang pengetahuan tentang kontrasepsi. Sedangkan faktor interpersonal yang turut berperan adalah adanya dukungan suami terhadap perilaku *unmet need*.

### Tema 1: Variasi terhadap Pemakaian dan Metode Kontrasepsi

Beragam metode kontrasepsi saat ini masih belum bisa menjadi alternatif pilihan bagi sebagian wanita karena dianggap memiliki banyak kekurangan dan menimbulkan banyak masalah. Ini menjadi alasan wanita untuk *unmet need*. Dari hasil wawancara diketahui alasan wanita memilih *unmet need* antara lain karena efek samping, kekhawatiran terhadap metode kontrasepsi invasif, adanya pengaruh buruk pada kondisi kesehatan dan fertilitas, kesulitan akibat efek samping, serta pelayanan kontrasepsi yang dianggap kurang optimal.

Kekhawatiran partisipan tentang pemakaian dan metode kontrasepsi sangat memengaruhi penerimaan wanita terhadap alat kontrasepsi. Hasil penelitian menunjukkan tidak berminatnya wanita menggunakan kontrasepsi karena berkaitan dengan efek samping, masalah kesehatan yang muncul, dan ketidaknyamanan pemakaian (Paudel *and* Budhathoki, 2011; Sedgh, *et al.*, 2007). Persepsi negatif kontrasepsi pada wanita *unmet need* kemungkinan disebabkan tidak tahu tentang metode, tidak familiar dengan metode kontrasepsi tertentu, atau kurang kesadaran tentang konsep kontrol fertilitas (Sedgh, *et al.*; 2007). Akar dari permasalahan yang terjadi karena kurangnya informasi atau sosialisasi tentang kontrasepsi. Triangulasi yang dilakukan pada suami dan bidan setempat semakin menguatkan jika wanita *unmet need* mengalami kekhawatiran dengan metode kontrasepsi. Kekhawatiran terhadap penggunaan metode kontrasepsi juga terjadi pada wanita yang memiliki pengetahuan cukup baik tentang kontrasepsi. Ini memperlihatkan kalau semakin banyak pengetahuan partisipan tentang kontrasepsi, maka semakin kuat keinginannya untuk *unmet need* karena semakin banyak tahu efek samping dan masalah kesehatan ataupun ketidaknyamanan yang mungkin dialami. Sesuai dengan teori *Health Promotion Model* (HPM) bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh *skill* dan kepercayaan diri (*self efficacy*) dalam mengambil keputusan (Pender, 2011). Wanita *unmet need* cenderung memiliki *self efficacy* yang rendah walaupun memiliki pengetahuan yang baik, sehingga penerimaan hambatannya tinggi. Rendahnya *self efficacy* wanita kemungkinan dipengaruhi oleh status psikologis yang lebih dominan seperti kecemasan dan kekhawatiran akan metode kontrasepsi.

Berkaitan dengan sosialisasi kontrasepsi, dijelaskan bahwa profesional kesehatan sebagai bagian dari lingkungan interpersonal berpengaruh terhadap pencapaian promosi kesehatan manusia (Pender, 2011).

Tabel Karakteristik Wanita Unmet Need di Kelurahan Taman Kota Madiun

Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Usia saat ini (tahun)	34	23	29	39	30	25	25
Usia saat menikah (tahun)	24	19	27	25	27	22	23
Jumlah anak	2	1	1	2	1	1	1
Agama	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
Pendidikan terakhir	S1	SMA	S1	SMA	S2	S1	SMA
Pekerjaan	Swasta	IRT	IRT	Petani	Swasta	Swasta	Swasta
Tujuan reproduksi saat ini	membatasi kelahiran	mengatur kelahiran	mengatur kelahiran	membatasi kelahiran	mengatur kelahiran	mengatur kelahiran	mengatur kelahiran
Orang yang tinggal serumah	Suami, anak, ayah mertua, ibu mertua	Suami, anak, ibu kandung	Suami, anak, ibu kandung	Suami dan anak	Suami dan anak	Suami dan anak	Suami, anak, ibu kandung

Ini berarti tenaga kesehatan memiliki peran dalam penentuan perilaku kontrasepsi seseorang. Tenaga kesehatan melalui konseling dapat membangkitkan rasa percaya pasien terhadap kontrasepsi sehingga mereka dengan sukarela akan membuat pilihan jenis kontrasepsi apa yang akan digunakan (Cynthia, *et al.*, 2010).

Keadaan sebaliknya terjadi bila pelayanan kontrasepsi tidak dilakukan dengan baik oleh tenaga kesehatan. Wanita cenderung mengalami kekhawatiran terhadap penggunaan kontrasepsi karena banyak hal yang tidak diketahui sehingga memicu perilaku *unmet need*. Hal ini diungkapkan oleh salah satu partisipan penelitian yang menganggap pelayanan kontrasepsi oleh petugas kesehatan tidak maksimal. Pendapat partisipan ini didukung dengan hasil studi bahwa rata-rata 30% akseptor Kb *drop out* setelah delapan bulan pertama pemakaian karena efek samping sebagai penyebab utamanya. Diskontinuitas lebih tinggi terjadi pada wanita yang tidak mendapatkan cukup konseling (RamaRao, *et al.*, 2003). Dengan gambaran fakta yang ada, maka tenaga kesehatan perlu memberikan pendidikan yang sesuai, dengan cara yang tepat untuk masing-masing tingkatan pasien. Kondisi yang sangat beralasan karena kualitas pelayanan kontrasepsi yang bagus memiliki korelasi yang positif dengan penerimaan kontinuitas penggunaan kontrasepsi (RamRao, *et al.*, 2003).

Sementara itu, hasil wawancara dengan bidan tentang pelayanan di klinik Kb, berbeda dengan kondisi yang diungkapkan partisipan. Bidan menjelaskan bahwa konseling kontrasepsi akan diberikan terlebih dulu pada calon akseptor sehingga bisa menjadi pertimbangan dalam menentukan pilihannya. Perbedaan pernyataan partisipan dengan hasil triangulasi memberikan gambaran bahwa belum semua petugas kesehatan memberikan konseling yang cukup tentang kontrasepsi bagi calon akseptor Kb.

### **Tema 2: Pengalaman Buruk dengan Kontrasepsi**

Sebagian wanita yang tidak mau menggunakan kontrasepsi dikarenakan adanya riwayat kontrasepsi sebelumnya. Pengalaman tidak menyenangkan umumnya terjadi akibat efek samping dari pemakaian kontrasepsi seperti munculnya keluhan fisik, misalnya gangguan menstruasi, sakit kepala, atau tidak nyaman dengan pemakaian alatnya sendiri. Adanya cerita atau rumor negatif yang didengar tentang kontrasepsi dapat memengaruhi penerimaan partisipan tentang alat kontrasepsi.

Sebuah pengalaman akan memberikan pengaruh pada perilaku promosi kesehatan selanjutnya (Pender, 2011). Demikian juga dengan pengalaman wanita *unmet need* dalam penelitian ini, di mana wanita yang punya pengalaman buruk dengan kontrasepsi cenderung tidak ingin mengulangi hal yang sama. Perilaku *unmet need* sebagai bentuk keputusan tidak menggunakan kontrasepsi bukan hanya disebabkan oleh pengalaman pribadi, tapi

juga karena didasari pengalaman dari orang lain yang disebut Pender sebagai model. Ini sesuai dengan hasil studi yang mengungkapkan bahwa sumber-sumber penyebab *unmet need* disebabkan oleh pengalaman wanita sendiri dengan kontrasepsi, pengalaman teman, dan rumor yang sering didengar berulang-ulang di masyarakat (Bongarts and Bruce, 1995 dalam Sita, 2003).

Triangulasi yang dilakukan pada bidan di Kelurahan Taman sejalan dengan hasil penelitian yang ada, di mana wanita yang takut dengan kontrasepsi biasanya karena mendengar cerita-cerita orang lain yang belum tentu kebenarannya tapi dipercaya. Hal yang sama diungkapkan oleh suami yang menyatakan bahwa *unmet need* yang terjadi pada istrinya saat ini karena ada pengalaman tidak menyenangkan sebelumnya. Jelas terlihat bahwa pengaruh interpersonal berupa model ataupun rumor akan memengaruhi kepercayaan dan perilaku individu dalam meningkatkan kesehatan. Kepercayaan yang bersifat negatif dapat menjadi hambatan besar bagi wanita dalam memenuhi kebutuhan kontrasepsinya.

### **Tema 3: Persepsi terhadap Fertilitas**

Beberapa wanita yang tidak ingin berKB karena meragukan kondisi kesuburannya, mereka tidak yakin apakah masih bisa hamil atau tidak saat ini. Pemikiran partisipan bahwa kondisinya saat ini tidak subur dikarenakan tidak menstruasi, merasa sulit hamil setelah menikah, jarang melakukan hubungan seksual dan faktor kegemukan.

Beberapa studi tentang *unmet need* telah menggambarkan persepsi wanita *unmet need* terhadap kesuburannya, di mana 60% wanita menikah di kawasan Afrika dan Asia lebih dari setengahnya percaya bahwa kondisinya saat ini berisiko rendah untuk hamil dengan alasan jarang melakukan hubungan seksual dan *amenorrea post partum* (Sedgh, *et al.*, 2007). Perpindahan dengan pasangan dalam jangka waktu lama yang memengaruhi pola perilaku seksual juga menjadi penyebab *unmet need* (Woldemicael and Beaujot, 2011). Situasi yang sama dengan hasil dalam penelitian ini, di mana dari tujuh orang partisipan enam diantaranya merasa ragu dengan kesuburannya saat ini. Alasan tersebut berkaitan dengan kondisi fisik (kegemukan, gangguan menstruasi, gangguan sistem reproduksi), jarang melakukan hubungan seksual, dan merasa kesulitan hamil sebelumnya. Obesitas dan kegemukan memang berhubungan dengan risiko penurunan kehamilan dan risiko abortus yang lebih besar, tetapi kemungkinan untuk hamil bagi wanita masih ada, apalagi jika keadaan reproduksi masih sehat dan aktif secara seksual (Maheshwari, *et al.*, 2007). Kesalahan persepsi ini bisa berakibat pada kehamilan yang tidak diinginkan seperti yang terjadi pada partisipan dalam penelitian.

Pernyataan suami tentang persepsi istri terhadap fertilitasnya memberikan hasil yang sama di mana

penerimaan istri terhadap kemungkinan kehamilan rendah. Alasan lain yang berhubungan dengan fertilitas adalah *amenorrea* atau gangguan pola menstruasi. *Amenorrea* sekunder akibat pemakaian kontrasepsi yang dialami akan memicu *drop out* atau diskontinuitas kontrasepsi. Penyebabnya adalah keraguan wanita dengan kesuburannya serta penerimaan yang rendah terhadap kemungkinan kehamilan, padahal jika wanita menggunakan kontrasepsi maka kesuburannya akan kembali setelah kontrasepsi tersebut dihentikan (Amy and Tripathi, 2009). Gangguan kesuburan karena kontrasepsi hanya bersifat sementara dan tidak ada penundaan untuk pengembalian setelah penghentian pemakaian (Burnhart, *et al.*, 2009). Hasil-hasil penelitian tersebut jelas memberikan gambaran bahwa pemakaian kontrasepsi hanya memberikan efek sementara pada kondisi fertilitas, sehingga perilaku *unmet need* akan meningkatkan risiko kehamilan yang cukup tinggi. Peran petugas kesehatan sebagai edukator sangat diperlukan untuk memberikan pemahaman dan meningkatkan pengetahuan masyarakat terutama bagi pasangan usia subur. Ini karena pemberi layanan kesehatan sebagai salah satu sumber interpersonal yang penting yang dapat mempengaruhi, menambah atau mengurangi keinginan untuk berperilaku promosi kesehatan (Pender, 2011).

#### **Tema 4: Kurang Pengetahuan tentang Kontrasepsi**

Banyak wanita usia subur yang tidak mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan kontrasepsi. Tidak hanya wanita *unmet need* yang belum pernah KB, tapi yang pernah menjadi akseptor juga banyak yang pengetahuannya tentang kontrasepsi masih rendah. Kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi menjadikan wanita usia subur memilih untuk *unmet need* karena tidak bisa menentukan pilihan kontrasepsi mana yang tepat digunakan. Kurangnya pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang metode, dan sumber metode (Korra, 2002). Hasil wawancara dengan partisipan, diketahui semua partisipan sudah familiar dengan jenis kontrasepsi yang ditawarkan saat ini, namun mereka hanya mengetahui kontrasepsi yang pernah digunakan saja.

Tingkat pengetahuan kontrasepsi wanita erat kaitannya dengan sosialisasi fertilitas dan metode kontrasepsi dilakukan oleh petugas kesehatan. Kurangnya pengetahuan ini kemungkinan karena minimnya promosi dan sosialisasi baik secara langsung melalui penyuluhan maupun tidak langsung seperti iklan di media cetak atau elektronik. Hal yang sama juga digambarkan oleh bidan Kelurahan Taman yang menyatakan kalau saat ini petugas yang terjun ke lapangan untuk memberikan sosialisasi dan promosi kontrasepsi sangat kurang akibatnya angka kelahiran dan *unmet need* terus tinggi. Selain dari faktor petugas kesehatan, tingkat pengetahuan tentang kontrasepsi juga berkaitan dengan pencapaian pendidikan. Wanita yang berpendidikan mempunyai kesempatan dan kemampuan yang lebih baik dalam mendapatkan fasilitas

pelayanan kesehatan termasuk pelayanan dan informasi tentang kontrasepsi (Aghoja, *et al.*, 2009). Sementara itu, wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah memiliki kecenderungan *unmet need* yang lebih tinggi dan akan menurun seiring dengan peningkatan tingkat pendidikan (Bhandari, *et al.*, 2006).

Hasil penelitian ini berbeda dengan studi sebelumnya dimana wanita dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki kecenderungan *unmet need*. Kemungkinan ini bisa terjadi karena wanita dengan pendidikan tinggi belum tentu mengetahui dan mengerti hal-hal yang berhubungan dengan kontrasepsi walaupun sebenarnya mereka bisa mencari informasi dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih mudah dibandingkan dengan wanita yang tidak berpendidikan. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah ketika kita membicarakan tentang dampak pendidikan, maka kita harus melihat siapakah yang memberikan pendidikan itu dan apa isi yang terkandung di dalamnya (Ansary and Anisujjaman, 2012). Alasan lain yang cukup dominan yaitu kekhawatiran wanita terhadap efek samping kontrasepsi dan masalah kesehatan.

