

Katakan Tidak pada Narkoba

SAY NO TO DRUGS



ISBN 978-602-74807-0-4

# PROSIDING

NEO HOTEL

PALANGKA RAYA 16 JULI 2016

## SEMINAR NASIONAL

### 2016

#### PENATALAKSANAAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA BERBASIS KELUARGA

"BAGAIMANA MENCEGAH, MENGOBATI & MEREHABILITASI"

SAY NO TO DRUGS

MELAWAN NARKOBA &

SAY NO TO DRUGS

#### PELANGI PENELITIAN KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES  
PALANGKA RAYA

didukung



**SUSUNAN REDAKSI**  
**PROSIDING SEMINAR NASIONAL 2016**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PALANGKA RAYA**

**ISBN : 978-602-74807-0-4**

**Penulis**

Dosen; Profesional Kesehatan; Mahasiswa Kesehatan dan Psikologi

**Reviewer**

Prof. Dr. Sri Suryawati, Apt. (Fakultas Kedokteran UGM)

Prof. Dr. Tina Afiatin, M.Si., Psikolog (Fakultas Psikologi UGM)

Yeyentimalla, S.Kep., Ns., M.Si. (Poltekkes Kemenkes Palangka Raya)

**Penyunting**

Dr. Nang Randu Utama, S.Pd., MA

Riyanti, SST., MKeb., MHKes.

Dwirina Hervilia, SKM, MKM

**Desain Sampul & Tata Letak**

Arif Adiguna, ST

**Penerbit**

Poltekkes Kemenkes Palangka Raya Press

**Alamat Redaksi**

Gedung B

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka

Raya Jl. George Obos No. 32 Palangka

Raya 73112 Telp : (0536) 3221768

Fax : (0536) 3221768

Email : direktorat@poltekkes-

palangkaraya.ac.id Cetakan Pertama Juli 2016

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak karya ilmiah ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## SUSUNAN PANITIA

### SEMINAR NASIONAL DAN CALL FOR PAPERS 2016 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PALANGKA RAYA

- Penanggungjawab** : Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya
- Pengarah** : 1. Pudir I Poltekkes Kemenkes Palangka Raya  
2. Kepala Badan Narkotika Nasional Provinsi Kalimantan Tengah  
3. Ketua PPNI Provinsi Kalimantan Tengah
- Ketua** : Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH
- Sekretaris** : Ns. Missesa, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.
- Bendahara I** : Prisilia Oktaviyani, SKM
- Bendahara II** : Ns. Reny Sulistyowati, S.Kep., M.Kep.

#### A. Seksi Sekretariat

1. Ns. Munqidz Zahrawaani, S.Kep.
2. Ns. Fetty Rahmawaty, S.Kep., M.Kep.
3. Ns. Syam'ani, S.Kep., M.Kep.
4. Grez Viona Erlita Natalina, AMG
5. Cia Aprilianti, MPH

#### B. Seksi Acara :

1. Oktaviani, SST., MKeb.
2. Ns. Alfeus Manuntung, S.Kep., M.Kep.
3. Ns. Agnes Dewi Astuti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

#### C. Seksi Ilmiah :

1. Dr. Nang Randu Utama, S.Pd., MA
2. Riyanti, SST., MKeb., MHKes.
3. Dwirina Hervilia, SKM, MKM

#### D. Seksi Perlengkapan :

1. Ns. Rikiy, S.Kep., MPH
2. Supriandi, M.Kes.
3. Aprilidianus, AMG.

#### E. Seksi Dokumentasi, Publikasi dan Humas :

1. Ns. Wijaya Atmaja Kasuma, S.Kep., M.Kep.
2. Bagus Indriatmojo, ST
3. Arif Adiguna, ST

#### F. Seksi Konsumsi dan Akomodasi :

1. Widya Warastuti, S.Kep., M.Kes.
2. Ns. Maria Magdalena Purba, S.Kep., M.Med.Ed.
3. Ns. Ester Inung Sylvia, S.Kep., M.Kep., Sp.MB
4. Rosilawaty

#### G. Seksi Keamanan :

1. Gad Datak, SKp, M.Kep., Sp.MB
2. Untung Halajur, SST, S.Pd., M.Kes.
3. Slamet

DITETAPKAN : PALANGKA RAYA

PADA TANGGAL : 17 Mei 2016

DIREKTUR,

**DHINI, M.Kes.**

NIP 19650401 198902 2 002



**SAMBUTAN**  
**KEPALA BADAN PPSDM KESEHATAN**  
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK**  
**INDONESIA**

**PADA ACARA SEMINAR NASIONAL DAN CALL FOR PAPERS**  
**2016 POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA YANG**  
**BEKERJASAMA DENGAN BADAN NARKOTIKA NASIONAL**  
**(BNN) PROVINSI KALIMANTAN TENGAH**

**PALANGKA RAYA, 16 JULI 2016**

**Yang saya hormati,**

- Para Narasumber dan Keynote Speaker;
- Kepala Badan Narkotika Nasional Provinsi Kalimantan Tengah;
- Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya dan segenap civitas akademika;
- Hadirin dan undangan yang berbahagia

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

*Selamat pagi dan salam sejahtera*

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas karunia dan hidayah-Nya kita dapat berkumpul di tempat ini dalam keadaan sehat walafiat untuk menghadiri acara Seminar Nasional dan *Call For Papers* 2016, Kerjasama Poltekkes Kemenkes Palangka Raya dengan Badan Narkotika Nasional (BNN) Provinsi Kalimantan Tengah pada hari ini. Dengan agenda yang penting yaitu Penatalaksanaan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Keluarga.

*Saudara-saudara yang saya hormati,*

Permasalahan Narkoba merupakan salah satu permasalahan global yang selalu menjadi perhatian serius negara-negara di seluruh dunia. Penyalahgunaan narkoba terbukti telah merusak masa depan bangsa dan generasi muda Indonesia. Daya rusaknya luar biasa, merusak karakter manusia, merusak fisik, dan merusak kesehatan masyarakat, serta dalam jangka panjang berpotensi besar mengganggu daya saing dan kemajuan bangsa.

Tingginya jumlah pengguna narkoba di Indonesia mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Tahun 2015, diperkirakan angka prevalensi pengguna narkoba mencapai 4,1 juta orang atau 2,2%. Kerugian material diperkirakan sebesar lebih kurang Rp 63 triliun, yang mencakup kerugian akibat belanja narkoba, biaya pengobatan, barang-barang yang dicuri, biaya rehabilitasi, dan yang lain-lainnya.

Dengan daya rusak seperti itu, kejahatan narkoba ini bisa digolongkan dalam kejahatan luar biasa dan serius. Terlebih lagi, kejahatan narkoba bersifat lintas negara dan terorganisasi, sehingga menjadi ancaman nyata yang membutuhkan penanganan serius dan mendesak bagi seluruh komponen bangsa.

***Hadirin yang berbahagia,***

Keluarga mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan di masyarakat, bangsa dan negara. Keluarga merupakan unit terkecil dari suatu bangsa. Di dalam keluarga terjadi interaksi dan komunikasi antara anggota keluarga yang menjadi awal penting dari suatu proses pendidikan dan kehidupan. Dengan ditanamkannya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan pencegahan narkoba sejak dini dalam keluarga akan dapat menciptakan keluarga dan generasi yang sehat.

Selain itu peran keluarga sangat penting, karena keluarga menjadi benteng terhadap segala bentuk kriminalitas, termasuk penyalahgunaan narkoba. Keluarga diharapkan mampu membina hubungan komunikasi yang baik antar anggota keluarganya. Hal itu dapat dilakukan seperti adanya kasih sayang, saling memiliki, melindungi, memperhatikan, mendukung, saling percaya dan bebas mengemukakan pendapat serta terbuka satu dengan yang lainnya. Menjalin komunikasi antara orang tua dengan anak-anaknya sebaik mungkin sangatlah diperlukan. Hal ini dilakukan agar sang buah hati tidak terjerumus dalam penyalahgunaan narkoba.

Keluarga yang sehat akan membentuk masyarakat, desa dan kelurahan, kecamatan, kabupaten, provinsi dan bangsa sehat. Sehingga Bangsa yang sehat akan memiliki derajat kesehatan yang tinggi dan akan meningkatkan produktivitas bangsa tersebut. Oleh karena itu, keluarga yang sehat adalah investasi suatu bangsa bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif dan memiliki daya saing yang tinggi.

***Saudara-saudara yang berbahagia,***

Permasalahan narkoba tidak akan dapat diselesaikan oleh pemerintah semata, melainkan harus melibatkan seluruh elemen bangsa tanpa terkecuali. Kesadaran masyarakat tentang bahaya narkoba yang merusak secara fisik maupun psikis sangatlah penting. Keluarga juga berperan dalam menciptakan kondisi yang harmonis dan saling membantu permasalahan setiap anggota keluarga. Keluarga yang harmonis, penuh kedamaian, ketentraman, dan kasih sayang serta mampu menanamkan tata nilai bahwa narkoba sangat membahayakan kesehatan apabila dikonsumsi secara ilegal, merupakan benteng paling kokoh dalam mencegah terjadinya tindakan-tindakan destruktif.

***Saudara-saudara sekalian,***

Pada kesempatan ini saya juga ingin mengajak semua pihak khususnya kepada hadirin yang berada di ruangan ini untuk saling bahu-membahu dalam upaya mencegah, mengobati dan merehabilitasi korban yang sudah terkena narkoba. Selain itu saya juga ingin mengajak semua pihak untuk bersama-sama melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta melakukan pencegahan narkoba dimulai dari keluarga demi mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan sejahtera.

Kementerian Kesehatan sangat menyambut baik dan memberikan apresiasi setinggi-tingginya atas diselenggarakannya Seminar Nasional dan *Call For Papers* 2016 ini sebagai bentuk kontribusi kita bersama dalam upaya penanggulangan narkoba. Semoga pada pertemuan yang penting ini menjadi momentum bersama bagi kita semua untuk melakukan aksi membebaskan bangsa ini dari bahaya narkoba dimulai dari ketahanan keluarga. Semoga

Tuhan Yang Maha Esa merestui upaya kita bersama.