#### **Tema 5: Dukungan Suami terhadap Perilaku *Unmet Need***

Pada hasil penelitian terdahulu banyak ditemukan dominasi pria dalam pengambilan keputusan, termasuk keterlibatannya dalam memutuskan perilaku kontrasepsi pasangan. Keputusannya menjadi sangat penting karena menentukan *met* atau *unmet need* bagi pasangannya (Korra, 2002).

Hasil dari wawancara penelitian ini memperlihatkan jika keputusan partisipan tidak berKB (*unmet need*) bukan semata-mata karena pengaruh dari suami atau anggota keluarga yang lain, tapi karena keinginan wanita sendiri yang didukung oleh suaminya. Triangulasi yang dilakukan peneliti terhadap suami partisipan membenarkan adanya dukungan suami terhadap keinginan istri untuk tidak berKB. Pernyataan suami partisipan mengindikasikan bahwa kondisi masyarakat telah mengalami pergeseran dalam budaya patriaki terutama di perkotaan, di mana otonomi wanita terhadap kontrasepsi lebih diakui. Ini kemungkinan karena adanya penerimaan suami terhadap pelayanan kontrasepsi (Ansary and Anisujjaman, 2012). Dapat disimpulkan bahwa dalam masyarakat kota, cara membuat keputusan seputar masalah reproduksi dan kontrasepsi dilakukan bersama-sama antar suami-istri dengan diskusi dan negosiasi.

Faktor interpersonal dalam keluarga tipe *extended family*, seperti kehadiran orang tua, kakek-nenek, atau anggota keluarga lain dapat juga memengaruhi perilaku kontrasepsi wanita. Sebuah studi menyebutkan 48% wanita yang tinggal dalam rumah tangga dengan kehadiran ibu mertua melaporkan adanya hambatan psikososial dalam memanfaatkan pelayanan kontrasepsi (Korra, 2002; Stephenson and Hennink, 2004). Ibu mertua melarang beberapa wanita untuk menggunakan kontrasepsi karena mereka berpikir itu akan melemahkan



kontrol suami terhadap keluarga atau berfikir bahwa menantu mereka seharusnya tidak menerima hal yang berbeda dari pengalaman mereka dulu (Bhandari, *et al.*, 2006). Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan, terlihat bahwa wanita yang tinggal dengan mertua ada satu orang, namun tidak ada pernyataan dari partisipan bahwa keputusan *unmet need* ada pengaruh dari ibu mertua. Semua keputusan partisipan untuk menjadi *unmet need* murni karena keinginan sendiri dengan dukungan dari suami. Kondisi tersebut berbeda karena dalam tatanan kehidupan masyarakat modern di perkotaan, penerimaan bahwa semua orang memiliki derajat yang sama lebih diakui (Bogale, *et al.*, 2011). Karena itulah wanita juga memiliki otoritas yang lebih tinggi dalam menentukan pilihannya sendiri termasuk dalam perilaku kontrasepsi

#### Metode Alami Pencegah Kehamilan

Wanita *unmet need* menggunakan cara-cara tradisional dalam upaya mencegah kehamilan. Dalam penelitian ini, enam dari tujuh partisipan menggunakan metode tradisional untuk mencegah kehamilan, yaitu dengan *coitus interruptus* yang dikombinasi dengan metode kalender. Cara lain adalah dengan bilas vagina segera setelah melakukan hubungan seksual. Ini dilakukan saat suami lupa melakukan *coitus interruptus*. Meskipun teknik kombinasi antara kalender dan *coitus interruptus* cukup mampu untuk mencegah kehamilan, partisipan tetap merasa khawatir dengan metode tersebut karena tingkat kegagalannya cukup tinggi. Alasan yang diungkapkan karena metode *coitus interruptus* tidak menggunakan perlindungan apapun saat melakukan hubungan seksual. Selain itu faktor kesulitan mengingat dan memprediksi masa subur juga menjadi alasan pendukung kekhawatiran partisipan.

Upaya wanita *unmet need* untuk mencegah kehamilan dengan *coitus interruptus* yang dikombinasi dengan metode kalender dan teknik bilas vagina diharapkan mampu mencegah pertemuan sel telur dan sperma sehingga tidak terjadi kehamilan. Alasan partisipan menggunakan metode tradisional ini karena berkaitan dengan kemampuannya untuk mencegah kehamilan, kemudahan metodenya dan tidak ada efek samping maupun pengaruhnya terhadap kesehatan. Pada penelitian terdahulu, alasan wanita menggunakan metode tradisional karena kurangnya informasi dan akses terhadap kontrasepsi modern. Saat ini, semakin baik pengetahuan wanita tentang kontrasepsi, menjadikan mereka semakin takut akan efek samping dan pengaruhnya terhadap kesehatan sehingga memilih metode tradisional untuk mencegah kehamilan.

Metode kontrasepsi tradisional seperti *coitus interruptus* dan kalender memiliki risiko kegagalan yang cukup tinggi karena perlu pengalaman seksual yang cukup baik dan kemampuan menghitung periode masa subur dengan tepat (Aghajanian, *et al.*, 2007). Keefektifan

penggunaan metode *coitus interruptus* ini sendiri juga sangat tergantung dari kemampuan pria (pasangan) untuk mengendalikan diri, yaitu mengeluarkan penis sebelum ejakulasi. Adanya kesulitan yang menyebabkan risiko kehamilan ini menjadi tantangan bagi petugas kesehatan di mana pendidikan tentang fertilitas dan kontrasepsi sangat penting untuk diberikan pada wanita dan pria yang masih muda dan aktif secara seksual karena mereka adalah kelompok yang berisiko tinggi.

#### Harapan terhadap Metode Kontrasepsi

Penyebab belum adanya minat wanita *unmet need* terhadap kontrasepsi karena menganggap kontrasepsi sekarang masih membawa banyak kerugian bagi pemakaiannya. Sekitar 40% wanita *unmet need* beralasan takut dengan sterilisasi, kesulitan metode dan masalah kesehatan (Devi, *et al.*, 2006). Dari hasil wawancara, terungkap bahwa pada dasarnya sebagian besar dari wanita *unmet need* memiliki keinginan kalau suatu saat akan menggunakan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan. Harapan partisipan adalah tersedianya alat kontrasepsi yang tidak merugikan bagi pemakainya seperti tidak ada efek samping (aman) dan mudah pemakaiannya.

Adanya minat untuk menggunakan kontrasepsi disertai dengan harapan terhadap metode kontrasepsi itu sendiri, menunjukkan jika wanita *unmet need* sebenarnya mengharapkan adanya perubahan dalam peningkatan pelayanan kontrasepsi yang dapat menjamin keselamatan dan kesejahteraan pemakainya. Perubahan metode kontrasepsi yang dianggap aman seperti metode baru yang ditawarkan oleh pemerintah Amerika, meliputi kontrasepsi oral, implan, metode tempel, cincin, injeksi, dan intra uterine. Metode baru yang lain seperti hormonal vaginal ring yang digunakan untuk ibu menyusui, dan metode sterilisasi wanita tanpa pembedahan (Darroch, *et al.*, 2011).

#### Koping adekuat

Wanita *unmet need* yang terlibat dalam penelitian ini semuanya mengalami kecemasan terhadap risiko kehamilan. Namun demikian, mereka memiliki koping yang adekuat karena menyadari konsekuensi dari perilaku *unmet need*. Partisipan menganggap kalau kehamilan yang terjadi merupakan takdir Tuhan yang harus diterima dengan baik. Berdoa dan bersikap pasrah adalah bentuk usaha partisipan dalam menghadapi risiko kehamilan.

Mekanisme koping adekuat adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan yang bersifat konstruktif (Stuart and Laraia, 2005). Koping yang adekuat didasari dari kemampuan penerimaan partisipan yang cukup baik terhadap risiko kehamilan. Keadaan ini dihubungkan dengan keyakinan agama yang dianut oleh partisipan. Semua agama khususnya agama Islam, yang dianut oleh semua partisipan dalam penelitian ini mengakui bahwa kehamilan sebagai suatu anugerah bagi wanita (Howard

and Howard, 2010). Kehamilan yang tidak diinginkan lebih mudah diterima oleh wanita muslim dengan proporsi sekitar 38% dibandingkan dengan wanita yang beragama Hindu. Kehamilan dianggap sebagai pemberian Tuhan atau harta yang berharga dalam keluarga (Adhikari, *et al.*, 2008). Hal inilah yang menjadikan pasangan khususnya wanita muslim bisa bersikap pasrah dengan kemungkinan kehamilan akibat *unmet need*. Mekanisme koping yang adekuat juga akan berpengaruh terhadap penurunan perilaku aborsi karena kehamilan yang tidak diinginkan.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berbagai tema yang berkaitan dengan perilaku *unmet need* wanita usia subur di Kelurahan Taman Madiun adalah: variasi terhadap pemakaian dan metode kontrasepsi, pengalaman tidak menyenangkan dengan kontrasepsi, persepsi terhadap fertilitas, dukungan suami terhadap perilaku *unmet need*, kurang pengetahuan tentang kontrasepsi, metode alami pencegah kehamilan, harapan terhadap metode kontrasepsi, dan koping adekuat.

Sementara penyebab perilaku *unmet need* dari aspek psikologis didapatkan dari variasi terhadap pemakaian dan metode kontrasepsi: kekhawatiran terhadap efek samping, kekhawatiran terhadap metode kontrasepsi invasif, pengaruh buruk kontrasepsi terhadap kesehatan dan fertilitas wanita, kesulitan akibat efek samping kontrasepsi, kesulitan dalam menerapkan metode kontrasepsi, dan hambatan internal untuk mendapatkan alat kontrasepsi. Faktor interpersonal adalah dukungan suami terhadap perilaku *unmet need*, dan pelayanan kontrasepsi oleh petugas kesehatan yang kurang optimal.

### Saran

Beberapa saran yang bisa diberikan oleh peneliti berkaitan dengan perilaku *unmet need* ditujukan bagi petugas kesehatan, wanita *unmet need* dan suami. Bagi petugas kesehatan supaya meningkatkan cakupan sosialisasi kontrasepsi lebih luas yang melibatkan pasangan usia subur, keluarga dan lingkungan komunitas masyarakat. Selain itu pelayanan kontrasepsi bagi calon akseptor KB juga lebih optimalkan.

Bagi wanita usia subur perlu meningkatkan pengetahuan tentang ragam metode kontrasepsi agar bisa memilih jenis kontrasepsi yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan. Hal lain yang tidak kalah penting adalah mencari informasi seputar kontrasepsi dari sumber yang tepat agar tidak menimbulkan persepsi yang keliru. Sedangkan bagi suami sebaiknya perlu memberikan dukungan pada istri terhadap perilaku kontrasepsinya seperti mendukung istri untuk menjadi akseptor KB,

dan ikut memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan jenis kontrasepsi yang digunakan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Adhikari R, Soonthorndhada K, Prasartkul P. 2008. *Determinants of Unintended Pregnancy among Currently Pregnant Married Women in Nepal. Kathmandu Nepal: Research Associate of Center for Research on Environment, Health and Population Activities (CREHPA).*
2. Aghoja LO, et al. 2009. Factors Associated with The Knowledge, Practice and Perceptions of Contraception in Rural Southern Nigeria. *Ghana Med J.* 2009, 43: 115–121.
3. Ansary R. and Anisujjaman. 2012. Factors Determining Pattern of Unmet Need for Family Planning in Uttar Pradesh, India. *International Research Journal of Social Sciences.* Vol. 1(4), 16–23.
4. Amy JJ. and Tripathi V. 2009. Contraception for women: an evidence based overview. *British Medical Journal.* 2009; 339: b2895.
5. Bhandari, *et al.* 2006. Prevalence and Determinants of Unmet Need for Family Planning in a District of Eastern Region of Nepal. *Kathmandu University Medical Journal* (2006), Vol. 4, No. 2, Issue 14, 203–210.
6. Bogale B, Wondafrash M, Tilahunand T, and Girma E. 2011. Married Women's Decision Making Power on Modern Contraceptive Use in Urban and Rural Southern Ethiopia. *BioMed Central Public Health.* 2011, 11: 342.
7. Burnhart K, Mirkin S, Grubana G. and Constantine, G. 2009. Return to Fertility after Cessation of a Continuous Oral contraception. *Fertility and Sterility.* Vol. 91, No. 5: 1654–1656.
8. Campbell M, Sahin H.N.N. and Potts M. 2006. Barriers to Fertility Regulation: Review of the Literature. *Studies in Family Planning.* Vol 37(2): 87–98.
9. Cynthia C., Harper, B. A., Brown, A.F.R., and Tina, R.R. 2010. Hormonal Contraceptive Method Choice Among Young, Low Income Women: How important is the provider?. *Patient Educ Couns.* Vol. 81(3): 349–354.
10. Darroch JE, Sedgh G, and Ball H. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs.* New York: Guttmacher Institute.
11. Howard DM and Howard JE. 2010. Black Unintended Pregnancy in America: A Commentary. *Black in America: A Scholarly Response to the CNN Documentary – Policy Brief Series 2010. The Center for African American Research and Policy.*
12. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Profil Kesehatan Indonesia 2010.* Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
13. Korra A. 2002. *Attitudes toward Family Planning, and Reasons for Nonuse among Women with Unmet Need for Family Planning in Ethiopia.* Calverton, Maryland USA: ORC Macro.
14. Khan S, Vinod M, Fred A, and Noureddine A. 2007. *Contraceptive Trends in Developing Countries.* DHS Comparative Reports No. 16. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.
15. Maheshwari A, Stofberg L, and Bhattacharya S. 2007. Effect of overweight and obesity on assisted reproductive technology—a systematic review. *Human Reproduction Update.* Vol. 13, No. 5 pp. 433–444, 2007.
16. Mekonnen W. and Worku A. 2011. Determinants of Low Family Planning Use and High Unmet Need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reproductive Health BioMed Central.* 2011; 8: 37.
17. Opher VD. 2004. *Addressing the Nursing Shortage in Southwestern Pennsylvania through Steward Leadership: A Phenomenological Study.* A Dissertation. Presented in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree Doctor of Management in Organizational Leadership University of Phoenix. <http://gradworks.umi.com/3322001.pdf>. diakses tanggal 18 September 2013 jam 04.00.
18. Paudel S and Budhathoki SS. 2011. Unmet Needs for Family Planning in Sunsari, Eastern Nepal. *Unmet Needs for Family Planning.* Vol. 9 (No. 3); 148–151.

19. Pender NJ, Murdaugh CL, & Parsons MA. 2011. *Health Promotion in Nursing Practice (6<sup>th</sup> Edition)*. Boston, MA: Pearson.
20. RamaRao S, Lacuesta M, Costello M, Pangolibay B, and Heidi Jones. 2003. The Link Between Quality of Care and Contraceptive Use. *International Family Planning Perspectives*. Vol. 29(2): 76–83).
21. Sedgh G, Hussain R, Bankole A, and Singh S. 2007. *Woman with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method*. Occasional Report. New York: 2007, No. 37.
22. Sita S. 2003. *Assessment of The Magnitude and Determinant of Unmet Need for Family Planning among Currently Married Woman in Urban and periurban Community in Awasa, Southern Ethiopia*. Tesis dipublikasikan. Addis Ababa University.
23. Woldemicael G and Beaujot R. 2011. Currently Married Women with An Unmet Need for Contraception in Eritrea: Profile and Determinants. *Canadian Studies in Population*. Vol 38, No. 1–2, 2011: 61–81.

# Hubungan antara Motivasi Masyarakat dengan Tingkat Kemandirian Posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban

(The Relationship between Motivation of Society and the Level of Independence of Posyandu in Kedungrejo Village of GAJI Health Public Centre of Kerek Tuban)

Miftahul Munir  
STIKES NU TUBAN

## ABSTRAK

Data Dinkes Kabupaten Tuban diketahui bahwa yang mengakibatkan target tidak memenuhi, posyandu tidak 50% posyandu PURI, yaitu pada tingkat Pratama dan Madya sebesar 52,93%. Wilayah Kerja Puskesmas Gaji merupakan puskesmas yang tidak memenuhi target di Kabupaten Tuban, tepatnya berada di Desa kedungrejo, hal tersebut diakibatkan kurangnya cakupan program posyandu. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu di desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban. Desain penelitian ini cross sectional dengan populasi 208 ibu yang mempunyai bayi balita, didapatkan sampel 136 responden. Teknik pengambilan sampel Stratified Random Sampling, pengumpulan data menggunakan kuisioner dan data sekunder, uji statistik menggunakan Uji Koefisien Kontingensi dengan tingkat kemaknaan 0,05. Hasil penelitian didapatkan Tingkat Kemandirian Posyandu Madya mempunyai motivasi baik lebih besar 73,8% dibandingkan dengan motivasi masyarakat kurang baik sebesar 54,7%. Sedangkan Tingkat Kemandirian Posyandu Purnama mempunyai motivasi baik lebih kecil 26,26% dibandingkan dengan motivasi kurang baik sebesar 45,3%. Berdasarkan analisa didapatkan nilai  $p = 0,022$  dimana  $p < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak, artinya terdapat hubungan antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu di Desa Kedungrejo. Dapat diketahui bahwa motivasi masyarakat dapat memengaruhi cakupan kemandirian posyandu. Kenyataannya di desa Kedungrejo motivasi masyarakat baik lebih ke tingkat Posyandu Madya karena kurangnya cakupan program posyandu, di mana cakupan program posyandu kurang karena masyarakat hanya termotivasi saja, dalam arti hanya mempunyai keinginan atau niat namun tidak ikut merealisasikan program posyandu dan juga kurangnya koordinasi antara masyarakat dan petugas yang terkait.

**Kata kunci:** Motivasi masyarakat, Posyandu

## ABSTRACT

Data dept. district Tuban known that resulting in the target not meet, posyandu is not 50% posyandu PURI, auction on a level Pratama and Madya of 52.93%. The work area of Public Health Centre of Gaji is not a Public Health Centre with the right target in Tuban, exactly being in Kedungrejo village, it was caused by lack of scope program posyandu. Hence this research aims to know the relation between motivation society by level self-reliance posyandu in Kedungrejo village at the work area of Gaji Health Public Centre, Kerek–Tuban. Design of this research cross sectional to the population 208 mums the baby is five, acquired samples 136 respondents. The technique sample is stratified random sampling, data use kuisioner and data secondary, test statistics test using coefficient contingency to level kemaknaan 0.05. Research result obtained level self-reliance posyandu madya have motivation good larger 73.8% compared with the less good of community motivations 54.7%. While the rate of Self-sufficiency has good motivation Full Posyandu smaller 26.26% compared to less good motivation of 45.3%. Based on the analysis of the obtained value  $p = 0.022$  where  $p < 0.05$  so  $H_0$  is rejected, meaning that there is a relationship between the level of self-reliance community motivation posyandu in the village of Kedungrejo. Be aware that community motivation may affect the scope of independence posyandu. The reality in the village of Kedungrejo motivation community well beyond the level of Posyandu Madya due to lack of coverage of the posyandu program, where the program's coverage of posyandu less because people only motivated only, in the sense that only have a desire or intention but not join the posyandu program realisation and also a lack of coordination between the community and the officers concerned.

**Key words:** Community motivation, Posyandu

## PENDAHULUAN

Pentingnya pembangunan kesehatan, telah diakui oleh semua pihak. Hasil pengamatan, pengalaman lapangan sampai peningkatan cakupan program semuanya

membuktikan bahwa peran serta masyarakat sangat menentukan terhadap keberhasilan, kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Semua hal tersebut tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan

masyarakat strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya yang dimulai dari diri sendiri, keluarga sampai dengan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat. Upaya yang bersumber masyarakat ini telah dikembangkan, salah satunya adalah Posyandu.<sup>1</sup>

Salah satu bentuk sumber daya yang ada dan peran serta masyarakat merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan yang dikelola oleh masyarakat dengan dukungan teknis petugas Puskesmas.<sup>2</sup>

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh dan untuk bersama masyarakat dapat memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.<sup>1</sup>

Betapa pentingnya keberadaan posyandu di tengah-tengah masyarakat yang merupakan pusat kegiatan masyarakat, di mana masyarakat sebagai pelaksana sekaligus memperoleh pelayanan kesehatan serta Keluarga Berencana. Di samping itu posyandu juga dapat dimanfaatkan sebagai sarana untuk tukar menukar informasi, pendapat dan pengalaman serta bermusyawarah untuk memecahkan berbagai masalah yang dihadapi baik berbagai masalah keluarga ataupun masyarakat itu sendiri. Sebagai dasar terbentuknya posyandu ialah bertitik tolak dari definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat menurut Wislow dalam buku “dasar-dasar kesehatan masyarakat”, yang mana disebutkan bahwa diharapkan masyarakat itu berusaha untuk dapat menanggulangi kesehatannya sendiri. Dari penjelasan tersebut diatas terlihat bahwa wadah yang paling tepat untuk peran serta masyarakat tersebut ialah “Posyandu”.<sup>2</sup>

Posyandu adalah suatu tempat yang melayani kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan meliputi: kegiatan penimbangan balita, imunisasi untuk ibu hamil dan balita, pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil, dan Keluarga Berencana. Posyandu didirikan oleh masyarakat dengan bimbingan petugas Puskesmas dengan lokasi yang berdekatan dengan tempat tinggal masyarakat setempat.<sup>2</sup>

Tujuan dari penyelenggaraan posyandu adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (ibu hamil, melahirkan dan nifas), meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan keluarga berencana serta kegiatan lainnya yang menunjang untuk tercapainya masyarakat sehat sejahtera.<sup>2</sup>

Tingkat kemandirian atau keaktifan posyandu dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain adalah cakupan program posyandu, faktor pembina posyandu, kader posyandu itu sendiri dan para pengguna posyandu (masyarakat), pengetahuan, sikap, dan motivasi dari masyarakat maupun tokoh masyarakatnya.<sup>2</sup>

Motivasi muncul dari dalam diri manusia, tetapi kemunculannya karena rangsangan atau dorongan oleh adanya unsur lain, dalam hal ini adalah dorongan untuk

mencapai tujuan. Organisasi harus membina motivasi karyawan melalui proses pemenuhan kebutuhan. Kebutuhan yang belum terpenuhi akan menimbulkan ketegangan yang dapat menstimulasi dorongan tertentu pada individu yang bersangkutan.

Strata Posyandu Purnama Mandiri yang menjadi tolok ukur sebagai pendukung perilaku sehat masyarakat dan telah ditetapkan oleh pemerintah pada tahun 2012 sebesar 50%. Masih banyak Posyandu di Wilayah Kabupaten Tuban belum bisa memenuhi target tersebut.

Berdasarkan Profil Dinas kesehatan Kabupaten Tuban pada Tahun 2012 jumlah Posyandu di Kabupaten Tuban 1.421, dengan jumlah Posyandu: Posyandu Pratama sebanyak 41 (2,89%), Posyandu Madya sebanyak 711 (50,04%), Posyandu Purnama sebanyak 653 (45,95%), Posyandu Mandiri sebanyak 16 (1,13%). Dari data Dinkes Kabupaten Tuban tersebut dapat diketahui bahwa yang mengakibatkan target tidak memenuhi, Posyandu tidak 50% Posyandu PURI, yaitu Posyandu pada tingkat Pratama dan Madya sebesar 52,93%.

Wilayah Kerja Puskesmas Gaji merupakan Puskesmas yang tidak memenuhi target di Kabupaten Tuban. Wilayah kerja Puskesmas Gaji mempunyai 32 Posyandu yang terdapat di 7 Desa dengan tingkat kemandirian Posyandu Pratama 6 (18,75%), Madya 25 (78,13%), Purnama 1 (3,13%). Salah satu desa di Wilayah Kerja Puskesmas Gaji, yaitu Desa Kedungrejo.

Desa Kedungrejo merupakan desa yang mengakibatkan tidak terpenuhinya target, hal tersebut diakibatkan kurangnya Cakupan Posyandu, diantaranya: Dusun Penemon mempunyai Posyandu dengan tingkat kemandirian Posyandu Madya dengan Cakupan sebesar 7,49%, Dusun Luwuk mempunyai Posyandu dengan tingkat kemandirian Posyandu Madya dengan Cakupan sebesar 11,26% dan Dusun Puter mempunyai Posyandu dengan tingkat kemandirian Posyandu Purnama dengan Cakupan sebesar 3,13%.

Dari hal tersebut, dapat dilihat bahwa di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Belum memenuhi target dari Cakupan Posyandu pada tahun 2012 sebesar 50%. Peran serta masyarakat yang kurang produktif dan dinamis dapat mengakibatkan Cakupan Posyandu tersebut tidak dapat tercapai, maka penulis tertarik untuk mengetahui “Hubungan Motivasi Masyarakat dengan Tingkat Kemandirian Posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban Tahun 2013”.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah desain *analitik*, yaitu mengkaji hubungan antara variabel. Peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan dan menguji berdasarkan teori yang ada. Desain penelitian ini bertujuan untuk

mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel, yang mengacu pada kecenderungan bahwa variasi suatu variabel diikuti oleh variasi variabel yang lain.<sup>3</sup>

## HASIL PENELITIAN

### Motivasi Masyarakat dalam Kegiatan Posyandu

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa sebagian besar 75 responden (55,1%) memiliki motivasi kurang baik, dan setengahnya 61 responden (44,9%) memiliki motivasi baik.

### Tingkat Kemandirian Posyandu

Berdasarkan tabel 2 didapatkan tidak satu pun responden pada tingkat kemandirian posyandu pratama, sebagian besar 86 responden (63,2%) pada tingkat kemandirian posyandu madya, setengahnya 50 responden

**Tabel 1.** Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi masyarakat dalam kegiatan posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban Tahun 2013

Motivasi Masyarakat	Frequency	Percent
Kurang	75	55,1%
Baik	61	44,9%
Jumlah	136	100%

**Tabel 2.** Distribusi Tingkat Kemandirian Posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban Tahun 2013

Kemandirian Posyandu	Frequency	Percent
Pratama	0	0
Madya	86	63,2%
Purnama	50	36,8%
Mandiri	0	0
Jumlah	136	100%

**Tabel 3.** Hubungan Antara Motivasi Masyarakat dengan Tingkat Kemandirian Posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban tahun 2013

No.	Motivasi Masyarakat	Tingkat Kemandirian								Total	
		Pratama		Madya		Purnama		Mandiri		f	%
		f	%	F	%	f	%	f	%		
1	Kurang	0	0	41	54,7%	34	45,3%	0	0	75	100%
2	Baik	0	0	45	73,8%	16	26,2%	0	0	61	100%
	Total	0	0	86	63,2%	50	36,8%	0	0	100	100%

(36,8%) pada tingkat kemandirian posyandu purnama dan tidak ada satu pun responden pada tingkat kemandirian posyandu mandiri.

### Hubungan Motivasi Masyarakat dengan Tingkat Kemandirian Posyandu

Dari tabel 3 didapatkan dari 136 responden dapat dijelaskan bahwa tingkat kemandirian madya mempunyai motivasi baik lebih besar sebesar 73,8% dibandingkan dengan motivasi masyarakat yang kurang baik sebesar 54,7%. Sedangkan pada tingkat kemandirian purnama mempunyai motivasi baik lebih kecil sebesar 26,26% dibanding dengan motivasi kurang baik sebesar 45,3%.

## ANALISIS HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil penelitian dan perhitungan SPSS menggunakan analisa *Contingency Coefficient* didapatkan nilai  $C = 0,193$  dan  $p = 0,022$  di mana  $p < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak.  $H_0$  ditolak artinya terdapat hubungan antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu.

## PEMBAHASAN

### 1. Identifikasi Motivasi Masyarakat terhadap Posyandu

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa sebagian besar 75 responden (55,1%) memiliki motivasi kurang baik, dan setengahnya 61 responden (44,9%) memiliki motivasi baik.

Sedangkan responden yang memiliki motivasi kurang baik lebih banyak daripada responden yang memiliki motivasi yang baik. Ini dikarenakan oleh beberapa faktor-faktor yang memengaruhi motivasi masyarakat tersebut.