*Wabilahitaufiq Walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr.Wb.*

Kepala Badan PPSDM Kesehatan Kemenkes RI,

**drg. Usman Sumantri, M.Sc.**



**SAMBUTAN  
DIREKTUR POLTEKKES KEMENKES  
PALANGKA RAYA DALAM SEMINAR NASIONAL  
DAN CALL FOR PAPERS 2016 POLTEKKES  
KEMENKES PALANGKA RAYA  
Palangka Raya, 16 Juli 2016**

Assalamu'alaikum Wr. Wb.  
Selamat pagi. Salam sejahtera bagi kita semua,  
Om swasti astu,

**Yang saya hormati:**

Kepala Badan PPSDM Kesehatan RI,  
Tim Narasumber dari Dewan Pengawas Narkotika Internasional PBB, Badan Narkotika Republik Indonesia Jakarta dan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta,  
Kepala Badan Narkotika Provinsi Kalimantan Tengah, Kepala SKPD Lingkungan Pemprov Kalimantan Tengah,  
Rektor/Dekan/Ketua Perguruan Tinggi se-Kota Palangka Raya, Direktur Poltekkes Manado, Ketua Gabungan Organisasi Wanita Kalimantan Tengah,  
Ketua Organisasi Profesi PPNI, IBI, PERSAGI, IAI Provinsi Kalimantan Tengah, Bapak/Ibu presenter paper dari beberapa perguruan tinggi di Indonesia,  
Civitas Akademika Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, Seluruh tamu undangan dan hadirin yang berbahagia,

Perkenankanlah saya mengajak kita semua memanjatkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena berkenan-Nyalah yang membuat kita semua bisa hadir bersama-sama di tempat ini dalam suasana sukacita menyelenggarakan seminar nasional dan call for papers 2016 yang pertama kali diselenggarakan oleh Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

**Bapak Kepala Badan PPSDM Kesehatan dan Narasumber yang saya hormati,**

Saya ucapkan selamat datang kepada Kepala Badan PPSDM dan kepada narasumber kita yang pertama kali datang di Bumi Isen Mulang Kalimantan Tengah, Bumi Pancasila. Kalimantan Tengah adalah provinsi dengan penduduknya berbagai etnis yang hidup berdampingan dengan damai. Motto kehidupan sosial masyarakatnya adalah "di mana bumi dipijak, di situ langit dijunjung."

**Bapak Kepala Badan PPSDM Kesehatan dan hadirin yang saya hormati,**

Poltekkes Kemenkes Palangka Raya merupakan satu-satunya UPT Kementerian Kesehatan yang ada di Kalimantan Tengah. Perkembangan menjadi Poltekkes Palangka Raya melewati metaformosis yang panjang dimulai tahun 1966, dari sekolah penjenjang kesehatan setara SMP. Kemudian menjadi SPK, Bidan A, Bidan C, menjadi Akademi Keperawatan, Kebidanan dan Gizi mulai tahun 1988, dan akhirnya menjadi Poltekkes Palangka Raya tahun 2001. Kadi pada tahun ini Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

genap berusia 15 tahun. Poltekkes Kemenkes Palangka ini memiliki 6 prodi yaitu Keperawatan, Kebidanan dan Gizi. Masing-masing Prodi D3 dan D4. Pada tahun 2015/2016 ini memiliki 785 mahasiswa dan memiliki dosen sebanyak 78 orang dengan pendidikan S2 dan S3. Saat ini 13 orang sedang tugas belajar S2 dan S3 di dalam dan luar negeri. Kami memiliki 2 prodi akreditasi B yaitu D3 Keperawatan dan Kebidanan. Untuk D3 Gizi sedang proses re-akreditasi tahun ini. Sedangkan Prodi D4 Keperawatan, Kebidanan dan Gizi akan akreditasi tahun 2017, karena pertama kali diakreditasi dan belum meluluskan. Poltekkes Kemenkes Palangka Raya masih terus kami kembangkan sesuai Renstra Poltekkes, pada tahun depan yang akan membuka Prodi Rekam Medik dan Promosi Kesehatan.

## **Hadirin yang kami hormati,**

Sesuai tugas dan fungsi Perguruan Tinggi melaksanakan Tri Darma Perguruan Tinggi, maka kami melaksanakan seminar berskala nasional dan call for papers pada pagi hari ini. Sebagai bentuk pengabdian masyarakat, Poltekkes Kemenkes Palangka Raya mengangkat isu penting Penatalaksanaan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Keluarga, sebagai wujud keikutsertaan mengemban tanggung jawab dalam penanggulangan bahaya narkoba di tengah-tengah bangsa kita.

Selanjutnya perkenankan saya menyampaikan laporan yang berkenaan dengan seminar nasional dan call for papers ini sebagai berikut :

### **I. Dasar Pelaksanaan**

SK Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, nomor HK.03.05/I/6/1508/2016 tanggal 17 Mei 2016 perihal seminar dan call for paper. Kegiatan ini merupakan kerjasama antara Poltekkes Kemenkes Palangka Raya dengan BNN Provinsi Kalimantan Tengah serta Organisasi Profesi yaitu IBI, PPNI, PERSAGI dan IAI.

### **II. Tujuan**

Seminar nasional ini bertujuan untuk memberikan informasi terkini seputar masalah penyalahgunaan Narkoba, khususnya dalam upaya pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi.

### **III. Bentuk Kegiatan**

Seminar dan *Call for Papers* dilaksanakan dengan presentasi para narasumber dilanjutkan tanya jawab. Selanjutnya presentasi oleh para presenter yang papernya telah melewati review ahli. Hasil tulisan dalam bentuk makalah baik dari para narasumber dan presenter akan dipublikasikan dalam bentuk buku prosiding ber-ISBN.

Topik *Call for Papers (Oral Presentation dan Poster)* sebagai berikut :

1. Masalah Narkoba
2. Psikologi Keluarga
3. Keperawatan Kesehatan Jiwa
4. Keperawatan Keluarga
5. Kesehatan Masyarakat

### **IV. Waktu dan Tempat**

Kegiatan dilaksanakan pada hari Sabtu, 16 Juli 2016 Pukul 08.00 – selesai, bertempat di Hotel Neo, Jl. Tjilik Riwut Km 1 No. 1 Palangka Raya, Kalimantan Tengah.

### **V. Narasumber**

Seminar menghadirkan tim narasumber dari Dewan Pengawas Narkotika Internasional PBB, Badan Narkotika Republik Indonesia, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dengan komposisi seperti berikut:



1. Bapak **Dr. Antar Merau Tugus Sianturi, Akuntan, MBA**, Deputy Pencegahan BNN RI.
2. Ibu **Prof. Dr. Sri Suryawati, Apoteker**, Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, sekaligus *First Vice President of International Narcotics Control Board* (INCB) atau Dewan Pengawas Narkotika Internasional Perserikatan Bangsa-Bangsa.
3. Ibu **Prof. Dr. Tina Afiatin, M.Si., Psikolog**, Guru Besar Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
4. Ibu **Yeyentimalla, S.Kep., Ns., M.Si.**, Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, yang saat ini sedang menempuh program studi doktoral minat utama Psikologi Klinis pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

## VI. Pembiayaan

Kegiatan ini diselenggarakan dengan sumber dana dari DIPA 2016 Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya, dukungan BNN RI, BNN Provinsi Kalimantan Tengah serta kontribusi peserta.

## VII. Peserta seminar dan Callpaper

Seluruh peserta seminar berjumlah 729 orang, terdiri dari profesional kesehatan dan mahasiswa kesehatan. Paper sebanyak 18 buah dari 7 institusi, yaitu Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, UGM, UNS, Universitas YARSI Jakarta, Universitas Muhammadiyah Palangka Raya, STIKES Suaka Insan Banjarmasin dan Dinkes Cimahi. Seluruh paper sudah melewati proses review dari dua orang profesor kita.

Pada kesempatan ini saya ucapkan terima kasih kepada Kepala BNN Pusat, Kepala BNN Provinsi Kalimantan Tengah, Ketua Organisasi Profesi: PPNI, IBI, PERSAGI, IAI Provinsi Kalimantan Tengah, atas bantuan dan kerjasamanya. Juga kepada panitia, dengan arahan Ketua Jurusan Keperawatan Bapak Natalansyah, S.Pd., M.Kes. dan Ketua Panitia Ibu Tri Ratna Ariestini, S.Kep., MPH, yang telah bekerja keras untuk suksesnya kegiatan seminar nasional kita, pada kesempatan ini saya sampaikan terimakasih yang setinggi-tingginya.

Kepada Bapak Kepala Badan PPSDM Kesehatan, pada gilirannya diharapkan menyampaikan sambutannya dan membuka secara resmi seminar kita.

Demikian ucapan selamat datang dan laporan ini saya sampaikan. Kepada semuanya saya ucapkan terimakasih sudah berkenan datang, selamat berseminar, selamat mempresentasikan paper. Terimakasih. Selamat pagi.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya,

Dhini, M.Kes.

## **KATA PENGANTAR**

Seminar Nasional dan Call for Papers 2016 Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya ini merupakan kegiatan yang pertama kali diselenggarakan oleh Politeknik Kementerian Kesehatan Palangka Raya Jurusan Keperawatan. Hal ini selaras dengan salah satu misi dari Politeknik Kementerian Kesehatan Palangka Raya yaitu mengoptimalkan penelitian dan pengabdian masyarakat yang berkualitas.

Kegiatan diawali dengan seminar nasional dengan tema “*Penatalaksanaan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Keluarga: Bagaimana Mencegah, Mengobati Dan Merehabilitasi*” yang dilaksanakan di Hotel Neo Palangka Raya pada tanggal 16 Juli 2016. Pada rangkaian kegiatan ini juga dilakukan publikasi makalah bebas dari dosen, profesional kesehatan serta mahasiswa kesehatan dan psikologi, dari dalam maupun luar Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya yang berupa artikel penelitian, hasil telaah jurnal dan free paper.

Kegiatan publikasi makalah bebas dan free paper tersebut telah direview oleh pakar yang sesuai dengan bidang keilmuannya. Untuk itu kami ucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada semua pihak yang telah berkontribusi dengan meluangkan waktu dan mencurahkan pikirannya demi terwujudnya prosiding ini. Saran dan kritik selalu kami harapkan demi perbaikan di masa mendatang.

Palangka Raya, 16 Juli 2016  
Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya,

Dhini, M.Kes.