Faktor-faktor yang memengaruhi kurangnya motivasi masyarakat, itu: Keinginan/kebutuhan akan adanya peningkatan kesehatan, Adanya umpan balik dari tenaga kesehatan kepada masyarakat, Adanya kesempatan untuk mencoba pendekatan baru dalam melakukan tindakan peningkatan kesehatan.

Sesuai dengan keadaan di Desa Kedungrejo yang telah dilakukan penelitian oleh peneliti, bahwa sebagian masyarakat yang mempunyai motivasi kurang

dikarenakan kurangnya keinginan/kebutuhan untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi individu maupun keluarganya hal tersebut sendiri karena berbagai macam hal: 1) Pekerjaan atau kesibukan yang dialami para orang tua saat tanam atau panen karena sebagian besar penduduk di Desa Kedungrejo bekerja sebagai petani sehingga saat tanam atau panen tiba mereka tidak bisa membawa bayi atau balitanya ke posyandu. 2) Kesehatan bayi dan balita. Kebanyakan para orang tua jika bayi dan balitanya sakit mereka berpikir bayi dan balita mereka harus diistirahatkan di rumah, sehingga saat sakit bayi dan balita tidak dibawa ke posyandu. 3) Kurangnya umpan balik dari tenaga kesehatan kepada masyarakat. Bidan dan kader telah memberitahukan kapan hari buka posyandu, namun terkadang masyarakat tidak ada yang menanggapinya, dalam arti tidak datang ke posyandu untuk menimbang dan memantau tumbuh kembang bayi dan balitanya. Adapula masyarakat yang sudah mempunyai keinginan untuk datang membawa bayi dan balitanya ke posyandu, namun pada saat hari buka tidak datang dengan alasan bayi dan balitanya tertidur.

Seharusnya seluruh masyarakat bisa mempunyai motivasi yang baik jika mereka ada kemauan dan keinginan yang kuat untuk berperilaku sehat. Jika memang banyak kendala yang dialami oleh ibu dari bayi balita, banyak solusi yang diberikan untuk tenaga kesehatan, kader, tokoh masyarakat dan sektor-sektor lain yang terkait dapat merundingkan hari buka posyandu yang dapat disesuaikan dengan waktu senggang yang dimiliki oleh ibu bayi dan balita sehingga tidak ada alasan lagi untuk tidak membawa bayi balitanya ke posyandu.

## 2. Identifikasi Tingkat Kemandirian Posyandu

Berdasarkan tabel 2 didapatkan tidak satu pun responden pada tingkat kemandirian posyandu pratama, sebagian besar 86 responden (63,2%) pada tingkat kemandirian posyandu madya, setengahnya 50 responden (36,8%) pada tingkat kemandirian posyandu purnama dan tidak ada satu pun responden pada tingkat kemandirian posyandu mandiri.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa di Desa Kedungrejo sebagian besar mempunyai tingkat kemandirian posyandu madya daripada tingkat kemandirian posyandu purnama.

Ada beberapa faktor yang dapat mendukung dan menghambat tingkat kemandirian posyandu. Faktor yang mendukung yaitu peran serta masyarakat, petugas kesehatan dan sektor-sektor yang terkait dalam membantu melayani keluhan-keluhan masyarakat di lingkungan, sedangkan faktor yang menghambat tingkat kemandirian posyandu yaitu kegiatan pelaksanaan posyandu, jumlah kader, cakupan kegiatan utama posyandu, pelaksanaan program tambahan dari posyandu, sosialisasi dana sehat untuk posyandu.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Desa Kedungrejo faktor yang mengakibatkan tingkat kemandirian dari posyandu itu sendiri yaitu peran serta dari masyarakat, khususnya motivasi masyarakat dalam pelaksanaan posyandu kurang, selain itu dari faktor penghambat yaitu kurangnya cakupan program kegiatan posyandu, serta sosialisasi dana sehat sangat kurang bahkan tidak ada.

Seharusnya untuk meningkatkan tingkat kemandirian posyandu di Desa Kedungrejo intervensinya adalah dengan meningkatkan cakupan kegiatan posyandu dengan mengikutsertakan tokoh masyarakat sebagai motivator, lebih menggiatkan kader dalam mengelola kegiatan posyandu, melakukan sosialisasi dana sehat, serta pelatihan dana sehat.

## 3. Analisa Motivasi Masyarakat, Dengan Tingkat Kemandirian Posyandu

Untuk mengetahui hubungan antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu maka analisa data dalam penelitian ini menggunakan dengan uji statistik *Contingency Coefficient*.

Berdasarkan hasil penelitian dan perhitungan SPSS menggunakan analisa *Contingency Coefficient* didapatkan nilai  $C = 0,193$  dan  $p = 0,022$  di mana  $p < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak.  $H_0$  ditolak artinya terdapat hubungan antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu.

Sedangkan telah diketahui bahwa nilai  $r = 0,27$  dimana berdasarkan tabel koefisien korelasi nilai  $r$  terdapat di antara  $0,20-0,399$  yang berarti terdapat hubungan yang rendah antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu.

Berdasarkan hasil analisa dari motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu dapat dijelaskan bahwa korelasi signifikan, namun korelasi terbalik di mana pada motivasi kurang baik ternyata memiliki tingkat kemandirian posyandu purnama dan masyarakat yang mempunyai motivasi baik sebagian besar masih madya.

Dapat diketahui bahwa motivasi masyarakat dapat memengaruhi cakupan kemandirian posyandu. Kenyataannya di desa Kedungrejo motivasi masyarakat baik lebih ke tingkat Posyandu Madya karena kurangnya cakupan program posyandu, di mana cakupan program posyandu kurang karena masyarakat hanya termotivasi saja, dalam arti hanya mempunyai keinginan atau niat namun tidak ikut merealisasikan program posyandu dan juga kurangnya koordinasi antara masyarakat dan petugas yang terkait.

Seharusnya seluruh masyarakat yang mempunyai motivasi baik bisa mempunyai posyandu pada tingkat Posyandu Purnama jika mereka ada kemauan dan keinginan yang kuat untuk berperilaku sehat dan ikut serta dalam merealisasikan program kegiatan posyandu.

## KESIMPULAN

Sesuai dengan tujuan maka dalam penelitian ini secara umum dapat disimpulkan antara lain:

1. Sebagian besar motivasi masyarakat terhadap posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji pada bulan Mei–Juni 2013 mempunyai motivasi yang kurang baik.
2. Sebagian besar tingkat kemandirian posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji pada bulan Mei–Juni 2013 mempunyai tingkat kemandirian posyandu madya.

3. Terdapat hubungan antara motivasi masyarakat dengan tingkat kemandirian posyandu di Desa Kedungrejo Wilayah Kerja Puskesmas Gaji Kecamatan Kerek Kabupaten Tuban pada bulan Mei–Juni 2013

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. 2006. **Buku Kader Posyandu dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga**. Jakarta: EGC.
2. Katalog Dalam Terbitan. 2011. **Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu**. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
3. Nursalam. 2011. **Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan**. Jakarta: Salemba Medika.



# Hubungan Peran Suami dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi bagi Ibu Nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang

(Role Relationship Husband with Contraceptive Method Selection for Postpartum Mother in BPM District Jabon Jombang)

Siti Mudrikatin  
STIKES Husada, Jombang

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Peran dan tanggung jawab pria dalam kesehatan reproduksi khususnya pada keluarga berencana sangat berpengaruh terhadap kesehatan. Di BPM Desa Jabon Jombang menunjukkan bahwa istri sendiri yang memutuskan kontrasepsi mana yang akan dipakai, sedangkan suami hanya menyetujui atas keputusan istrinya yaitu 40,59% peserta keluarga berencana bersama suami dalam pemilihan alat kontrasepsi. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah analitik dengan rancangan penelitian cross sectional, jumlah sampel 40 responden yang diperoleh secara acidental sampling. Variabel bebas adalah peran suami dalam memberikan keputusan penggunaan alat kontrasepsi. Variabel terikat adalah alat kontrasepsi yang menjadi pilihan bagi ibu nifas. Alat ukur menggunakan kuesioner dan kartu keluarga berencana. Untuk mengetahui ada hubungan peran suami dalam memberikan keputusan pada alat kontrasepsi terhadap jenis kontrasepsi yang menjadi pilihan bagi ibu nifas menggunakan uji statistik chi kuadrat ( $X^2$ ). **Hasil:** Hasil penelitian berdasarkan data yaitu 27 responden (67,5%) menyatakan berperan dengan pilihan IUD 10 (27,5%), suntik 12 (60%), implant 4 (10%) dan MOW 1 (2,5%) sedangkan 13 responden (32,5%) menyatakan tidak berperan tapi tetap menggunakan alat kontrasepsi, yaitu IUD 1 (7,6%) dan suntik 12 (92,31%). Hasil uji chi kuadrat ( $X^2$ ) membuktikan ada hubungan peran suami dengan metode keluarga berencana ibu sebesar 0,037 dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$ . **Kesimpulan:** Ada hubungan peran suami dengan pemilihan alat kontrasepsi bagi ibu nifas. Hasil penelitian bisa digunakan sebagai masukan bagi petugas kesehatan dalam program Keluarga Berencana (KB), sehingga bisa memberikan pelayanan kesehatan terutama konseling bagi para suami sehingga mereka tidak miskin informasi.

**Kata kunci:** Peran suami, keputusan pemilihan alat kontrasepsi ibu nifas.

## ABSTRACT

The roles and responsibilities of men in reproductive health, especially family planning impact on our health. At the BPM district Jabon Jombang themselves decide which to use contraception, while approving only the husband over his wife's decision which is 40.59% of the participants with their husbands in family planning contraceptives election. This research is an analytic cross-sectional study design, sample size of 40 respondents who obtained accidental sampling. The independent variable is the husband's role in providing contraceptive use decisions. The dependent variable is the contraceptive of choice for postpartum mothers. Measuring instruments used questionnaires and family planning cards. To determine the role of the husband is no relationship in reaching a decision on the type of contraceptive intrauterine device of choice for postpartum mothers using the chi square statistical test ( $X^2$ ). The results based on the data that is 27 respondents (67.5%) stated role with IUD option 10 (27.5%), injecting 12 (60%), implant 4 (10%) and MOW 1 (2.5%) while the 13 respondents (32.5%) expressed no role but still use contraceptives, the IUD 1 (7.6%) and injecting 12 (92.31%). The results of the chi square test ( $X^2$ ) proves there is a relationship with the husband's role of family planning methods mother of 0.037 with a significance level of  $\alpha < 0.05$ . Conclusion no relationship with the selection of a husband's role contraception for postpartum mothers. The results of the study can be used as input for health workers in family planning program (KB), so that it can provide health services, especially counseling for husbands so that they are not ill-informed.

**Key words:** The role of the husband, the selection decision contraceptives postpartum mothers

## PENDAHULUAN

Paradigma baru Program KB Nasional telah diubah visinya dari mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera menjadi "Keluarga Berkualitas Tahun 2015" (Saifudin, 2006: 1) Keberhasilan gerakan KB, tidak lepas dari besarnya partisipasi dari semua pihak dan seluruh lapisan masyarakat. Peranan laki-laki (suami) secara langsung maupun tidak langsung juga sangat penting, karena biasanya suami yang paling lebih dominan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga, termasuk untuk

menentukan apakah istrinya boleh KB atau tidak. ([www.bkkbn.go.id/2014](http://www.bkkbn.go.id/2014))

Tidak dilibatkannya pada suami sebagai salah satu pihak berkepentingan dengan kesehatan reproduksi, justru membuat mereka miskin informasi, yang pada gilirannya merintangi pemenuhan hak reproduksi wanita. ([www.bkkbn.go.id/2014](http://www.bkkbn.go.id/2014)). Oleh karena itu peran suami dalam KB sangat dibutuhkan.

BKKBN (2007) peran dan tanggung jawab pria dalam kesehatan reproduksi khususnya pada Keluarga Berencana (KB) sangat berpengaruh terhadap kesehatan.

Selain karena faktor sosial budaya, peran suami sebagai motivator, edukator, fasilitator, sangat berpengaruh seperti diketahui bahwa di Indonesia, keputusan suami dalam mengizinkan istri adalah pedoman penting bagi istri untuk menggunakan alat kontrasepsi. Bila suami tidak mengizinkan atau mendukung, hanya sedikit istri yang berani untuk tetap memasang alat kontrasepsi tersebut, atau suami yang menyediakan waktu mendampingi istri saat memasang alat kontrasepsi atau kontrol sekalipun (<http://networkedblogs.com>.2014)

Oleh karena itu perlu adanya perubahan perilaku dan motivasi dari suami, dimana awalnya hanya menyetujui atas keputusan istrinya untuk memilih alat kontrasepsi menjadi menganjurkan, mendukung dan memberikan kebebasan pasangannya (istri) untuk menggunakan kontrasepsi. Keadaan yang paling ideal adalah bahwa istri dan suami harus bersama-sama memilih metode kontrasepsi terbaik, saling kerja sama dalam pemakaian kontrasepsi, membiayai pengeluaran untuk kontrasepsi, memperhatikan tanda-tanda bahaya pemakaian kontrasepsi (Hartanto Hanafi, 2004: 41). Sedangkan pelaksanaan KB hendaknya menggunakan cara kontrasepsi yang tidak dipaksakan, tidak bertentangan dengan hukum syariat Islam dan disepakati oleh suami istri (Departemen Agama RI, 2002: 22).

Suami dan istri bersama-sama dalam memilih alat kontrasepsi terutama peran dan motivasi suami perlu ditingkatkan, agar istri tidak memutuskan sendiri kontrasepsi mana yang akan disepakati. Peran suami dipengaruhi oleh adanya factor pendidikan, pengalaman pengetahuan, sikap, motivasi, demografi dan perilaku. Pada penelitian ini hanya membatasi pada motivasi yang ada pada suami, agar dapat mendukung ibu nifas dalam menggunakan alat kontrasepsi.

## TUJUAN PENELITIAN

### Tujuan umum

Mengetahui hubungan peran suami dengan pemilihan metode kontrasepsi bagi ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang.

### Tujuan khusus

Mengidentifikasi gambaran peran suami dalam menyarankan istrinya untuk memakai alat kontrasepsi di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang.

Mengidentifikasi gambaran alat kontrasepsi yang menjadi pilihan bagi ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang.

Menganalisis hubungan antar peran suami dengan pemilihan metode kontrasepsi yang dipakai ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang.