## **PENGELOLAAN MUTU KELUARGA UNTUK MENGATASI MASALAH PENYALAHGUNAAN NARKOBA\*)**

**Prof. Dr. Tina Afiatin, M Si., Psikolog\*\*)**

Problematika penyalahgunaan narkoba di Indonesia merupakan ancaman serius bagi eksistensi Bangsa Indonesia. Bagaimana tidak, jumlah penyalahguna narkoba yang makin bertambah banyak, terutama di kalangan generasi muda, dapat mengancam kemandirian dan kedaulatan bangsa ini. Menurut Budi Waseso, Kepala Badan Narkotika Nasional (BNN) , jumlah penyalahguna narkoba pada bulan Juni 2015 tercatat 4,2 juta orang dan pada bulan November 2015 meningkat signifikan menjadi 5,9 juta orang (Tribunnews, 15 Desember 2015). Poernamasasi (2014) menyatakan bahwa kejahatan penyalahgunaan narkoba merupakan *extraordinary crime* karena dampaknya sangat luar biasa terhadap ketahanan nasional mengingat berkenaan dengan keberlangsungan generasi bangsa. Ketergantungan narkoba merupakan penyakit mental dan perilaku yang dapat berdampak pada kondisi kejiwaan yang bersangkutan dan masalah lingkungan sosial. Pelaku penyalahgunaan narkoba banyak yang mengalami gangguan kesehatan, tidak sedikit yang kemudian juga terlibat dalam tindak kriminal bahkan tidak sedikit pula yang mati sia-sia. Dampak penyalahgunaan narkoba tidak saja merugikan dalam aspek kesehatan, namun juga dalam aspek ekonomi, moral, sosial, dan budaya. Sifat kegigihan, daya juang, dan semangat untuk bekerja keras yang dulu sangat menonjol sebagai ciri masyarakat Indonesia, kini makin terkikis

akibat maraknya budaya konsumtif dan hedonistis (senang mencari kenikmatan) serta propaganda narkoba sebagai simbol gaya hidup modern.

Dampak penyalahgunaan narkoba juga sangat mengancam sendi-sendi kehidupan keluarga. Sebagaimana dinyatakan oleh Khofifah Indar Parawansa, Menteri Sosial RI, bahwa dampak penyalahgunaan narkoba sangat memberatkan bagi keluarga. Banyak orang tua yang menaruh harapan besar terhadap anaknya, namun gara-gara narkoba, maka yang didapat adalah musibah (Kedaulatan Rakyat, 15 April 2016).

Selanjutnya juga dinyatakan oleh Mensos, Indonesia dalam kondisi darurat narkoba. Di Indonesia ada anak balita telah menjadi korban penyalahgunaan narkoba. Di Makasar, ada anak usia tiga tahun sudah menjadi korban penyalahgunaan narkoba, ketika ditanyakan darimana dia memperoleh narkoba, ternyata dia dapatkan dari kakaknya yang berusia lima tahun, yang mendapatkan dari kakaknya yang berusia sembilan tahun, yang mendapatkan narkoba karena di beri seseorang. Rupanya para pengedar semakin gencar dan tidak mau kehilangan cara agar barangnya terus terjual. Saat ini, narkoba telah menyasar pada semua lini kehidupan, baik pada anak-anak, remaja, orang dewasa bahkan lansia, juga pada semua profesi dan strata sosial.

---

\*) Makalah disampaikan dalam Seminar Nasional “Penatalaksanaan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Keluarga: Bagaimana Mencegah, Mengobati & Merehabilitasi”, Diselenggarakan oleh Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Hotel Neo, Palangka Raya, 16 Juli 2016.

\*\*) Guru Besar Fakultas Psikologi UGM

Hasil penelitian PPKUI-BNN pada tahun 2011 diketahui angka kerugian sosial ekonomi di Indonesia dalam setahun akibat pemakaian narkoba sebesar Rp 44 triliun dengan estimasi prevalensi sebesar 2,2% (Prasetyo dan Utami, 2014). Pada tahun 2015, Rp 63 triliun digunakan untuk belanja narkoba. Setiap hari 40-50 orang meninggal dunia karena narkoba (Kedaulatan Rakyat, 15 April 2016).

Dampak penyalahgunaan narkoba tidak saja merugikan bagi para penyalahguna sendiri, namun juga pada keluarga, masyarakat dan bangsa. Penyalahgunaan narkoba, khususnya alkohol pada perempuan selama kehamilan dapat menimbulkan abnormalitas pada pertumbuhan janin. Selanjutnya bayi yang terpapar alkohol dalam masa pranatalnya (masa dalam kandungan) dapat mengalami “fetal alcohol syndrome” (FAS). Menurut Berns (2010) sebagian besar anak-anak yang mengalami FAS adalah anak-anak dengan retardasi mental. Banyak problem perilaku anak berkaitan dengan konsumsi alkohol ibu muncul pada masa bayi, dan berlanjut pada masa kanak-kanak, pada umumnya mereka mengalami hiperaktivitas, konsentrasi lemah, dan miskin ketrampilan sosial. Selain itu juga berpengaruh pada masalah fisik, seperti kerusakan mata, telinga, hati, saluran kencing, dan sistem kekebalan tubuh.

Mengingat dampak buruk dari penyalahgunaan narkoba yang sangat merugikan baik bagi individu, keluarga, masyarakat dan bangsa, maka perlu adanya upaya-upaya yang komprehensif agar masalah penyalahgunaan narkoba ini berkurang. Berbagai literatur menunjukkan bahwa masalah penyalahgunaan narkoba disebabkan oleh interaksi faktor narkobanya sendiri, faktor individual, dan faktor lingkungan (Afiatin, 2005; Ahmad, Khalique, & Khan, 2009; Connell, Gilreath, Aklin, & Brex, 2010; Afiatin, 2010). Tersediaanya narkoba menjadi salah satu faktor

terjadinya penyalahgunaan narkoba karena pemakaiannya menimbulkan efek atau sensasi tertentu sehingga pengguna terdorong untuk mencari dan menikmati sensasi-sensasi baru. Narkoba bersifat adiktif, yakni menimbulkan ketagihan atau ketergantungan. Mudahnya mendapatkan narkoba ditengarai sebagai faktor yang sangat penting bagi terjadinya tindak penyalahgunaan narkoba. Hasil penelitian Afiatin (2001) mengindikasikan bahwa sebagian besar (70%) remaja penyalahguna narkoba, pertama kali menggunakan narkoba karena diberi oleh temannya. Pada awal pemakaian mereka mendapatkan narkoba dengan mudah dan dengan harga yang masih terjangkau uang saku mereka. Untuk memperoleh narkoba mereka cukup menemui teman mereka yang biasa membawa dan menjualnya. Berkaitan dengan hal ini maka upaya-upaya untuk mengurangi pasokan narkoba, terutama pada *illegal drug* perlu menjadi perhatian serius dalam penanggulangan masalah penyalahgunaan narkoba.

Faktor individual penyebab terjadinya penyalahgunaan narkoba terkait dengan aspek organobiologi dan aspek psikologis. Kepekaan individu terhadap narkoba secara biologis yang berbeda-beda dipengaruhi oleh faktor-faktor konstitusional dan genetik. Siregar (dalam Afiatin, 2010) menyatakan bahwa pendekatan biologis makin berkembang sejak ditemukannya reseptor opiate dalam tubuh manusia, terutama di otak, dan opiatendogen (endorphin, enkefalin), lalu disusul penemuan reseptor benzo diazepin. Pemakaian opiate eksogen menyebabkan *overload* pada reseptor-reseptor opiate, sehingga produksi endogen terhenti. Alkoholisme juga berkaitan dengan dengan defisiensi reseptor ansiolitik yang mendorong seseorang untuk mengkonsumsi alkohol guna mengatasi rasa cemas dan ketagihan. Pada pemakaian berlebihan

ternyata jumlah reseptor ansiolitik makin berkurang dan hal ini akan makin mendorong peningkatan konsumsi alkohol. Peran faktor genetik pada penyalahgunaan zat dikemukakan oleh Banks dan Walter (dalam Afiatin, 1998) yang menyatakan bahwa gen berperan pada ketergantungan alkohol. Hasil penelitian Blum, dkk (1996) terhadap 40 orang pasien menunjukkan bahwa peningkatan penggunaan narkoba berhubungan positif dan signifikan dengan adanya klasifikasi gen allelic A1. Hal ini menunjukkan bahwa adanya allele Taq IA1 dari gen reseptor dopamine (DRD2) menyebabkan peningkatan risiko bagi perilaku ketagihan narkoba (*drug addictive behavior*) seperti *reward deficiency syndrome*. Hasil penelitian Kaiji, dkk (dalam Rathus dan Nevid, 1991) menunjukkan bahwa indeks alkoholisme erat kaitannya dengan pengaruh genetik. Pengaruh genetik terhadap perilaku adiksi merupakan pengaruh secara poligenetik, artinya dipengaruhi oleh beberapa gen. Manifestasi pengaruh genetik juga dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, baik fisik, sosial maupun budaya (Afiatin, 1998; Rosenthal, 1990). Aspek psikologis terkait dengan penyalahgunaan narkoba meliputi aspek intrapersonal, aspek interpersonal dan aspek kognitif (Afiatin, 2010). Aspek intrapersonal yang diidentifikasi berpengaruh besar terhadap penyalahgunaan narkoba adalah rendahnya harga diri. Individu dengan harga diri rendah cenderung memilih menggunakan narkoba sebagai sarana untuk mengembalikan kestabilan emosi. Sedangkan aspek interpersonal atau kemampuan melakukan hubungan sosial dengan orang lain yang diidentifikasi berperan penting dalam penyalahgunaan narkoba adalah rendahnya asertivitas, yakni kemampuan mengekspresikan ide dan perasaannya tanpa merugikan orang lain. Sementara itu aspek kognitif yang

diidentifikasi berperan penting dalam penyalahgunaan narkoba adalah rendahnya pengetahuan tentang narkoba.

Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap penyalahgunaan narkoba adalah faktor relasi dengan teman sebaya, faktor sekolah atau tempat kerja, faktor lingkungan sekitar, dan faktor kondisi keluarga (Akers & Lee, 1999., Connell, et al, 2010., Drapela, 2006., Fleming, et al, 2010). Faktor-faktor tersebut saling memengaruhi dan tidak bisa dilepaskan satu dengan lainnya. Diantara faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap penyalahgunaan narkoba, faktor keluarga memiliki kontribusi dalam aspek genetik dan modeling (belajar sosial). Blau & Gullota (1996) menyatakan bahwa perilaku orang tua memiliki dampak terhadap remaja yang masih berada dalam taraf transisi. Orang tua yang menggunakan narkoba secara terus menerus memengaruhi remaja untuk memutuskan menggunakan narkoba. Leone (1999) menyatakan bahwa remaja yang tinggal dalam keluarga yang anggota keluarganya mengkonsumsi rokok, alkohol dan obat-obatan lebih cenderung menjadi pengguna obat-obatan dibandingkan dengan remaja yang tinggal dengan anggota keluarga yang tidak mengkonsumsi rokok, alkohol dan obat-obatan. Hasil penelitian Magdalena (2007) menunjukkan bahwa keluarga memiliki pengaruh cukup besar pada diri anak. Jika terjadi gangguan pada fungsi keluarga seperti perceraian orang tua dapat menyebabkan anak menjadi depresi, nakal dan kecenderungan menggunakan narkoba.

Sarasvita (2002) menyatakan bahwa penggunaan narkoba memiliki keterkaitan dengan dukungan keluarga. Individu yang kurang merasakan adanya dukungan keluarga cenderung rentan menjadi penyalahguna narkoba. Ay & Save (dalam Hayati, 2008) menyatakan bahwa remaja yang mengalami peristiwa yang penuh

dengan tekanan (konflik keluarga, disiplin keluarga lemah, manajemen keluarga lemah, dan kematian anggota keluarga) memiliki keterkaitan dengan penggunaan rokok, alcohol, dan obat-obatan, oleh karena itu dukungan keluarga sangat dibutuhkan pada remaja yang berada pada masa transisi. Dukungan keluarga merupakan dukungan yang dapat menimbulkan pengaruh positif bagi individu yakni memberikan bantuan berupa perhatian, emosi, instrumental, pemberian informasi dan bantuan penilaian atau penghargaan (Chapman, et al, 1997). Selanjutnya dinyatakan oleh Furhmann (1990) dukungan keluarga merupakan dukungan yang berasal dari orang tua dan saudara dengan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikis pada individu sehingga akan berpengaruh dalam pencegahan penyalahgunaan narkoba. Menurut Santrock (2003) dukungan keluarga yang diterima remaja dapat mengurangi penyalahgunaan obat, dan sebaliknya remaja yang melakukan penyalahgunaan obat seringkali datang dari keluarga yang memunculkan banyak ketegangan, merasa tidak aman bersama orang tua, memiliki orang tua yang memberikan sedikit pengasuhan, rendahnya pengawasan, penghargaan yang sedikit terhadap tingkah laku positif dan memiliki orang tua yang menyetujui penggunaan alcohol dan obat-obatan.

Berdasar uraian yang telah dikemukakan dapat kita ketahui bahwa keluarga merupakan faktor yang besar pengaruhnya terhadap masalah penyalahgunaan narkoba. Kondisi keluarga dapat berperan sebagai faktor risiko atau faktor yang berperan atas munculnya kejadian penyalahgunaan narkoba, jika ada anggota keluarga yang menjadi penyalahguna narkoba, dan kondisi keluarga tidak memfasilitasi sumber dukungan. Sebaliknya, keluarga juga dapat berperan sebagai faktor protektif atau faktor yang dapat

mencegah munculnya penyalahgunaan narkoba, jika kondisi keluarga dapat memerankan fungsi keluarga dengan baik.

Upaya intervensi psikologis terhadap masalah penyalahgunaan narkoba diorientasikan pada tujuan mengurangi faktor risiko dan meningkatkan faktor protektif. Dalam masalah penyalahgunaan narkoba, prevensi merupakan strategi utama untuk mengurangi terjadinya masalah penyalahgunaan narkoba. Prevensi mencakup tiga tingkat, yaitu: a. Prevensi primer, ditujukan pada aktivitas yang dilakukan sebelum timbulnya suatu penyakit atau gangguan dengan menahan atau menghilangkan penyebab-penyebabnya; b. Prevensi sekunder, ditujukan untuk menghilangkan gejala-gejala yang sudah tampak, dan c. Prevensi tertier, ditujukan untuk mencegah perkembangan yang lebih buruk lagi.

### **Program Prevensi Primer Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Keluarga**

Pencegahan primer adalah mencegah seseorang yang tidak menggunakan narkoba untuk tidak mencoba atau memakai teratur. Penguatan fungsi keluarga merupakan inti dalam pencegahan terjadinya masalah penyalahgunaan narkoba.. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga, komunikasi orang tua-anak, dan hubungan baik orang tua-anak merupakan proses yang sangat ampuh untuk menahan penyebab munculnya penyalahgunaan narkoba (Bahr, Hoffmann, & Yang, 2005; Broman, et al, 2006). Beberapa contoh program prevensi primer penyalahgunaan narkoba berbasis keluarga yaitu:

#### **1. Pelatihan Efektivitas Keluarga**

Pelatihan ini dikembangkan untuk kelompok risiko tinggi penyalahguna narkoba. Program ini

dikembangkan oleh Szapoznik, dkk (1989) yang diawali dengan melakukan identifikasi karakteristik keluarga yang berperan dalam perkembangan masalah penyalahgunaan narkoba. Diantara karakteristik yang ada, problem konflik antar generasi merupakan karakteristik yang paling menonjol. Pelatihan Efektivitas Keluarga dikembangkan untuk mengoreksi interaksi keluarga yang maladaptif, sebagai hasil konflik antar budaya. Pelatihan diikuti oleh keluarga menggunakan kombinasi perubahan budaya dan strategi restrukturisasi untuk mengurangi resiko remaja terlibat dalam penyalahgunaan narkoba. Intervensi diberikan dengan mengenalkan remaja dengan budaya leluhurnya dan secara bersamaan memperkenalkan orang tua dengan budaya remaja. Dengan meningkatkan saling pengertian antar generasi, Pelatihan ini berhasil mengurangi konflik keluarga dan meningkatkan kolaborasi keluarga dan pemecahan masalah.

## 2. *Familias Unidas*

Program ini mendasarkan pada teori Ecodevelopmental dan penerapannya untuk pencegahan perilaku bermasalah pada remaja. *Familias Unidas* meningkatkan empat proses utama dalam keluarga, yaitu: pengasuhan positif, komunikasi orang tua-remaja, keterlibatan orang tua, dan dukungan keluarga. Dalam program *Familias Unidas*, orang tua diposisikan sebagai pemimpin dan ahli yang membantu mencegah munculnya masalah pada anak remajanya. Orang tua berperan sebagai agen perubahan dengan meningkatkan dan menguatkan rasa tanggungjawab dan kepemimpinannya dalam keluarga. Secara umum, *Familias Unidas* bertujuan untuk mencegah

penyalahgunaan narkoba pada remaja dengan melaksanakan berbagai proses: meningkatkan fungsi keluarga (misal: meningkatkan dukungan keluarga, meningkatkan komunikasi orang tua-anak), meningkatkan koneksi proaktif diantara keluarga dan sistem lain yang pening seperti teman sebaya dan sekolah, dan mengumpulkan dukungan eksternal untuk orang tua. Para orang tua bertemu dalam kelompok untuk berdiskusi dan bermain peran ketrampilan khusus pengasuhan. Kelompok ini dirancang untuk memberikan dukungan sosial bagi orang tua dengan mengenalkan mereka pada orang tua lain yang memiliki situasi yang sama.

## 3. *Neutras Familias*

Program ini merupakan adaptasi dari Parent Management Training yang berlangsung selama 12 minggu. Program pencegahan penyalahgunaan narkoba ini menggunakan cara-cara: instruksi diadik, modeling, bermain peran, dan praktek di rumah untuk membantu orang tua memperoleh ketrampilan dalam mendorong, memonitor, mendisiplin, dan mengatasi masalah.

## **Program Prevensi Sekunder Penyalahgunaan Narkoba Berkbasis Keluarga**

Prevensi sekunder adalah mencegah seseorang yang sudah menggunakan narkoba agar tidak menjadi tergantung atau adiksi. Menurut Prasetyo dan Utami (2014) pencegahan sekunder meliputi langkah diagnosis dini dan penanganan segera. Deteksi dini merupakan langkah awal yang sangat penting dilakukan pada kelompok risiko tinggi. Upaya ini dianjurkan dilakukan dalam tatanan pelayanan primer. Orang yang dapat membantu mendeteksi pemakaian narkoba diantaranya adalah keluarga. Langkah berikutnya adalah

dengan penanganan segera. Berikut beberapa contoh intervensi yang dilakukan untuk penanganan segera yang berbasis keluarga.

### 1. *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)*

Terapi ini dikembangkan oleh Szapocznik et al (2007). BSFT ini dikembangkan berdasarkan asumsi bahwa pola sistem keluarga dalam interaksi (misal ibu menginterupsi ayah ketika ayah mendisiplinkan anak) bertanggungjawab atas terpeliharanya symptom pada anak remaja. BSFT focus pada strategi intervensi yang dirancang untuk memperkuat interaksi keluarga yang adaptif dan mengubah pola-pola interaksi yang maladaptif. Interaksi adalah pertukaran, verbal dan non verbal, diantara dua atau lebih anggota keluarga. Pola-pola interaksi keluarga yang maladaptif bertukar berulang diantara anggota keluarga dan dirasakan sebagai pengalaman yang tidak disukai atau menyebabkan fungsi family tidak berlangsung dengan penuh. Intervensi BSFT dilakukan pada masalah yang sudah muncul.

### 2. *Structural Family Therapy SFT)*

Tujuan SFT adalah mengubah aspek disfungsional dari sistem keluarga untuk memaksimalkan pertumbuhan potensi masing-masing anggota keluarga melalui saling memberikan dukungan yang menguntungkan pada keluarga Minuchin & Fishman (dalam Sim, 2007). Karakteristik utama intervensi ini adalah penekanan pada perubahan transaksi dalam keluarga melalui perubahan perilaku anggota keluarga. Terapis memberikan penekanan pada dua hal, yaitu: 1. Menghargai kekuatan keluarga sebagai satu kesatuan anggota keluarga, dan 2. Untuk mengubah pola interaksi keluarga

yang berkaitan dengan perkembangan anggota keluarga sebagai satu kesatuan anggota keluarga. SFT dilaksanakan melalui tiga fase, yaitu: 1. *Joining*, dengan membangun aliansi dengan setiap anggota keluarga. Terapis memahami, menghargai, dan menerima keluarga dan anggotanya. Terapis mendengarkan dan menghargai masing-masing anggota keluarga; 2. *Enactment*, dilakukan dengan meminta anggota keluarga untuk mengemukakan masalah atau berbicara merespon anggota keluarga lainnya pada waktu yang tepat, terapis meminta anggota keluarga untuk mengobservasi aktivitas keluarga ketika mereka berinteraksi; 3. *Structural modification*, termasuk didalamnya: a. memberikan tantangan terhadap realitas keluarga saat ini sehingga anggota keluarga dapat melihat alternatif penjelasan yang menantang cara berpikir yang kaku; b. memberikan tugas rumah untuk membuat aliansi baru didalam keluarga; c. memblokir pola interaksi yang disfungsional; d. menghargai pola-pola interaksi yang sehat; e. memberikan pendidikan dan bimbingan pada anggota keluarga sehingga mereka dapat memelihara dukungan satu dengan yang lain.

### **Penutup**

Kondisi keluarga memberikan kontribusi pengaruh yang lebih besar bila dibandingkan dengan kondisi non keluarga dalam mencegah terjadinya masalah penyalahgunaan narkoba dan mewujudkan generasi yang berkualitas dan bahagia. Oleh sebab itu, peningkatan kualitas keluarga hendaknya senantiasa diupayakan agar tercapai kondisi keluarga tangguh. Ciri kondisi keluarga tangguh yaitu: adanya kepedulian antar anggota keluarga, komunikasi efektif, kesejahteraan spiritual, komitmen, waktu bersama yang menyenangkan, dan kemampuan mengelola stres dan krisis.



Pengelolaan mutu keluarga pada dasarnya merupakan tugas orang tua bersama anak dalam mewujudkan keluarga yang berkualitas. Orang tua berperan sebagai produser, manager, dan pemimpin dalam memfasilitasi pengembangan personal anggota keluarga yang meliputi pengembangan intelektualitas, moral keagamaan, produktivitas, dan kemandirian. Orang tua bersama anak membangun sistem yang mengorganisir, mengontrol, dan memelihara keberlangsungan hidup keluarga.

Upaya pencegahan dan penanggulangan masalah penyalahgunaan narkoba berbasis keluarga dirancang dengan strategi mengoptimalkan fungsi keluarga, sehingga keluarga dapat meminimalisir faktor-faktor risiko penyalahgunaan narkoba, dan memaksimalkan faktor-faktor protektifnya. Upaya-upaya ini akan berlangsung dengan efektif apabila keluarga mampu menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi, dan mampu memecahkan masalah yang dihadapi.

Yogyakarta, 6 Juli 2016

### Daftar Pustaka

- Afiatin, T. (1998). Adiksi: Tinjauan aspek genetis. *Buletin Psikologi*, Tahun VI, No. 1, 40-48.
- Afiatin, T. (2001). Persepsi terhadap diri dan lingkungan pada remaja penyalahguna napza (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif). *Psikologika*, No. 12 Tahun VI, 11-28.
- Afiatin, T. (2005). Peran keluarga dalam prevensi penyalahgunaan napza. *Jurnal Psikologika*, No. 20, Tahun X Juli 2005, 128-133.
- Afiatin, T. (2010). *Asertif jaya inovatif. Pencegahan penyalahgunaan narkoba dengan program AJI*. Yogyakarta: Gama Press.
- Ahmad, A., Khalique, N., & Khan, Z. (2009). Analysis of substance abuse in male adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics*, Dec 2009, 19(4), 399-403.
- Akers, R. L. & Lee, G. (1999). Age, social learning, and social bonding in adolescent substance use. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 20(1), 1-25. Doi: 10.1080/016396299266579.
- Bahar, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention*, 26(6), 529-551.
- Blau, G. M., & Gullotta, T. P. (1996). *Adolescent dysfunctional behavior: Causes, intervention, and prevention*. New Delhi: Sage Publication.
- Blum, K., Braverman, E. K., Wood, R. C., Gill, J., Chen, T. J., Taub, N., Montjomery, A. K., Sheridan, I. J. & Cull. I. G. (1996). Increased prevalence of the Taq IA1 allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in onset Y with conorbid substance use disorder. A preliminary report. *Pharmacogenetics*, 6(4), 297-305.
- Broman, C. L., Reckase, M. D., & Freedman-Doan, C. R. (2006). The role of parenting in drug use among Black, Latini and White adolescents. *Journal of Ethnic Substance Abuse*, 5(1), 39-50.
- Connell, C. M., Gilreath, T. D., Aklin, W. M., & Brex, R. A. (2010). Social-ecological influence on patterns of substance use among non-metopoloitan high school students. *American Journal of Community Psychology*, 45 (1-2),

- 36-48. Doi: 10.1007/s10464-0009-9289-X.
- Drapela, L.A (2006). Investigating the effects of family, peer, and school domains on postdropout drug use. *Youth & Society*, 37(3), 316-385. doi: 10.1177/0044118X05278264.
- Fleming, C. B., Catalano, R. F, Haggerty, K. P & Abbott, R. D. (2010). Relationship between level and change in family, school, and peer factors during two periods of adolescence and problem behavior at age 19. *Journal Youth Adolescence*, 39(6), 670-682. Doi: 10. 1007/s10964-010-9526-5.
- Fuhrmann, B. S. (1990). *Adolescence, Adolescents*. Second edition. Glenview: Scott, Foresman/Little, Brown Higher Education.
- Hayati, S. H. (2008). Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan intense penyalahgunaan napza pada remaja. *Tesis*. Yogyakarta: Program Magister Psikologi Fakultas Psikologi UGM
- Leone, P. E. (1990). *Understanding troubled and troubling youth*. New Delhi: Sage Publication.
- Magdalena. (2007). Hubungan fungsi keluarga dengan kejadian penyalahgunaan napza pada remaja. *Tesis*. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana UGM.
- Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L ( 2011). *Marriages and Families. Intimacy, Diversity, and Strengths*. Seventh Edition. New York: McGraw-Hill.
- Poernamasasi, I. O. (2014). Tahun penyelamatan pengguna narkoba. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, Semester I 2014.ISSN 2088-270X.
- Prasetyo, S., & Utami, D.S.( 2014). Prevensi sekunder pemakaian narkoba. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, Semester I 2014.ISSN 2088-270X.
- Rathus, S. A & Nevid, J. S. (1991). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rosenthal, D. (1990). *Genetic theory and abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Sim, T. (2007). Structural Family Therapy in adolescent drug abuse. *Clinical Case Study*, 6(1), 79-99.
- Szapocznik, J., Santisteban, S., Rio, A., Perez-Vidal, A., & Kurtines, W. M. (1989). Family Effectiveness Training: An intervention to prevent drug avuse and problem behaviors in Hispanic adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11, 4-27.
- \_\_\_\_\_. (2015). Buwas: Pengguna narkoba di Indonesia meningkat hingga 5,9 juta orang. *Tribunnews*, 15 Desember 2015
- \_\_\_\_\_.( 2016). Bahaya Narkoba Bikin Mensos Menangis. Balita 3 Tahun Sudah Jadi Korban. *Kedaulatan Rakyat*, 15 April 2016, halaman 1 dan 7.

**PERSEPSI RESIDEN PANTI NARKOBA TERHADAP  
FUNGSI KELUARGA DAN PROSES REHABILITASI  
(Sebuah Studi Kualitatif)**

*Yeyentimalla<sup>1</sup>, Tina Afiatin<sup>2</sup>*

**ABSTRAK**

Ketergantungan narkoba dan bahan berbahaya (narkoba) adalah problem besar dunia. Indonesia dengan letak geografis strategis dan jumlah penduduk lima besar di dunia adalah target perdagangan narkoba dunia; kondisi Indonesia Darurat Narkoba sejak 2014. Ketergantungan narkoba memiliki konsekuensi psikologis, medis, hukum, sosial dan ekonomi. Upaya pemerintah melakukan rehabilitasi para pecandu terkendala keterbatasan jumlah panti yang hanya memenuhi 8% kebutuhan nasional. Dari 6000 pecandu yang menjalani rehabilitasi per tahunnya, sekitar 40% kembali menggunakan narkoba (relaps). Riset-riset menemukan faktor keberfungsian keluarga memainkan peranan penting kejatuhan ke dalam narkoba sekaligus keluarga juga tetap harapan bagi upaya-upaya pencegahan dan pemulihan para pecandu.

Studi kualitatif di sebuah panti rehabilitasi narkoba ini bertujuan mendapatkan gambaran persepsi residen terhadap fungsi keluarga mereka dan proses rehabilitasi. Studi berlangsung Oktober 2015 s/d Januari 2016. Pengumpulan data melalui kuisisioner, wawancara semi terstruktur dan observasi terlibat. Responden penelitian seluruh residen 52 orang (49 laki-laki dan 3 perempuan), 15-48 tahun.

Hasil studi: terdapat dua kategori residen: (1) reguler atau kiriman keluarga 20 orang; (2) kasus hukum 32 orang. Terdapat 22 orang menyatakan masuk panti keinginan sendiri, 30 orang menyatakan bukan keinginan sendiri. Sejumlah 32 orang menyatakan hubungan dalam keluarganya tidak akrab, 20 orang menyatakan akrab. Tempat berbagi perasaan dan pemikiran 35 residen menyatakan bukan keluarga, 6 orang menyatakan keluarga, dan 11 orang menyatakan tidak ada. Saat studi berlangsung, relaps terjadi di panti, 10 residen menggunakan lagi narkoba jenis sabu-sabu. Wawancara semi terstruktur pada lima (5) residen menemukan keluarga pemicu masalah menggunakan narkoba. Wawancara pada dua (2) residen menyatakan iklim keluarga mendukung dan saling menyayangi antar anggota keluarga. Hasil studi mendukung riset yang menyatakan revitalisasi fungsi keluarga (pemberfungsian) merupakan pilihan strategis dalam upaya mencegah dan menyelesaikan problem ketergantungan narkoba. Fungsi keluarga yang paling utama adalah fungsi afektif, diperantarai komunikasi. Komunikasi suportif dalam keluarga untuk mengatasi problem narkoba direkomendasikan menjadi fokus kajian studi lanjutan.