## TINJAUAN PUSTAKA

Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya (Keliat, 2002: 8).

Sedangkan peran suami dalam KB secara tidak langsung dengan menyarankan, mendukung dan memberikan kebebasan kepada istrinya untuk menggunakan kontrasepsi sebagai upaya merencanakan: 1) Jumlah anak yang dikehendaki bersama, 2) Waktu mulai kehamilan/kelahiran anak terakhir, 3) Jarak kehamilan/kelahiran anak terakhir, 4) Waktu mengakhiri kehamilan/kelahiran anak terakhir, 5) Pengasuhan anak yang telah dimiliki bersama, 6) Peningkatan kesehatan keluarganya.

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (dari wanita) yang matang dan sel sperma (dari pria) yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma tersebut (Depkes RI, 2001: 34).

Motivasi adalah dorongan yang timbul pada diri seorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu.

Suatu usaha yang dapat menyebabkan seorang atau kelompok orang tertentu tergerak melakukan sesuatu karena ingin mencapai tujuan yang dikehendakinya atau mendapat kepuasan dengan perbuatannya (Fajri, 2002: 434).

Ibu nifas adalah seorang perempuan yang telah melahirkan dan mengalami masa pulih kembali mulai dari partus selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil, lamanya 6 sampai 8 minggu. Yang pada umumnya klien pasca persalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit dua tahun lagi atau tidak ingin tambah anak lagi.

Sedangkan pengertian nifas itu sendiri adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. (Sulaiman 2010: 315).

## HIPOTESIS

$H_0$ : Tidak ada hubungan peran suami dalam pemilihan metode kontrasepsi bagi ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang jika  $\rho > \alpha = 0,05$

$H_1$ : Ada hubungan peran suami dalam pemilihan metode kontrasepsi bagi ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang jika  $\rho < \alpha = 0,05$ .

## METODE PENELITIAN

Penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional, disebut penelitian analitik karena dalam penelitian ini dibahas pengaruh variabel yang satu dengan yang lain, yaitu untuk mengetahui seberapa jauh hubungan peran suami terhadap pengambilan keputusan metode kontrasepsi bagi ibu nifas. Cross sectional adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut. (Nursalam 2008: 83). Penelitian ini dilaksanakan di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang pada bulan Desember 2013 dengan populasi 134 orang dan sampel 40 orang.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah peran suami dalam memberikan keputusan penggunaan alat kontrasepsi dan variabel dependen dalam penelitian ini adalah alat kontrasepsi yang menjadi pilihan bagi ibu nifas.

Pengumpulan data responden terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian, hal ini dimaksud agar responden paham tentang penelitian.

Pada penelitian ini adalah dengan cara memberikan kuesioner pada suami ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang.

Dalam pengumpulan data terdiri dari 4 langkah Editing, Coding, Scoring dan Tabulating.

Pengujian hipotesis untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antar variabel dengan menggunakan uji statistik Chi Square.

## HASIL PENELITIAN

### Distribusi Frekuensi tentang Peran Suami

Berdasarkan data yang diperoleh terdapat bahwa dari 40 responden terdiri dari 27 responden (67,5%) menyatakan berperan. Sedangkan 13 responden (32,5%) menyatakan tidak berperan dalam pemilihan alat kontrasepsi bagi ibu nifas.

**Tabel 1.** Distribusi frekuensi responden tentang peran suami di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang periode Desember 2013

Peran Suami	Jumlah	Persentase
Berperan	27	67,5
Tidak berperan	13	32,5
Jumlah	40	100

Sumber: Data Primer Tahun 2013

### Distribusi Frekuensi Metode Kontrasepsi Ibu Nifas

Berdasarkan data dari kartu keluarga berencana yaitu alat kontrasepsi paling banyak yang menjadi pilihan ibu adalah suntik (60%), IUD (27,5%), implant (10%), MOW (2,5%) sedangkan pil tidak menjadi pilihan.

### Tabulasi Silang Distribusi Frekuensi Peran Suami dengan Metode Kontrasepsi yang Dipakai Ibu Nifas

Ada kecenderungan metode kontrasepsi yang dipakai oleh ibu dengan keterlibatan suami dalam menentukan pilihannya, dapat dilihat pada table silang yaitu metode kontrasepsi yang dipakai oleh ibu dengan suami yang berperan IUD 10 (27,5%), suntik 12 (60%), implant 4 (10%), MOW 1 (2,5%) sedangkan pada suami yang tidak berperan dan ibu tetap menggunakan metode kontrasepsi adalah IUD 1 (7,69%), suntik 12 (92,31%).

### Analisa Hubungan Peran Suami dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Bagi Ibu Nifas

Berdasarkan Hasil uji statistik Chi Square diperoleh perhitungan dengan menggunakan SPSS (Software Product Statistic Solution) 18,0 For Windows didapatkan korelasi 0,419 yang berarti tingkat kekuatannya sedang dengan nilai probabilitas ( $p$ -value) sebesar 0,037 jauh lebih kecil dibandingkan dengan nilai standart signifikan ( $\alpha$ ) sebesar 0,05 maka  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan antara peran suamidengan pemilihan metode kontrasepsi bagi ibu nifas di Wilayah BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang.

**Tabel 2.** Distribusi frekuensi responden terhadap pemilihan alat kontrasepsi bagi ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang Periode Desember tahun 2013

No	Jenis alat kontrasepsi yang menjadi pilihan	Jumlah	%
1.	Suntik	24	60
2.	IUD	11	27,5
3.	Implant	4	10
4	MOW	1	2,5
Jumlah		40	100

Sumber: Data Primer Tahun 2013

**Tabel 3.** Tabulasi silang distribusi frekuensi peran suami dengan metode kontrasepsi yang dipakai ibu nifas di BPM Desa Jabon Kabupaten Jombang Periode Desember 2013

Peran suami	Metode kontrasepsi				Jumlah
	IUD	Suntik	Implant	MOW	
Berperan	10	12	4	1	27
Tidak berperan	1	12	-	-	13
Jumlah	11	24	4	1	40

Sumber: Data Primer Tahun 2013

**Tabel 4.** Hsil uji statistik Chi Square

Nilai korelasi	P-value	$\alpha$	Keterangan
0,419	0,037	0,05	Ho ditolak

## PEMBAHASAN

### Peran Suami dalam Menyarankan untuk Pemakaian Alat Kontrasepsi Bagi Ibu Nifas

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 40 suami terdiri dari 27 suami (67,5%) menyatakan berperan di dalam pemilihan alat kontrasepsi, sedangkan 13 suami (32,5%) menyatakan tidak berperan dalam pemilihan alat kontrasepsi bagi ibu nifas. Pada penelitian sebelumnya menurut Irwanto dan teman-teman dari 667 istri, 2,4% diantaranya memilih kontrasepsi tanpa mengikutsertakan suami. Sedangkan menurut Endah Winarni dalam penelitian tentang partisipasi pria dalam berkeluarga berencana ([www.bkkbn.co.id](http://www.bkkbn.co.id)) menunjukkan bahwa hampir semua pria mengetahui cara keluarga berencana sedikitnya mengetahui cara keluarga berencana (97%). 96 persen mengetahui satu jenis alat/cara keluarga berencana modern dan 37% mengetahui alat atau cara keluarga berencana tradisional. Sedangkan sumber pelayanan keluarga berencana terbanyak ada di Puskesmas (41%) TV adalah sumber informasi keluarga berencana yang dominan dikemukakan pria (50%) dan pria terlihat kurang dalam hal membicarakan aspek keluarga berencana dengan pasangannya 24%. Hal ini menunjukkan bahwa peran suami di dalam keluarga berencana masih kurang., karena secara umum di antara berbagai pernyataan pria tentang sikap dalam keluarga berencana, yang menonjol adalah keluarga berencana merupakan urusan wanita. Pernyataan ini juga sama dikemukakan oleh SDKI (2011–2012) bahwa keputusan berkeluarga berencana masih kurang yaitu 68% ditentukan secara bersama-sama antara suami dengan istri. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan keikutsertaan suami dalam mengambil keputusan dalam ber KB bagi istrinya tapi tidak dilibatkannya suami sebagai salah satu pihak yang berkepentingan justru membuat mereka miskin informasi sehingga dapat merintangikan pemenuhan hak reproduksi wanita. Oleh karena itu perlu adanya perubahan perilaku dari para suami dan sebagai petugas kesehatan kita sebaiknya memberikan konseling dan menyediakan sarana dan prasarana bagi para suami sehingga mereka bisa memutuskan bersama-sama dengan istri dalam pengambilan keputusan ber KB.

### Alat Kontrasepsi yang Menjadi Pilihan Ibu Nifas

Jenis alat kontrasepsi terbanyak yang menjadi pilihan adalah suntik (60%), IUD (27,5%), Implant (10%), MOW (2,5%), sedangkan pil tidak menjadi pilihan. Menurut Republika Online metode keluarga berencana yang

dominan dipakai adalah suntik pil, sedangkan pemakaian IUD relatif rendah. MOW masih jarang dipilih, sebab dengan memilih alat kontrasepsi ini seseorang tidak bisa lagi memiliki anak.

Menurut Saifudin (2006) keberhasilan dalam keluarga berencana tidak lepas dari perannya partisipasi dari semua pihak, dimana peranan laki-laki (suami) secara langsung maupun tidak langsung sangat penting, karena suami lebih dominan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga terutama untuk menentukan apakah istrinya boleh mengikuti keluarga berencana atau tidak.

Apabila suami dan istri bersama-sama dalam mengambil keputusan untuk ber KB maka hak istri akan kesehatan reproduksi akan terpenuhi dan tidak akan sembunyi-sembunyi dalam ber KB.

### Hubungan antara Peran Suami dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi yang Dipakai Ibu Nifas

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang kuat antara peran suami dengan pemilihan metode kontrasepsi yang dipakai ibu nifas yaitu pada suami berperan dengan metode IUD 37,04 persen, suntik 44,44 persen, implant 14,81 persen, MOW 3,70 persen. Sedangkan pada suami yang tidak berperan IUD 7,64 persen, suntik 44,44 persen. Menurut Hanafi (2004) keadaan yang paling ideal adalah bahwa istri dan suami harus bersama-sama dalam memilih metode kontrasepsi terbaik, saling kerja sama dalam pemakaian alat kontrasepsi, sehingga tanda-tanda bahaya pemakaian kontrasepsi bisa dipahami bersama.

Menurut Departemen Agama RI (2006) bahwa pelaksanaan keluarga berencana hendaknya menggunakan cara kontrasepsi yang tidak dipaksa dan tidak bertentangan dengan hukum syariat Islam (bagi yang beragama Islam) dan disepakati oleh suami istri, sehingga tercipta suatu rumah tangga yang harmonis dan tidak ada lagi penolakan suami terhadap kontrasepsi yang digunakan istri, juga tidak ada lagi istri yang terpaksa menggunakan alat kontrasepsi yang dipikirkan suami.

## PENUTUP

### Kesimpulan

Peran suami dalam menyarankan untuk memakai alat kontrasepsi bagi ibu nifas yaitu 27 suami (67,5%) menyatakan berperan dan 13 suami (32,5%) menyatakan tidak berperan dalam pemilihan alat kontrasepsi bagi ibu nifas.

Alat kontrasepsi yang menjadi pilihan ibu nifas di Puskesmas Sukomoro, Kecamatan Sukomoro, Kabupaten Nganjuk pada tribulan II tahun 2014 adalah suntik (60%), IUD (27,5%), Implant (10%) dan MOW (2,5%).

Ada hubungan yang signifikan/bermakna antara peran suami dengan metode kontrasepsi yang dipilih ibu nifas dengan tingkat hubungan sedang (Krobal  $\alpha$  0,419) pada interval koefisiensi antara 0,400–0,599.

**Saran****Tempat Penelitian**

Diharapkan Di BPM (Bidan Praktek Mandiri) Desa Jabon Kabupaten Jombang dapat menetapkan kerjasama dan menerapkan secara menyeluruh serta memberikan pelayanan kesehatan yang baik khususnya pelayanan keluarga berencana, dimana konseling perlu ditingkatkan dengan melibatkan suami sehingga mereka tidak miskin informasi tentang keluarga berencana. Perlu adanya dukungan sarana, prasarana dan fasilitas keluarga berencana yang memadai.

**Suami/Masyarakat**

Menambah wawasan tentang kesehatan reproduksi baik melalui petugas kesehatan, media cetak, maupun media elektronik.

Menggunakan koping mekanisme yang baik dalam menyelesaikan setiap permasalahan yang ada terutama yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi.

**Bagi Peneliti**

Hendaknya peneliti lebih banyak membaca literature untuk memperkaya daftar pustaka sehingga isi karya tulis ilmiah lebih baik.

Memperbanyak jumlah sample penelitian agar di peroleh hasil yang lebih akurat.

**Institusi Pendidikan**

Diharapkan institusi pendidikan memberi rangsangan intelektual dan masukan yang berguna berdasarkan pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki

Diharapkan penelitian ini dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Anonim, 2002. *Kapita Selekta Pengetahuan Agama Islam*, Departemen Agama RI, Jakarta.
2. Anomin, Minggu, 30 Maret 2014, 10.00WIB, [www.bkkbn.go.id/artikel.ht](http://www.bkkbn.go.id/artikel.ht).
3. Anomin, 2010. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kontrasepsi*, Jakarta.
4. Anomin, 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta.
5. Arikunto, 2002. *Prosedur Penelitian*, Rineka Cipta, Jakarta.
6. Depkes RI, 2001. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dalam Konteks Keluarga*, Jakarta.
7. Friedman, M. Marilyn, 2004. *Keperawatan Keluarga*, EGC, Jakarta.
8. Hartanto, Hanafi, 2004. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
9. Keliat, Budi Anna, 2002. *Gangguan Konsep Diri*, EGC, Jakarta.
10. Mahli Sahli, 2003. *Menuju Rumah Tangga Bahagia*, Jakarta.
11. Nursalam, 2001. *Konsep dan Penerapan, Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Surabaya.
12. -----, 2003. *Konsep dan Penerapan, Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Surabaya.
13. Notoadmodjo, Soekidjo, 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
14. -----, 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
15. Prawiroharjo S, 2006. *Ilmu Kandungan*, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta.

# Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan Penggunaan Leaflet terhadap Pengetahuan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Siswa SD

Sulistyo Dewi W.R dan Nanang Muhibuddin  
STIKES Bhakti Mulia Pare Kediri  
Jl. Matahari No. 1 Puhrejo Tulungrejo Pare Kediri  
Telp (0354) 395455

## ABSTRAK

Era globalisasi menyebabkan informasi mudah di akses sehingga berpengaruh pada pengetahuan dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Sekolah merupakan salah satu sasaran dalam dalam program promosi kesehatan selain rumah tangga dan tempat kerja. Di Kabupaten Kediri sebagian besar siswa SD masih rendah pengetahuan tentang kesehatan dan belum berperilaku hidup bersih dan sehat secara optimal. Perbedaan pengetahuan dan perilaku hidup bersih dan sehat siswa SD sebelum di lakukan pendidikan kesehatan dan mengetahui perbedaan pengetahuan dan perilaku hidup bersih dan sehat siswa setelah di lakukan promosi kesehatan sehingga dapat di ketahui pengaruh penyuluhan kesehatan antara metode ceramah dengan menggunakan leaflet terhadap pengetahuan dan perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa SD. Penelitian ini dilaksanakan di SDN Sumberbendo 2 Pare Kediri. menggunakan metode Experimen kuasi dengan rancangan One group Pre-Post Tes Design. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa SDN Sumberbendo 2 Pare Kediri berjumlah 120 siswa. Teknik sampling yang di gunakan adalah Limited sampling. Sample yang di ambil sebanyak 30 responden dari kelas V dan VI. Variabel yang di teliti Variabel bebas penyuluhan kesehatan dan variabel terikatnya adalah pengetahuan dan PHBS. teknik pengumpulan data dengan data primer dan data sekunder. Hasil penelitian di analisa dengan Uji t 2 sampel berpasangan (Paired Sample T Test) dengan bantuan program SPSS. Menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan kesehatan ditunjukkan dengan nilai  $p < 0.001$  dan terdapat perbedaan pengaruh yang signifikan antara variabel perilaku hidup bersih dan sehat sebelum dan sesudah promosi kesehatan di tunjukan dengan nilai  $p = 0,000$ . Ada pengaruh penyuluhan kesehatan antara metode ceramah dengan menggunakan leaflet terhadap pengetahuan dan perilaku hidup bersih dan sehat yaitu penyuluhan dengan metode ceramah disertai leaflet sangat efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan PHBS siswa SD.

**Kata kunci:** Penyuluhan kesehatan, pengetahuan dan PHBS

## ABSTRACT

Globalization Era makes easier to get information so that it influences Science and behavior on clean and healthy life. Department healthy promotes about healthy program not only to people from houses to houses but also students of school. At Kediri Regency, almost elementary student have a poor knowledge on behavior on clean and healthy life. To know the differences about science and behavior of clean and Healthy life before and after getting information and to know about influences healthy information by using speech and leaflet on science and behavior on clean and healthy life on student of State Elementary School Sumberbendo 2 Pare Kediri. This Research used Quasy Experiment Method by designed one group pre-post test design. Population in this research is all student of State Elementary School Sumberbendo 2 Pare Kediri: 120 student. Technique sampling by using limited sampling. It takes 30 respondent from grade V and VI. Variable used is free Variable in healthy information and bounded variable in science and Behavior of clean and healthy life. Technique of collecting data by primary data and secondary data. The result of research analyzed by Paired Sample T test by using SPSS. Showing that healthy information get significant influences between variable science before and after getting and healthy information by value  $p < 0.001$  and there gets significant influences between behavior of clean and healthy life, before and after getting healthy information by value  $p = 0.000$ . There were influences from healthy information between speech method and leaflet on science and behavior of clean and healthy life. Speech method combined by leaflet is too effective to increase science and changing behavior on clean and healthy life.

**Key words:** Healthy Information. Science and Behavior of Clean and Healthy Life

## PENDAHULUAN

Derajat kesehatan merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia, dengan demikian pembangunan kesehatan memegang peranan penting dalam pembangunan. Derajat kesehatan sendiri sangat dipengaruhi oleh

perilaku sehingga untuk meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) perlu memperoleh perhatian terutama kesadaran masyarakat untuk ikut serta dalam melaksanakan dan mengembangkan program PHBS demi tercapainya pembangunan kesehatan (Depkes RI, 2003).

Masalah perilaku manusia menyangkut kebiasaan, budaya dan masalah lain yang tidak mudah diatasi.

Untuk itu perlu peningkatan kesadaran dan kepedulian masyarakat untuk mencapai hidup sehat. Faktor perilaku dan lingkungan mempunyai peranan yang besar dalam peningkatan kualitas kesehatan yang optimal. Perilaku masyarakat yang dirumuskan dalam Indonesia Sehat 2010 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya masyarakat mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes RI, 2003).

Salah satu tatanan PHBS yaitu sektor sekolah yang merupakan suatu tempat untuk menimba ilmu pengetahuan yang di dalamnya terdapat kegiatan yang terencana melalui proses timbal balik antara belajar dan mengajar. Sekolah merupakan lembaga pendidikan formal yang secara sistematis melaksanakan program bimbingan, pengajaran, dan latihan dalam rangka membantu siswa agar mampu mengembangkan potensinya baik yang menyangkut aspek moral, spiritual, intelektual dan sosial. Mengenai peranan sekolah dalam mengembangkan kepribadian anak dijelaskan bahwa sekolah merupakan faktor penentu bagi perkembangan kepribadian anak (siswa) baik dalam cara berpikir, bersikap maupun cara berperilaku (Yusuf, 2002).

Pada era globalisasi seperti sekarang ini, anak dapat dengan mudah mendapatkan berbagai informasi tentang perilaku hidup yang baik atau buruk. Jika tidak dilakukan pengarahan atau pemberian penyuluhan kesehatan tentu akan memengaruhi perilaku anak. Peran sekolah dalam pelaksanaan program PHBS dapat memberi wujud yang nyata karena merupakan sasaran yang sudah terorganisir dengan baik, selain itu murid sekolah sangat mudah menerima informasi untuk menciptakan PHBS. Untuk itu, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan upaya pemerintah untuk mempersiapkan generasi penerus yang sehat, cerdas, tangguh dan produktif. Tugas menyiapkan tenaga-tenaga seperti yang telah penulis ungkapkan di atas diserahkan kepada sekolah di mana sekolah merupakan pendidikan dasar pembentukan sikap dan perilaku anak untuk ke jenjang berikutnya. Pemerintah telah menuangkan dalam UU Kesehatan Tahun 1992 pasal 45, ditegaskan bahwa kesehatan sekolah juga diarahkan untuk memupuk kebiasaan hidup sehat agar memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat serta aktif berpartisipasi dalam usaha peningkatan kesehatan, baik di sekolah, rumah tangga maupun dalam lingkungan masyarakat.

Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang kritis karena pada usia tersebut rentan terkena berbagai masalah kesehatan. Hal ini memerlukan perhatian baik secara teknik perawatan, pengetahuan, pemberian informasi dan pemantauan perilaku hidup sehat. Pengembangan perilaku sehat ini ditujukan untuk membiasakan hidup bersih dan sehat pada anak dan

sebaiknya dilakukan sedini mungkin karena kebiasaan yang ditanamkan akan berpengaruh terhadap perilaku sehat anak tahap selanjutnya (Notoatmojo, 2003).

Perubahan perilaku melalui pemberian informasi, penyuluhan kesehatan memerlukan waktu yang lama. Hal ini disebabkan tidak hanya sekedar melibatkan perubahan aktivitas motorik, melainkan menyangkut perubahan konsep kesehatan dan pengetahuan, sikap terhadap tindakan yang dianjurkan. Proses perubahan perilaku dengan penyuluhan kesehatan walaupun memerlukan waktu yang lama tetapi pada akhirnya terjadi perubahan yang menetap, oleh karena individu merasakan sendiri adanya kebutuhan untuk berperilaku sehat (Notoatmojo, 2003).

Salah satu upaya untuk itu dapat menggunakan *leaflet*. *Leaflet* merupakan produk dokumentasi dan komunikasi yang menyediakan pengenalan dan gambaran mengenai sebuah organisasi atau kegiatan. Sebuah *leaflet* bisa menggunakan untuk mempromosikan LSM/ organisasi berbasis masyarakat dengan kegiatannya, mempublikasikan layanan atau kegiatan, dan berkomunikasi dengan pesan yang spesifik, berisi laporan singkat dan informasi yang jelas untuk menyediakan gambaran yang jelas dan sederhana ketimbang deskripsi yang mendetail. Bisa ditujukan kepada khalayak luas (seperti masyarakat umum) atau komunitas khusus (seperti donor), berisi pesan singkat karena biasanya tidak lebih dari dua halaman kertas A4.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di SDN Sumberbendo 2 Pare Kediri didapatkan pelaksanaan program UKS dalam 2 tahun terakhir kurang aktif, tidak berjalannya pembinaan dokter kecil, pakaian kurang rapi, banyaknya siswa yang malas berolahraga serta kebiasaan siswa yang membuang sampah di sembarang tempat, ada beberapa anak yang susah untuk diminta gosok gigi, tidak mau mencuci tangan sebelum makan, pendampingan anak yang tidak optimal sehingga kontrol terhadap kebersihan diri siswa kurang. Keadaan ini tampak nyata pada anak yang masih duduk di Sekolah Dasar (SD). Selain unsur perilaku, ketika beberapa siswa ditanya tentang PHBS didapatkan jawaban yang tidak memuaskan. Kemungkinan disebabkan rendahnya pengetahuan, PHBS tidak dapat berjalan dengan optimal.

Dalam penelitian ini, penulis memilih kelas V dan VI sebagai sampel penelitian, karena siswa kelas V dan VI sudah cukup bersosialisasi dan beradaptasi dengan lingkungan sekolah. Bila dilihat dari teori Piaget tentang teori perkembangan kognitif, kelas I–VI termasuk dalam stadium operasional kongkrit (7–11 tahun) yang ditandai oleh desentrasi yang besar, artinya anak sudah mampu untuk memperhatikan lebih dari satu dimensi sekaligus, anak mampu melakukan aktivitas logis tetapi dalam situasi yang kongkrit (Yusuf, 2002).

Anak usia sekolah (6–12 tahun) kadang disebut sebagai masa anak pertengahan yang mempunyai kemampuan untuk menghasilkan hasil yang bernilai

sosial seperti pekerjaan yang baik. Pada masa ini perkembangan kognitif dan fisik sangat memengaruhi perkembangan ke tahap berikutnya, di mana anak akan tumbuh menjadi dewasa. Oleh karena itu perhatian dari orang tua serta lingkungan sangat diperlukan dalam membantu pertumbuhan dan perkembangan anak (Yusuf, 2002).

Masa anak merupakan masa perlekatan landasan yang pokok yang akan menjadi sumber daya insani dan model pembangunan bangsa. Pengembangan perilaku sehat ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup bersih dan sehat pada anak dan sebaiknya dilakukan sedini mungkin karena kebiasaan yang ditanamkan akan berpengaruh terhadap perilaku sehat anak tahap selanjutnya (Yusuf, 2002). Oleh karena itu sangatlah penting untuk diselenggarakan penyuluhan kesehatan tentang PHBS untuk meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku siswa ke arah PHBS.

#### JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen kuasi dengan rancangan *One-group pretest-posttest design*. Prosedur dalam melaksanakan percobaan dengan desain di atas adalah sebagai berikut:

1. Peneliti menentukan sampel dari populasi yang di teliti.
2. Melaksanakan pre test pengetahuan dan observasi tentang perilaku Hidup bersih dan sehat.
3. Dilakukan perlakuan dengan memberi penyuluhan dengan menggunakan metode ceramah dan leaflet.
4. Mengadakan post test pengetahuan dan observasi PHBS.
5. Kemudian dicari perbedaan mean pengukuran sebelum dan sesudah penyuluhan dan perbedaan ini dianggap disebabkan oleh perlakuan.

Hal ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$O_1$	X	$O_2$
-------	---	-------

Keterangan:

$O_1$  = nilai pengetahuan dan perilaku sebelum penyuluhan

X = penyuluhan dengan metode ceramah dan leaflet

$O_2$  = nilai pengetahuan dan perilaku sesudah penyuluhan

Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah siswa SDN Sumberbendo 2 Pare Kediri yang berjumlah 120 siswa. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah

siswa kelas V dan Kelas VI SDN Sumberbendo 2 pare Kediri dengan jumlah 30 responden. Penentuan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.

#### Kriteria inklusi:

- a. Anak-anak usia 10–13 tahun yang duduk di sekolah dasar.
- b. Belum pernah mendapat promosi kesehatan PHBS dari petugas kesehatan dalam jangka waktu minimal 6 bulan terakhir.
- c. Bersedia menjadi responden dan ikut dalam penelitian.

#### HASIL PENELITIAN

##### Pengetahuan Sebelum Penyuluhan

Berdasarkan tabel 1 diatas diketahui persentase skor tertinggi ada pada skor 31–32, skor 29–30 dan skor 23–24 yaitu masing-masing 5 responden (16,7%). Adapun rata-rata skor pengetahuan tentang PHBS sebelum penyuluhan adalah 30,4 dengan nilai median 30,5, standar deviasi 4,9 dengan skor minimum 23 dan r maksimum 39. Lebih jelasnya data dapat dilihat pada histogram di bawah ini.

##### Pengetahuan Sesudah Penyuluhan

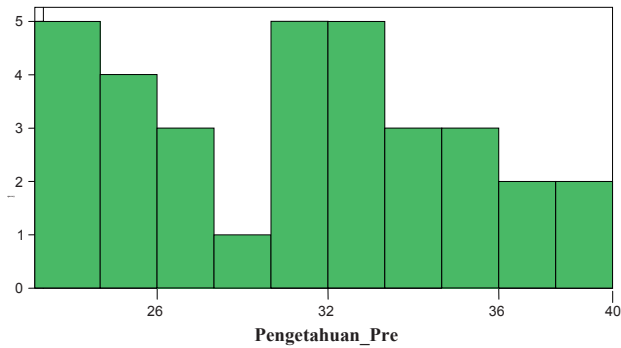
Hasil analisis pengetahuan tentang PHBS sesudah penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Leaflet disajikan dalam tabel di bawah ini.

Berdasarkan tabel 2 diatas diketahui persentase tertinggi adalah skor 37–38 yaitu sebanyak 7 responden (23,3%) dengan rata-rata skor pengetahuan tentang PHBS sesudah penyuluhan adalah 33,8, dengan median 34, standar deviasi 3,7 dengan skor minimum 25 dan skor maksimum 40.

**Tabel 1.** Pengetahuan tentang PHBS Sebelum Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Leaflet

No.	Skor Pengetahuan Pre	f	%
1	39–40	2	6,7
2	37–38	2	6,7
3	35–36	3	10,0
4	33–34	3	10,0
5	31–32	5	16,7
6	29–30	5	16,7
7	27–28	1	3,3
8	25–26	4	13,3
9	23–24	5	16,7
Total		30	100

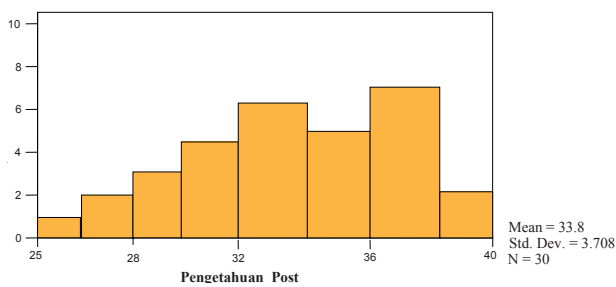




**Gambar 1.** Histogram Pengetahuan tentang PHBS Sebelum Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan *Leaflet*.

**Tabel 2.** Pengetahuan tentang PHBS Sesudah Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan *Leaflet*

No.	Skor Pengetahuan Post	f	%
1	39-40	2	6,7
2	37-38	7	23,3
3	35-36	5	16,7
4	33-34	6	20,0
5	31-32	4	13,3
6	29-30	3	10,0
7	27-28	2	6,7
8	25-26	1	3,3
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>



**Gambar 2.** Histogram Pengetahuan tentang PHBS Sesudah Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan *Leaflet*.

Lebih jelasnya sebaran data dapat dilihat pada histogram di bawah ini.

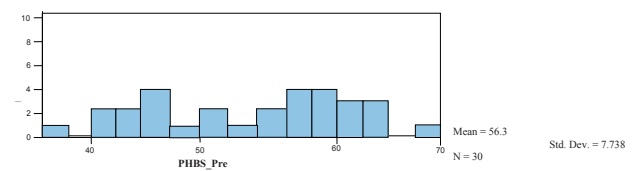
**PHBS Sebelum Penyuluhan**

Hasil analisis PHBS sebelum penyuluhan dengan metode ceramah dan *leaflet* disajikan dalam tabel di bawah ini.

Berdasarkan tabel 3 di atas diketahui persentase tertinggi dari skor PHBS 49-50, skor 59-60 dan skor 61-62 yaitu masing-masing 4 responden (13,3%) dengan

**Tabel 3.** PHBS Sebelum Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan *Leaflet*

No.	Skor PHBS Pre	f	%
1	69-70	1	3,3
2	67-68	0	0,0
3	65-66	3	10,0
4	63-64	3	10,0
5	61-62	4	13,3
6	59-60	4	13,3
7	57-58	2	6,7
8	55-56	1	3,3
9	53-54	2	6,7
10	51-52	1	3,3
11	49-50	4	13,3
12	47-48	2	6,7
13	45-46	2	6,7
14	43-44	0	0,0
15	41-42	0	0,0
16	39-40	1	3,3
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>



**Gambar 3.** Histogram PHBS Sebelum Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan *Leaflet*.

rata-rata skor PHBS sebelum penyuluhan adalah 56,3, median 58,5, standar deviasi 7,7 dengan skor minimum 39 dan skor maksimum 70.

Lebih jelasnya sebaran data dapat dilihat pada histogram di bawah ini.

**PHBS Sesudah Penyuluhan**

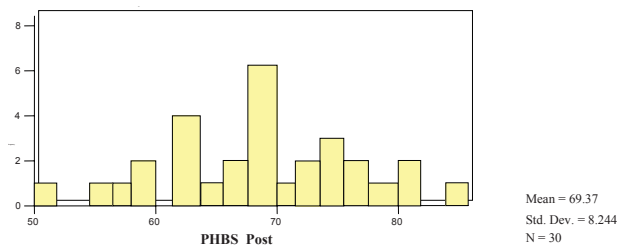
Berdasarkan tabel 4 di atas diketahui persentase tertinggi skor PHBS sebesar 69-70 yaitu sebanyak 6 responden (20%) dengan rata-rata skor PHBS sesudah penyuluhan adalah 69,4, median 69, standar deviasi 8,2 dan skor minimum 50 dan skor maksimum 85. Lebih jelasnya data dapat dilihat pada histogram di bawah ini.

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan tabel 4 diketahui ada perbedaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) siswa sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan kesehatan pada siswa SDN Sumberbendo 2 Pare Kediri (p = 0,000). Ada pengaruh penyuluhan kesehatan sehingga terjadi perubahan PHBS

Tabel 4. PHBS Sesudah Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Leaflet

No	Skor PHBS Post	F	%
1	85–86	1	3,3
2	83–84	0	0,0
3	81–82	2	6,7
4	79–80	1	3,3
5	77–78	2	6,7
6	75–76	3	10,0
7	73–74	2	6,7
8	71–72	1	3,3
9	69–70	6	20,0
10	67–68	2	6,7
11	65–66	1	3,3
12	63–64	4	13,3
13	61–62	0	0,0
14	59–60	2	6,7
15	57–58	1	3,3
16	55–56	1	3,3
17	53–54	0	0,0
18	51–52	0	0,0
19	49–50	1	3,3
Total		30	100



Gambar 4. Histogram PHBS Sesudah Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Leaflet.

yang lebih baik.

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmojo, 2003: 114). Sedangkan perilaku hidup bersih dan sehat atau PHBS adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (*advokasi*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

Masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri terutama dalam tatanan masing-masing dan masyarakat dapat menerapkan cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara dan meningkatkan

kesehatannya (DepKes RI, 2002). Bagi anak sekolah dikenal dengan PHBD tatanan sekolah atau pendidikan. Perilaku yang diajarkan antara lain kebersihan pribadi, tidak merokok, olah raga teratur, tidak menggunakan napza, lingkungan, penggunaan jamban, air bersih, tempat sampah, pembuangan air limbah, ventilasi, kepadatan, warung sehat, UKS, taman sekolah. Perilaku demikian dipengaruhi banyak factor. Menurut Green dipengaruhi faktor pendahulu (*predisposing factors*) seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, persepsi dan beberapa macam faktor demografi, yaitu: status ekonomi, sosial, umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan. Faktor pendukung (*enabling factors*) merupakan kemampuan atau sumber daya individu atau masyarakat yang dapat membantu atau memungkinkan seseorang untuk dapat melakukan perilaku tertentu seperti keterampilan, fasilitas, finansial, aksesibilitas ke pelayanan kesehatan atau sumber daya individu atau masyarakat, tidak mendapatkan perlindungan asuransi kesehatan, atau adanya perlindungan hukum. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan penghargaan atau umpan balik yang diterima oleh individu atau masyarakat sesudah melakukan perilaku baru seperti sikap dan perilaku dari petugas kesehatan, keluarga atau orang di sekitarnya.

Didapatkannya perbedaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) siswa sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan kesehatan disebabkan perilaku termasuk PHBS juga dipengaruhi oleh faktor pengetahuan yang bias didapat dari penyuluhan. Hal ini sesuai dengan pendapat Steward (Effendy, 1995) yang menjelaskan bahwa penyuluhan merupakan unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2003) “Pengetahuan yang diperoleh melalui penyuluhan atau apa pun akhirnya dapat berpengaruh terhadap perilaku seseorang termasuk PHBS”. Jadi jelas sangat berbeda jika dibandingkan dengan sebelum penyuluhan di mana seseorang tidak memiliki dasar pengetahuan mengenai PHBS sama sekali maka secara teknis merasa tidak perlu dan memang tidak mengetahui jika harus berperilaku sesuai konsep PHBS tersebut. Sebaliknya sesudah penyuluhan seseorang telah mengetahui tujuan, manfaat dan berbagai perilaku teknis sesuai konsep PHBS yang harus diikuti atau dilaksanakan mengingat responden telah memahami tujuan dan manfaat bagi dirinya jika melaksanakan PHBS.

## KESIMPULAN

1. Penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan penggunaan leaflet efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang PHBS pada siswa SD. Hal ini

ditunjukkan dengan adanya perbedaan pengetahuan antara sebelum penyuluhan kesehatan dengan setelah penyuluhan kesehatan ( $p < 0,001$ ).

2. Penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan penggunaan leaflet efektif untuk mengubah perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa SD. Hal ini ditunjukkan dengan adanya perbedaan perilaku hidup bersih dan sehat siswa sebelum dan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan ( $p = 0,000$ ).
3. Penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan penggunaan leaflet efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa SD.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. N. Effendy. **Keperawatan Kesehatan Masyarakat**, EGC, 1997.
2. I. Malkiwi dkk. **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**, Dirjen Promkes & Dirjen Kesehatan Masyarakat, 2000.
3. J. Dua dan Sonny Keraf. **Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis**, Kanisius, 2011.
4. Kencana, **Peran Komponen-Komponen Penyuluh Kesehatan Gigi Terhadap Perubahan Perilaku Siswa SD**, 2011.
5. S. Yusuf, **Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja**, PT Remaja Rosdakarya Offset, 2002.
6. Efendi, **Perilaku Hidup Sehat, Intensitas Infeksi Cacing Usus dan Status Gizi Siswa Sekolah Dasar di Kecamatan Indra Jaya Kabupaten Pidie Nangroe Aceh Darussalam**, 2002.
7. U Suliha dkk, **Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan**, EGC, 2002.
8. Erawan, **Peranan Promosi Kesehatan pada Guru Olahraga terhadap pencegahan Dini Skoliosis pada murid SD**, 2002.
9. B Walgito, **Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)**, Andi, 2003.
10. Notoatmodjo, **Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku**, Rineka Cipta., 2003.
11. Depkes RI, **Pedoman Advokasi Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Depkes RI**, Pusat Promosi Kesehatan, 2003.
12. Sunaryo, **Psikologi untuk Keperawatan**, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004.
13. S Manda, Nurahmi, Wahida, **Pedoman Pengembangan Kabupaten/ Kota Percontohan Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**, Dinkes Prop. Sulsel, 2006.
14. Mundakir, **Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan**, Graha Ilmu, 2006.
15. Perry Potter, Susan A. Hanser Jeffers, **Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, proses dan Praktik)**, Edisi 4, EGC, 2006.
16. Depkes RI, **Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga Melalui Tim Penggerak PKK**, Pusat Promkes & Tim Penggerak PKK Pusat, 2006.
17. Anonim, **Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni**. Rineka Cipta, 2007.
18. W. Chayatin Mubarak, Rozikin, K, Supradi, **Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan**, Graha Ilmu, 2007.
19. Caray, **Pengertian Pekerjaan**, 2008. Tersedia di: <http://makalahdanskripsi.blogspot.com/2008/08/pengertian-pekerjaan.html>
20. Fitri, **Pengertian Pendidikan**, 2008. Tersedia di: <http://duniapsikologi.dagdigdug.com/2008/11/27/pengertian-pendidikan/>
21. Spektra, **Panduan UKS dan Dokter Kecil (Suplemen Pendidikan Jasmani dan Kesehatan)**, Spektra, Departemen Pendidikan, Departemen Kesehatan dan Unilever, 2008.
22. O Hamalik, **Manajemen Pengembangan Kurikulum**, PT Remaja Rosdakarya, 2008.
23. Suryani dan Machafoedz, **Pendidikan dan Promosi Kesehatan**, Fitramaya, 2009.
24. Machfoedz dan Suryani, **Pendidikan dan Promosi Kesehatan**, Fitramaya, 2009.
25. Oym, **Pengertian Minat**, 2009. Tersedia di: <http://qym7882.blogspot.com/2009/03/pengertianminat.html>
26. W Mubarak dan Chayatin, **Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi**, Salemba Medika, 2009.
27. H Wahyuningsih, Ircham, Indriyani, A., Santi, M, **Dasar-Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan**, Penerbit Fitramaya, 2009.
28. Depkes RI, **Panduan Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Tatanan Rumah Tangga Bagi Petugas Puskesmas**, Pusat Promkes, 2009.
29. L. Roni S. Sya'roni Indarwono, Agus Dharmawan, Uky Dhian P., Dian Indrinato dan Elly Nursanti, **Modul Desa Sehat Jawa Timur**, Tim Kreatif Spektra, 2010.
30. Anonim, **Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku**, Rineka Cipta, 2010.
31. Anonim, **Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi**, Rineka Cipta, 2010.
32. Wawan dan Dewi, **Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia**, Nuha Medika, 2011.

# Hubungan Umur dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini Ditinjau dari Paritas Ibu di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo

(Agerelation Ships with Premature Rupture of Membranes Genesis Judging from Parity Mother of RS Rahman Rahim Sidoarjo)

Vidia Atika Manggiasih  
Akbid Mitra Sehat Sidoarjo

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Ketuban pecah dini dapat disebabkan oleh beberapa faktor: Karakteristik ibu (umur, paritas dan pekerjaan), Polihidramnion (cairan ketuban berlebih), Inkompetensi serviks (leher rahim), Kehamilan kembar, Kelainan atau kerusakan selaput ketuban (korio amnionitis), Trauma. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan usia dengan kejadian ketuban pecah dini ditinjau dari paritas ibu bersalin di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo Tahun 2013. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah kuantitatif yang menggunakan metode non eksperimen. Sampel yang dipakai sebanyak 120 ibu bersalin. Instrumen penelitian ini adalah berupa dokumen rekam medis. Analisis data menggunakan uji Regresi multinomial. **Hasil:** Pada penelitian ini menunjukkan bahwa: 1) Variabel umur ibu bersalin berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini dengan nilai sig 0,021 ( $< 0,05$ ), 2) variabel paritas ibu bersalin berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini dengan nilai sig 0,007 ( $> 0,05$ ), 3) variabel umur dan paritas dilihat dari nilai Nilai Nagelkerke Square Pseudo R-Square Nagelkerke nilainya 34,7% mengandung arti bahwa variabel-variabel independen yaitu umur dan paritas secara serempak (simultan) mampu menjelaskan dan berhubungan sebesar 34,7% dengan kejadian KPD. **Kesimpulan:** Pada penelitian ini kesimpulannya yaitu Ada hubungan yang signifikan umur dengan kejadian ketuban pecah dini ditinjau dari paritas ibu bersalin berarti semakin tua umur dan semakin banyak paritas ibu maka semakin resiko terjadi ketuban pecah dini pada ibu bersalin.