*Kata kunci: ketergantungan narkoba, rehabilitasi, pemberfungsian keluarga, komunikasi suportif*

---

1 Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya; Mahasiswa S3 Psikologi Klinis Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, [yeyendayak@gmail.com](mailto:yeyendayak@gmail.com); [yeyentimalla@mail.ugm.ac.id](mailto:yeyentimalla@mail.ugm.ac.id)

2 Promotor, Guru Besar Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, [afiatin04@ugm.ac.id](mailto:afiatin04@ugm.ac.id)

## Latar Belakang

Masalah narkoba di dunia saat ini bersifat viral seperti wabah baru. Dimulai sekitar tahun 1960-an dan terus berlanjut menyebar di seluruh dunia. Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) memperkirakan di seluruh dunia, 50 juta orang menggunakan heroin, kokain dan obat-obatan adiktif sintetis. Dari jumlah ini, ratusan ribu orang tewas setiap tahun ([suprememastertv.com](http://suprememastertv.com), diakses 16 Juni 2016).

Indonesia dengan letak geografis strategis dan jumlah penduduk lima besar di dunia adalah target perdagangan narkoba dunia. Sejak 2014 otoritas Indonesia, Badan Narkotika Nasional (BNN) menyatakan Indonesia Darurat Narkoba. “...*Jumlah pengguna narkoba di Indonesia pada Juni 2015 masih 4,2 juta jiwa, berselang lima bulan (sampai dengan November 2015) angka itu meningkat signifikan menjadi 5,9 juta jiwa. Ironisnya, kenaikan 1,7 juta jiwa itu adalah pengguna baru.*” (Kepala BNN, Harian Kompas, 11 November 2015) Ketergantungan narkoba memiliki konsekuensi psikologis, medis, hukum, sosial dan ekonomi.

*International Narcotics Control Board* (INCB) melaporkan bahwa perdagangan narkoba di kawasan Asia Tenggara tak mereda, terutama jenis Metamfetamin tipe stimulan atau nama umumnya sabu-sabu. Setelah Filipina (46,1%), Indonesia menempati posisi kedua (36,4%) untuk jumlah penyalahguna narkoba yang menggunakan jarum suntik yang hidup dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Ini berarti penyalahguna narkoba tak hanya terancam bahaya primer narkoba (overdosis, kerusakan liver, ginjal, otak), namun juga bahaya sekunder menderita AIDS, penyakit autoimun yang mematikan.

Di regional Asia Timur dan Asia Tenggara, Indonesia menempati urutan ketiga ditemukannya psikoaktif baru setelah Singapura (37 jenis) dan Jepang

(31 jenis). Tahun 2013, 2014 di Indonesia teridentifikasi 30 jenis substansi psikoaktif meliputi ganja sintetis, katinon sintetis, phenetylamin, piperazin dan substansi baru psikoaktif dari tanaman.

Upaya pemerintah mengatasi bahaya viral narkoba dilakukan pada empat tataran yaitu: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Promotif berarti saat kondisi sejahtera, dengan mengukuhkan ketahanan dan daya lenting keluarga. Tujuh (7) langkah pencegahan penyalahgunaan narkoba dari BNN dilakukan dengan setting utama keluarga, meliputi: (1) menanamkan pemahaman hidup sehat anak; (2) pemahaman racun di sekeliling kita; (3) memberikan informasi akurat dan jelas; (4) bekerjasama dengan sekolah/universitas; (5) tanggap lingkungan; (6) bekerjasama dengan lingkungan rumah; dan (7) hubungan interpersonal baik.

Keseriusan pemerintah tangani narkoba tampak pada sanksi berat untuk pengedar narkoba, hingga hukuman mati, yang dijalankan meskipun menuai sikap pro-kontra masyarakat Indonesia dan dunia. Pemerintah menargetkan melakukan rehabilitasi terhadap 100.000 pecandu setiap tahunnya. Namun keterbatasan jumlah panti rehabilitasi membuat target ini belum tercapai. Terdapat 105 panti yang tersebar di seluruh Indonesia, hanya memenuhi 8% kebutuhan nasional. Dan dari 6000 pecandu ditemukan kasus menggunakan lagi (relaps) sebesar 40%. ([www.nasional.tempo.com](http://www.nasional.tempo.com)) Sebuah angka kegagalan yang besar, sementara pengguna baru jumlahnya terus bertambah.

Studi kualitatif ini hendak melihat kondisi senyatanya di dalam sebuah panti rehabilitasi pecandu narkoba.

## Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana persepsi residen terhadap fungsi keluarga mereka?
2. Bagaimana persepsi residen terhadap rehabilitasi atas diri mereka?

## Tinjauan Pustaka

### Keberfungsian Keluarga

Para peneliti dan terapis belakangan ini menaruh perhatian dalam kajian keberfungsian keluarga yang merujuk pada kualitas kehidupan keluarga, baik pada level sistem maupun subsistem, dan berkenaan dengan kesejahteraan, kompetensi, kekuatan dan kelemahan keluarga (Shek, 2002). Lestari (2012) menyatakan bahwa keberfungsian keluarga dapat dinilai dalam tingkat kelentingan (*resiliency*) dan kekukuhan (*strength*) keluarga dalam menghadapi berbagai tantangan. Perspektif kelentingan memandang distress sebagai tantangan bagi keluarga, bukan hal yang merusak, namun dapat mengaktifkan potensi yang dimiliki keluarga untuk melakukan perbaikan dan terus bertumbuh. Kekukuhan keluarga merupakan kualitas relasi dalam keluarga yang memberikan sumbangan bagi kesehatan mental dan kesejahteraan keluarga. Defrain dan Stinnett (2003) mengenalkan 6 (enam) karakteristik kekukuhan keluarga, yaitu: (1) memiliki komitmen; (2) keterbukaan mengungkapkan apresiasi; (3) ketersediaan waktu bersama; (4) pengembangan spiritualitas; (5) penyelesaian konflik secara efektif; dan (6) memiliki ritme: rutinitas, kebiasaan, tradisi yang bermakna bagi keluarga.

Dari lapangan psikopatologi, sejak 1995, konsep yang memandang penting keberfungsian keluarga atau aktivitasnya disebut pemberdayaan keluarga, mulai mendapat perhatian profesional dan peneliti. Konsep pemberdayaan keluarga adalah sebuah proses di mana individu-individu dalam keluarga memperoleh peningkatan kontrol atas hidup mereka sendiri. Keluarga dapat mengakses pengetahuan, keterampilan dan sumber daya yang membantu mereka meningkatkan kualitas hidup mereka (Rowe, 2012). Idealnya semua kompetensi ini dimiliki oleh keluarga berfungsi, namun dalam perjalanannya,

keluarga dapat menjadi disfungsional (*family dysfunctional*), yaitu keluarga dengan banyak konflik, perilaku buruk, dan bahkan pelecehan di antara anggota-anggotanya. Keluarga disfungsional dapat menyebabkan dan juga dapat menjadi akibat kecanduan alkohol, obat terlarang, dan lain-lain dari orangtua; penyakit jiwa atau gangguan kepribadian orangtua; atau orangtua yang meniru begitu saja tingkah laku orangtua mereka dan pengalaman keluarga mereka yang disfungsional.

Komunikasi merupakan aspek yang paling penting dalam memelihara keberfungsian keluarga untuk keluarga berfungsi, serta upaya-upaya pemberfungsian kembali pada keluarga-keluarga disfungsional. Lestari (2012) menegaskan bahwa diskusi dan pengambilan keputusan dalam keluarga untuk semua urusan, persoalan efektif/tidaknya menjadi sangat tergantung pada gaya, pola dan keterampilan berkomunikasi dalam keluarga.

## Revitalisasi Fungsi Keluarga

### 1. Konsep Fungsi

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga. Walaupun beberapa penulis menggunakan „fungsi“ untuk mengartikan „akibat dari atau hasil dari“, akan lebih mudah memikirkan fungsi keluarga sebagai apa yang dikerjakan keluarga. Fungsi dasar keluarga memenuhi kebutuhan anggotanya dan kebutuhan masyarakat. Tujuan terpenting yang dipenuhi keluarga adalah menghasilkan anggota baru (fungsi reproduksi) dan membelajarkan/melatih individu tersebut menjadi bagian dari anggota masyarakat (fungsi sosialisasi) (Kingsburg & Scanzoni, 1993).

Friedman dkk (2014) menguraikan lima fungsi keluarga yang menjadi

saling berhubungan erat pada saat melakukan pengkajian dan intervensi dengan keluarga. Lima fungsi keluarga seperti berikut ini:

- a. Fungsi afektif (fungsi mempertahankan kepribadian): memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi dan status sosial: memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.
- c. Fungsi reproduksi: untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.
- d. Fungsi ekonomi: menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.
- e. Fungsi perawatan kesehatan: menyediakan kebutuhan fisik – makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

Keluarga yang berfungsi secara optimal ditandai dengan: (a) menunjukkan tingkat kemampuan keterampilan negosiasi yang tinggi dalam menghadapi masalahnya; (b) mengungkapkan berbagai perasaan, kepercayaan dan perbedaan mereka dengan spontan, jelas, terbuka; (c) menghargai perasaan anggotanya; (d) memotivasi otonomi anggotanya; (e) mendorong anggota keluarga memikul tanggung jawab pribadi terhadap tindakan yang mereka lakukan; dan (f) menunjukkan perilaku afiliatif (kedekatan dan kehangatan) satu sama lain (Beavers & Hampson, 1993).

## 2. Perubahan Fungsi Keluarga

Seiring waktu dan perkembangan zaman, fungsi yang dijalankan

keluarga untuk anggota keluarga dan masyarakat telah berubah. Beberapa fungsi tertentu berubah terutama sebagai respon terhadap perubahan sosial dan ekonomi. Industrialisasi, urbanisasi dan kemajuan teknologi telah sangat mempengaruhi keluarga, dan lembaga sosial/masyarakat menjadi memikul banyak fungsi yang pada awalnya adalah fungsi keluarga. Misalnya anak usia sekolah berada di sekolah sepanjang hari untuk mengikuti kegiatan kurikuler dan ekstra kurikuler. Sebagian kondisi ini sengaja dipilih untuk alasan orangtua bekerja sepanjang hari dan anak-anak kalau pulang orangtua belum pulang kerja, tetap di sekolah dianggap pilihan terbaik. Selain perubahan dalam fungsi keluarga, nilai keluarga dan waktu transisi keluarga juga mengalami perubahan menyolok. Lanjut usia hidup terpisah di rumah mereka sendiri atau panti jompo, bukannya tergantung pada keluarga. Aktivitas yang dulunya dilakukan di dalam rumah atau melibatkan anggota keluarga, misalnya memasak, kini jarang dilakukan lagi. Gantinya adalah makan bersama di restoran dan ketika mengelilingi meja makan masing-masing sibuk menatap gadget-nya. Berada dekat tapi jauh! Saat ini makin bertambah keluarga yang suami-istri sama-sama bekerja, dan keduanya menjadi terlibat dalam aktivitas ekonomi.