**Kata kunci:** umur, paritas, kejadian ketuban pecah dini

## ABSTRACT

**Background:** premature rupture can be caused by several factors: maternal characteristics (age, parity and occupation), Polyhydramnios (excess amniotic fluid), cervical incompetence (the cervix), twin pregnancy, disorders or damage to the membranes (korio amnionitis), Trauma. The purpose of this study was to knowing the relationship of age to the incidence of premature rupture of membranes in terms of maternal parity Hospital Rahman Rahim Sidoarjo in 2013. **Methods:** This study is a quantitative non-experimental methods. Samples were used as much as 120 maternal. This research instrument is a medical record documents. Data analysis using multinomial regression test. **Results:** In this study show that: 1) maternal age variables associated with the incidence of premature rupture of membranes with sig 0.021 ( $< 0.05$ ), 2) maternal parity variables associated with the incidence of premature rupture of membranes with sig 0.007 ( $> 0.05$ ), 3) the variables of age and parity seen from the value Nagelkerke Square Nagelkerke Pseudo R - Square value of 34.7 % implies that the variables - independent variables are age and parity simultaneously (simultaneous) were able to explain and relate to the incidence of 34.7 % KPD. **Conclusion:** In this study the conclusion that There is a significant association of age with premature rupture events in terms of parity, maternal age and getting older means getting a lot of parity mothers then semain risk of premature rupture of the maternal.

**Key words:** age, parity, the incidence of premature rupture of membranes

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu melahirkan di Indonesia saat ini masih cukup tinggi yaitu mencapai 228 per 100.000 kelahiran. Padahal berdasarkan Sasaran Pembangunan Milenium atau Millenium Development Goal (MDG). Kematian ibu melahirkan ditetapkan pada angka 103 per 100.000 kelahiran Demikian disampaikan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Linda Amalia Sari Gumelar saat membuka seminar Perempuan mendukung MDG di Denpasar, Bali pada Rabu pagi (Salibi, 2010).

Ketuban pecah dini merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering dijumpai. Insiden ketuban

pecah dini dilaporkan bervariasi dari 6–10%, di mana sekitar 20% kasus terjadi sebelum memasuki masa gestasi 37 mg. Sekitar 8-10% pasien ketuban pecah dini memiliki risiko tinggi infeksi intra uterine akibat interval antara ketuban pecah dan persalinan yang memanjang.

Sumber data di ruang bersalin Rumah Sakit Rahman Rahim bulan Januari–April 2013 jumlah persalinan 60 orang yang mengalami ketuban pecah dini 18 orang (30%), yang tidak mengalami ketuban pecah dini 42 orang (70%). Dari 18 pasien KPD yang berumur  $< 20$  dan  $> 35$  tahun 8 orang (44,4%) dan 10 orang (55,6%) berumur 20–35 tahun, paritas 2–3 8 orang (44,4%) dan paritas 1 dan  $\geq 4$  10 orang (55,6%). Sehingga masih banyak ibu yang mengalami ketuban pecah dini

dibandingkan dengan angka insiden ketuban pecah dini yaitu 6–10%.

Ketuban pecah dini dapat disebabkan oleh beberapa faktor: Karakteristik ibu (umur, paritas dan pekerjaan), Polihidramnion (cairan ketuban berlebih), Inkompetensi serviks (leher rahim), Kehamilan kembar, Kelainan atau kerusakan selaput ketuban (korio amnionitis), Trauma (anwar, 2008).

Umur dan paritas dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini karena kedua faktor tersebut berhubungan langsung dengan kemampuan alat reproduksi. Ibu yang hamil pada usia muda (< 20 tahun). Sering terjadi penyakit/komplikasi bayi ibu maupun janin. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, di mana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik. Selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Sedangkan pada ibu dengan usia > dari 35 tahun juga memiliki risiko kesehatan bagi ibu dan bayinya, karena otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi. Sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan dan persalinan. Salah satunya adalah perut ibu menggantung dan serviks mudah berdilatasi sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada multipara dan grande multipara yang disebabkan motilitas uterus yang berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan serviks yang terlalu dini yang mengakibatkan pecahnya selaput ketuban.

Ketuban pecah dini dapat memengaruhi keadaan janin dan ibu. Pada janin dapat mengakibatkan infeksi. Infeksi intra uterine lebih dahulu terjadi sebelum tanda infeksi pada ibu dirasakan. (Mochtar, 1998).

Pengelolaan ketuban pecah dini (KPD) merupakan masalah yang masih kontroversial dalam kebidanan. Pengelolaan yang optimal dan yang baku masih belum ada, selalu berubah. KPD sering kali menimbulkan konsekuensi yang dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi ini antara lain disebabkan karena kematian kurang bulan, dan kejadian infeksi yang meningkat karena partus tak maju, partus lama dan partus buatan sering dijumpai pada pengelolaan kasus KPD terutama pada pengelolaan konservatif (anonym, 2007).

Dalam upaya pencegahan terjadinya ketuban pecah dini. Bidan dapat melakukan deteksi dini dengan melakukan pemeriksaan kehamilan pada ibu untuk memastikan usia kehamilan. Selain itu penyuluhan selama kehamilan juga dapat diberikan, khususnya mengenai pola istirahat ibu dan apa yang harus dilakukan ibu hamil bila didapatkan ketuban pecah sebelum waktunya. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti dapat dilakukan pemeriksaan Ultrasonografi (Anonim, 2007).

Dari uraian diatas oleh karena tingginya kejadian ketuban pecah dini pada umur dan paritas ibu bersalin.

Maka peneliti tertarik untuk meneliti “hubungan kejadian ketuban pecah dini dengan umur ditinjau dari paritas ibu bersalin di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo tahun 2013”.

## KAJIAN PUSTAKA

### Konsep Umur

Menurut Harlock, 1995 Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Usia reproduksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun (Wiknjsatro, 2002). Pada usia ini, alat kandungan telah matang dan siap untuk dibuahi kehamilan pada usia muda (< 20 tahun) sering terjadi penyulit/komplikasi bagi ibu maupun janin. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, di mana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

### Konsep Paritas

Paritas berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun sehingga dapat mengakibatkan kelainan seperti ketuban pecah dini. Oleh karena itu risiko lebih banyak terjadi pada multipara dan grandemultipara yang disebabkan motilitas uterus yang berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (Anonim, 2007).

### Konsep Ketuban Pecah Dini

Umur ibu memengaruhi terjadinya KPD. Pada kelompok umur risiko tinggi < 20 tahun, sering terjadi penyulit/ komplikasi bagi ibu maupun janin yang disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sedangkan pada ibu dengan usia > 35 tahun, keadaan otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi, sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan. Keadaan tersebut dapat menimbulkan berbagai komplikasi, salah satunya adalah terjadinya ketuban pecah dini. Faktor yang memengaruhi ketuban pecah dini adalah berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun, sehingga dapat mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan. Oleh karena itu risiko ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada *multipara* dan *grande multipara* disebabkan motilitas uterus yang berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan serviks yang dini (Anonim. 2007. [www.medlinux.blogspot.com](http://www.medlinux.blogspot.com), 29 mei 2008).

## METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo pada bulan Maret 2013 sampai dengan Januari 2014. Jenis penelitian deskriptif kuantitatif yang menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi adalah seluruh ibu bersalin secara spontan maupun dengan tindakan medis yang ada di Rumah Sakit di rumah sakit rahman Rahim Sidoarjo tahun 2013 yang berjumlah 120 ibu bersalin.

Instrumen menggunakan dokumen berupa rekam medis untuk mengkaji umur, paritas dan kejadian Ketuban Pecah Dini. Pengolahan dan analisis data menggunakan bantuan komputer program SPSS versi 21.0 dengan uji *Regresi Multinomial*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hubungan Umur dengan Kejadian KPD ditinjau dari Paritas Ibu

Hasil uji hipotesis pertama menunjukkan bahwa nilai varia belumur sig 0,021 ( $< 0,05$ ) yang artinya ada hubungan positif umur ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini. Usia reproduksi yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun (Wiknjosatro, 2002). Pada usia ini, alat kandungan telah matang dan siap untuk dibuahi kehamilan pada usia muda ( $< 20$  tahun) sering terjadi penyulit/komplikasi bagi ibu maupun janin. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, di mana rahim belum bisa menahan kehamilan dengan baik, selaput ketuban belum matang dan mudah mengalami robekan sehingga dapat

**Tabel 1.** Tabulasi Silang Hubungan Umur dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini

		Umur		TOTAL
		Aman	Berisiko	
KPD	Tidak KPD	50 (42%)	18 (15%)	68 (57%)
	KPD	17 (14%)	35 (29%)	52 (43%)
Total		67 (36,7%)	53 (63,3%)	120 (100%)

$\alpha = 0,05$   $\lambda = 0,021$

**Tabel 2.** Tabulasi Silang Hubungan Paritas Dengan Kejadian KPD

	Kejadian KPD	Total		
		Tidak KPD	KPD	
Paritas	Aman	47 (39%)	15 (13%)	24 (52%)
	Berisiko	20 (17%)	38 (31%)	36 (48%)
Total		22 (36,7%)	38 (58,3%)	60 (100%)

$a = 0,05$   $\lambda = 0,007$

menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Hal ini merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin, dan dapat mengakibatkan kelahiran prematur, BBLR dan cacat bawaan (Manuaba, 1998).

Hasil uji hipotesis yang kedua menunjukkan bahwa nilai variabel paritas sig 0,007 ( $< 0,05$ ) yang artinya ada hubungan positif paritas ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini. Paritas berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun sehingga dapat mengakibatkan kelainan seperti ketuban pecah dini. Oleh karena itu risiko lebih banyak terjadi pada multipara dan grandemultipara yang disebabkan motilitas uterus yang yang berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat menyebabkan pembukaan serviks terlalu dini yang menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini (Anonim, 2007).

Hasil uji hipotesis yang ketiga yaitu Variable umur dan paritas memiliki nilai pada Pseudo R-Square Nagelkerke 0,347 atau (34,7%) berarti secara serempak (simultan) mampu menjelaskan dan berhubungan sebesar 34,7% dengan kejadian KPD. Ketuban pecah dini (KPD) ialah suatu keadaan di mana selaput ketuban pecah pada kehamilan yang telah viable dan 6 jam setelah itu tidak diikuti dengan terjadinya persalinan (Chrisdiono, 2004). Adapun penyebab ketuban pecah dini adalah karakteristik ibu yang terdiri dari umur, paritas, pekerjaan; hidramnion; inkompetensia serviks; kehamilan ganda; korio amnionitis; trauma. Umur ibu memengaruhi terjadinya KPD. Pada kelompok umur risiko tinggi  $< 20$  tahun, sering terjadi penyulit/komplikasi bagi ibu maupun janin yang disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sedangkan pada ibu dengan usia  $> 35$  tahun, keadaan otot-otot dasar panggul tidak elastis lagi, sehingga mudah terjadi penyulit kehamilan. Keadaan tersebut dapat menimbulkan berbagai komplikasi, salah satunya adalah terjadinya ketuban pecah dini. Paritas terdiri atas *primipara* adalah seorang wanita yang sudah menjalani kehamilan sampai janin mencapai *viabilitas* untuk pertama kalinya dan *multipara* adalah seorang wanita yang sudah menjalani 2 atau lebih kehamilan dan menghasilkan janin sampai tahap *viabilitas* (Bobak, 2004).

Faktor yang memengaruhi ketuban pecah dini adalah berkaitan dengan fungsi organ reproduksi yang sudah menurun, sehingga dapat mengakibatkan kelainan dalam proses persalinan. Oleh karena itu risiko ketuban pecah dini lebih banyak terjadi pada *multipara* dan *grande multipara* disebabkan motilitas uterus yang berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan serviks yang dini.

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa paritas mempunyai peluang lebih besar untuk terjadi KPD dibandingkan dengan umur ibu bersalin. Hal ini dapat dilihat dari nilai OR paritas  $>$  dari nilai OR umur ibu bersalin.

## SIMPULAN

Terdapat hubungan yang positif umur dengan kejadian ketuban pecah dini ditinjau dari paritas ibu. Setelah beberapa variabel penelitian dilakukan uji statistik Regresi logistik multinomial dapat disimpulkan bahwa dengan Paritas yang berisiko mempunyai peluang lebih besar untuk terjadi KPD dibandingkan dengan umur ibu bersalin yang berisiko dan adanya umur dan paritas yang aman dengan arah positif mempunyai peluang lebih kecil untuk terjadi KPD yang berarti semakin aman umur dan paritas ibu maka semakin kecil untuk terjadi ketuban pecah dini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Anonim. 2007. *Ketuban Pecah Dini*. www.medlinux.blogspot.com.
2. Chrisdiono A. 2004. *Prosedur Tetap Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
3. Budijanto, D. 2006. *Metodologi Penelitian*. Surabaya: Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat & Direktorat Bina Kesehatan Keluarga.
4. Danforth. 2002. *Buku Saku Obstetri dan Gynecologi*. Jakarta: Widya Medika.
5. DepKes RI. 2008. *Profil Kesehatan Jawa Timur*. www.dinkesjatim.go.id.
6. Hidayat A. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
7. Hurlock E. 2003. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.
8. Kasdu, D. 2003. *Operasi Caesar Masalah dan Solusinya*. Jakarta: EGC.
9. \_\_\_\_\_. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologidan KB*. Jakarta: EGC.
10. Mochtar R. 1998. *Sipnosis Obstetri Jilid I*. Jakarta: EGC.
11. Notoatmodjo S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
12. Nursalam, 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta. Sagung Seto.
13. Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
14. Rochjati P. 2003. *Rujukan Terencana dalam Sistim Rujukan Paripurna Terpadu Kabupaten/Kota*. Surabaya: Airlangga University Press.
15. Suharsini A. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
16. Surasmi A. 2003. *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*. Jakarta: EGC.
17. Wiknjosastro H. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC
18. Syah, Muhibbin. 2007. *Psikologi Belajar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.