Fungsi afektif keluarga adalah fungsi utama keluarga dewasa ini. Ikatan kekerabatan, walaupun pada suatu saat dapat melemah karena tuntutan yang diciptakan industrialisasi dan urbanisasi, terus hidup dan berjalan dengan baik. Melihat karakter kehidupan masyarakat yang tidak peduli dan khas masyarakat kota, individu makin melihat keluarganya sebagai sumber kenyamanan dan dukungan emosional lebih dari sebelumnya.

### 3. Revitalisasi Fungsi Keluarga di Era Digital

Revitalisasi fungsi keluarga atau menempatkan kembali sebagai sebuah kebutuhan penting keberfungsian keluarga menjadi isu krusial dalam merespon semua perubahan fungsi keluarga. Komunikasi yang orientasi membangun dan memelihara hubungan menjadi harapan dalam mengoptimalkan kembali fungsi keluarga. Carnegie & Associates (2016) bagus sekali menggambarkan bahwa keluarga-keluarga, tanpa memandang di kota atau di desa, saat ini berada dalam era digital, yaitu dunia dalam sentuhan ujung jari. Dunia tempat nilai sebuah hubungan manusia kerap kali ditukar demi keuntungan transaksi. Banyak orang menguasai seni yang ironis untuk meningkatkan titik sentuh sekaligus kehilangan sentuhan pada saat yang bersamaan. Dunia digital seperti pedang bermata dua. Seringkali kecepatan akses membuat informasi tak sempat ditelaah. Komunikasi digital membuat orang bisa menjangkau lebih banyak orang dengan cepat dan dengan biaya lebih sedikit, tetapi seorang pecundang tetap menjadi seorang pecundang. Teknologi bisa membuat reputasi seseorang hancur dengan lebih cepat dan lebih mudah daripada sebelumnya. Teknologi informasi dapat digunakan untuk membela diri dan menstimulasi koneksi melalui kecakapan membangun kesan yang menarik tetapi dangkal. Carnegie menyebut yang pertama sebagai kekeliruan filosofis dan yang kedua sebagai kekeliruan strategi. Namun, mata pedang sebelahnya tetap dapat menyampaikan pesan kasih sayang, kepedulian, kebaikan, kerendahan hati, dengan kesegeraan merespon dapat sangat segera, yang sungguh berbeda dibandingkan zaman kirim

surat tulisan tangan. Ketika bicara pedang bermata dua, sungguh penting anggota keluarga menjadi bijaksana dan tepat menggunakan perangkat teknologi untuk merekatkan dan memelihara hubungan dalam keluarga.

### 4. Gambaran Hubungan dalam Keluarga

Dalam kehidupan keluarga, hubungan yang seyogyanya saling asih, asah, asuh, mudah terperangkap menjadi hubungan mendominasi/menguasai, juga ketergantungan yang tidak mengembangkan otonomi anggota-anggotanya. Sifat-sifat buruk yang ada di dalam kehidupan keluarga, khususnya dalam hubungan suami-istri, yaitu: komunikasi yang tidak bertumbuh; menunjukkan sifat kekanak-kanakan; tidak kenal berbasa-basi; hilang keinginan membahagiakan; terdapat pihak yang selalu ingin dibahagiakan /dilayani; nilai-nilai religius tak dijalankan; masing-masing hidup dalam dunianya sendiri; dan suka menganiaya secara emosi dan fisik.

Secara khusus untuk yang terakhir, Forward (2010) mengenalkan istilah pemerasan emosi (*emotional blackmail*) yaitu hubungan tidak sehat, di mana ada pihak yang melakukan pemerasan emosi terhadap pihak lainnya, dengan „korban“ juga bisa menjadi „pelaku“ dalam setting situasi berbeda. Misalnya seorang istri yang tak pandai bergaul, menikah dengan suami yang dominan. Suami kerap kali melakukan pemerasan emosi pada istrinya, menuntut istri harus mengurus seluruh urusan rumah tangga dan anak-anak. Namun, di sisi lain, istri menuntut suami memanjakannya dan menyalahkan suami untuk dirinya tak punya waktu mengikuti aktivitas sosial. Menurut Forward, kondisi ini ditandai dengan rasa tidak enak ketika harus mengatakan “ya” pada pelaku

pemerasan emosi. Forward mengenalkan metafora kabut FOG, yaitu *fear*, *obligation* dan *guilt*. Rasa takut, rasa wajib, dan rasa bersalah. Pemerasan emosi sering terjadi dalam hubungan pribadi yang dekat.

### **Fungsi Keluarga dalam Proses Rehabilitasi Narkoba**

Istilah „rehabilitasi“ merujuk pada lapangan multi-disiplin yang berkaitan dengan fisik, emosional, kognitif, aspek-aspek sosial dari fungsi mayor kehidupan (mobilitas, komunikasi, aktivitas sehari-hari, aktivitas vokasi, relasi sosial, pemanfaatan waktu luang/rekreasi. (Renwick & Friefeld, 1996). Rehabilitasi tradisional berfokus pada program kompensasi, tetapi belakangan ini lebih banyak berfokus pada penyesuaian disabilitas serta integrasi sosial orang-orang disabilitas dengan masyarakat. Pendekatan terbaru menekankan partisipasi individu dengan disabilitas dalam aspek-aspek kehidupan bermasyarakat di mana mereka memilih untuk dikembangkan. Terjadi peningkatan perhatian terhadap interaksi antara orang-orang dan lingkungan mereka.

Selama proses rehabilitasi penting bagi keluarga untuk memegang kendali atas mantan pecandu karena mereka bergerak lebih berdasarkan insting, bukan logika. Proses pembentukan mental dan psikologis dilakukan intensif oleh keluarga hingga alam pikir mantan pecandu berfungsi sebagaimana orang normal.

Dalam masa peralihan setelah proses rehabilitasi selesai, ada beberapa hal yang perlu dipersiapkan oleh keluarga.

1. Suasana rumah kondusif, kekeluargaan serta harmonis.
2. Membuat border/benteng dari lingkungan yang tidak baik, dengan menciptakan lingkungan pergaulan baru yang lebih baik.
3. Memberikan kesibukan dengan kegiatan yang bermanfaat.

4. Memberikan kesempatan untuk membuktikan diri.
5. Mencurahkan perhatian dan senantiasa mengingatkan jika merasakan ada keanehan atau kemungkinan turunnya motivasi.

### **Komunikasi Suportif**

Individu tidak lahir membawa sikap, keluargalah tempat pertama pembentukan sikap. Sikap adalah penilaian terhadap berbagai objek dunia sosial. Sikap suportif adalah sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Orang bersikap defensif bila ia tidak menerima, tidak jujur dan tidak empatik. Dengan sikap defensif, komunikasi gagal, sebab orang defensif lebih banyak sibuk melindungi diri ketika berkomunikasi lebih daripada memahami pesan orang lain.

Komunikasi defensif dapat terjadi karena faktor-faktor personal (ketakutan, kecemasan, harga diri rendah, pengalaman defensif) atau faktor-faktor situasional, di antaranya perilaku komunikasi orang lain. Jack R. Gibb dalam Rakhmat (1989) menjabarkan enam perilaku yang menimbulkan perilaku suportif.

#### **Perilaku Defensif dan Suportif Jack Gibb**

<b>Iklim Defensif</b>	<b>Iklim Suportif</b>
1. Evaluasi	1. Deskripsi
2. Kontrol	2. Orientasi masalah
3. Strategi	3. Spontanitas
4. Netralitas	4. Empati
5. Superioritas	5. Persamaan
6. Kepastian	6. Provisionalisme

Menurut Gibb, makin sering orang menggunakan perilaku di sebelah kiri, makin besar kemungkinan komunikasi menjadi defensif. Sebaliknya, perilaku defensif berkurang dalam iklim suportif ketika orang menggunakan perilaku di sebelah kanan.

#### **1. Evaluasi vs Deskripsi**

Evaluasi artinya menilai, memuji, mengecam. Dalam evaluasi, nilai dan motif orang lain dipersoalkan.



Menyebutkan kelemahan, kejelekan perilaku, meruntuhkan harga diri, akan melahirkan sikap defensif. Evaluasi dapat dilakukan pada gagasan, bukan pada pribadi, namun umumnya sering terperangkap dalam evaluasi pribadi.

Deskripsi adalah penyampaian perasaan dan pemikiran tanpa menilai.

## 2. **Kontrol vs Orientasi Masalah**

Perilaku kontrol berusaha mengubah orang lain, mengendalikan perilakunya, mengubah sikap, pendapat dan tindakannya. Setiap orang tidak ingin didominasi orang lain. Sebaliknya, orientasi masalah, tidak terjadi pendiktean, melainkan bersama-sama menetapkan tujuan dan bagaimana mencapainya.

## 3. **Strategi vs Spontanitas**

Strategi adalah penggunaan tipuan-tipuan atau manipulasi untuk mempengaruhi orang lain. Spontanitas artinya sikap jujur dan tidak berusaha menutupi motif.

## 4. **Netralitas vs Empati**

Netralitas adalah sikap impersonal, memperlakukan orang lain tidak sebagai person, melainkan objek. Bersikap netral bukan berarti objektif, melainkan menunjukkan sikap acuh tak acuh, tidak menghiraukan perasaan dan pengalaman orang lain. Lawan netralitas adalah empati. Empati adalah memandang persoalan orang lain dalam kacamata orang lain tersebut. Tanpa empati, orang menjadi seperti mesin yang hampa perasaan dan perhatian.

## 5. **Superioritas vs Persamaan**

Superioritas artinya menunjukkan sikap lebih tinggi, dalam keluarga bisa karena usia, peran, intelektual, penampilan fisik. Superioritas melahirkan sikap defensif. Persamaan adalah sikap memperlakukan orang lain secara horisontal dan demokratis. Dalam persamaan, perbedaan tidak dipertegas, misalnya anak yang berbeda fisik antara yang rupawan dengan yang kurang rupawan.

Komunikasi tidak menggurui, tidak terjadi searah, melainkan interaktif.

## 6. **Kepastian vs Provisionalisme**

Dekat dengan superioritas adalah kepastian (*certainty*). Orang yang memiliki kepastian bersifat dogmatis, ingin menang sendiri dan melihat pendapatnya sebagai kebenaran mutlak. Sebaliknya, provisionalisme adalah kesediaan meninjau ulang pendapatnya, mengakui bahwa pendapat manusia adalah tempat kesalahan karena itu wajar pendapat dan keyakinan bisa berubah. Provisional artinya bersifat sementara, menunggu sampai ada bukti yang lengkap.

Banyak sekali definisi komunikasi, di antaranya: komunikasi adalah pertukaran informasi antara dua orang atau lebih, atau dengan kalimat lain, pertukaran ide, gagasan, pemikiran dan perasaan (Kozier dkk, 2011). Menurut Tamsuri (2006) komunikasi adalah proses ketika seorang individu yang menyampaikan pesan (komunikator) mengoper perangsang (lambang bahasa) untuk mengubah tingkah laku individu yang lain (komunikan).

Definisi pertama mengartikan komunikasi lebih memiliki konotasi personal dibandingkan sekadar pertukaran ide atau pemikiran, karena juga mentransmisikan perasaan, sehingga menjadi interaksi yang lebih bersifat personal/sosial di antara manusia. Dalam konteks ini, komunikasi sering disinonimkan dengan hubungan (Kozier dkk, 2011). Pengertian hubungan atau *relationship* adalah proses interpersonal antara dua orang atau lebih. Dalam konteks kehidupan keluarga, kebanyakan komunikasi merupakan upaya merekatkan dan memelihara hubungan, tak selalu ada tujuannya seperti dalam hubungan kerja/profesional. Sebuah keluarga memiliki kesempatan panjang dan luas untuk membangun hubungan keakraban antar anggotanya. Berbeda halnya dengan hubungan profesional,

membangun keakraban dilakukan bersamaan dengan proses bertujuan dengan menggunakan strategi-strategi komunikasi efektif.

Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi meliputi: kecakapan komunikator; persepsi; jarak personal; teritorial; peran, hubungan dan tujuan; waktu dan tempat; sikap; serta emosi dan harga diri (Kozier dkk, 2011).

Keakraban, menurut Rakhmat (1989), merupakan unsur terpenting dalam peneguhan hubungan interpersonal, disusul kontrol, respon yang tepat dan nada emosional yang tepat. Keakraban merupakan pemenuhan kebutuhan akan kasih sayang.

Faktor kedua adalah kesepakatan tentang siapa yang akan mengontrol siapa dan bilamana dilakukan jika anggota keluarga memiliki pendapat berbeda, sebelum mengambil simpulan, siapa yang harus berbicara lebih banyak, menentukan kapan berbicara. Konflik terjadi bila masing-masing ingin berkuasa, atau tidak ada yang mau mengalah.

Faktor ketiga adalah ketepatan merespon. Menurut Rakhmat (1989) respon bisa dibagi ke dalam dua kelompok: (1) konfirmasi; dan (2) diskonfirmasi. Respon konfirmasi memperteguh hubungan, sedangkan diskonfirmasi melemahkannya. Respon konfirmasi meliputi: (1) pengakuan langsung; (2) perasaan positif; (3) respon meminta keterangan; (4) respon setuju; (5) respon suportif. Sedangkan respon diskonfirmasi meliputi: respon sekilas, impersonal, kosong, tidak relevan, interupsi, rancu dan kontraproduktif.

Faktor keempat adalah keserasian suasana emosi pada saat komunikasi berlangsung. Ibu turut sedih ketika anak mengungkapkan perasaan kesepiannya, sedang terjadi penyamaan suasana emosi dan ini memfasilitasi komunikasi suportif.

Dalam kehidupan berkeluarga komunikasi seyogyanya terjadi untuk merangkul/merengkuh hati setiap person

dalam keluarga. Nick Vujicic (2014) membuatnya lebih jelas dengan mengatakan “dalam kehidupan berkeluarga, orientasi memelihara hubungan harus lebih penting daripada keinginan untuk menjadi orang yang benar.”

Begitu pentingnya komunikasi hubungan ini, Hartrick (1997) menemukan bahkan pelatihan keterampilan komunikasi sekalipun menjadi tidak optimal ketika lebih menekankan latihan mekanistik daripada komunikasi hubungan. Hartrick menegaskan bahwa penekanan seharusnya pada pengembangan hubungan (*relationship development*), terutama pada kapasitas natural seseorang terhadap komunikasi suportif.

Rakhmat (1989) menyatakan bahwa tidak benar anggapan bahwa makin sering komunikasi dilakukan, makin baik hubungan mereka. Persoalannya bukan *berapa kali* tapi *bagaimana* komunikasi dilakukan. Bila berkembang sikap curiga, makin sering berkomunikasi justru makin jauh jarak psikologis. Tiga hal penting yang menumbuhkan hubungan interpersonal yang baik adalah: (1) percaya; (2) sikap suportif; dan (3) sikap terbuka.

**Percaya (trust)** didefinisikan sebagai “mengandalkan perilaku orang lain untuk mencapai tujuan yang dikehendaki, yang pencapaiannya tidak pasti dan dalam situasi yang penuh risiko. Giffin dalam Rakhmat (1989) menyebutkan 3 (tiga) unsur percaya: (1) ada situasi yang menimbulkan risiko; (2) orang yang menaruh kepercayaan menyadari bahwa akibat-akibatnya bergantung pada perilaku orang lain; dan (3) orang tersebut yakin bahwa perilaku orang lain akan berakibat baik baginya. Percaya akan membuka saluran komunikasi, memperjelas pengiriman dan penerimaan informasi. Hilangnya kepercayaan akan menghambat perkembangan hubungan interpersonal yang akrab. Percaya dipengaruhi faktor-faktor personal dan situasional. Orang yang harga dirinya

positif cenderung memercayai orang lain, sebaliknya seorang yang berkepribadian otoriter cenderung sukar memercayai orang lain. Selain faktor-faktor personal, terdapat 3 (tiga) lagi faktor yang berhubungan dengan sikap percaya, yaitu: (1) karakteristik dan maksud orang lain; (2) hubungan kekuasaan; dan (3) sifat dan kualitas komunikasi. Terdapat tiga faktor utama yang dapat mengembangkan komunikasi yang didasarkan pada percaya, yaitu menerima, empati dan kejujuran.

**Sikap suportif** seperti dikemukakan sebelumnya adalah lebih melihat hal-hal positif dalam diri orang lain. Jika ini dilatihkan, seorang yang bersikap suportif akan mudah saja menemukan hal-hal positif yang dapat diakui dan diapresiasi dari kawan bicaranya.

**Sikap terbuka (*open-mindedness*)** amat besar pengaruhnya dalam menumbuhkan komunikasi interpersonal yang efektif. Penampilan sikap terbuka adalah menilai pesan secara objektif; membedakan dengan mudah dan melihat nuansa, berorientasi isi; mencari informasi dari berbagai sumber; lebih bersifat provisional; dan sedia mencari akurasi pesan yang tidak sesuai sistem kepercayaan.

## Hasil

### Orientasi Kacah

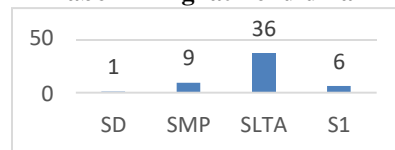
Studi dilakukan di sebuah panti rehabilitasi narkoba pada 14 Oktober 2015 s/d 14 Januari 2016. Fokus rehabilitasi di panti ini adalah memulihkan fungsi sosial pecandu untuk kembali ke tengah-tengah masyarakat. Program rehabilitasi yang diberlakukan *Therapeutic Community* (TC), dilakukan oleh profesional pekerja sosial.

### Karakteristik Responden

Responden yang melengkapi kuisioner adalah seluruh residen (warga) panti berjumlah 52 orang, terdiri atas 49 laki-laki dan 3 perempuan. Usia 15-48 tahun.

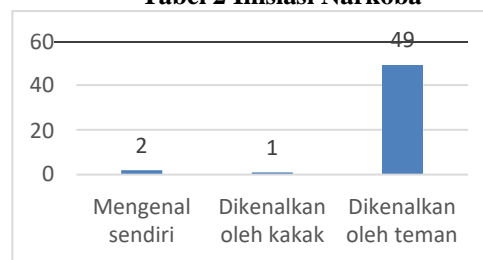
Tingkat pendidikan residen seperti Tabel 1.

**Tabel 1 Tingkat Pendidikan**

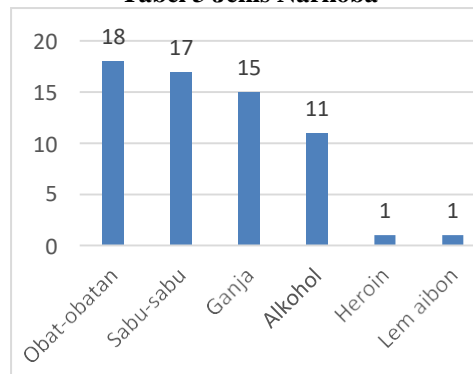


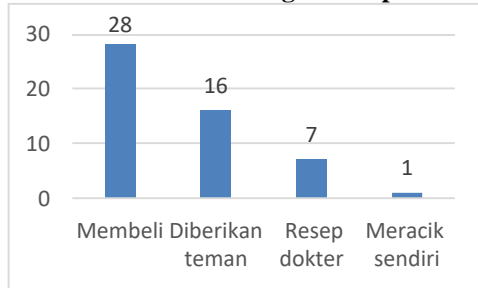
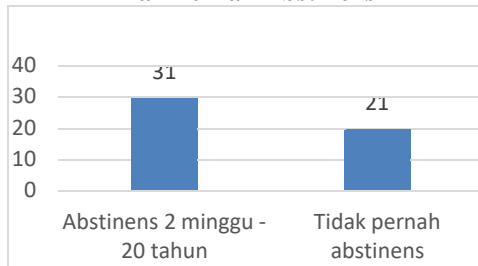
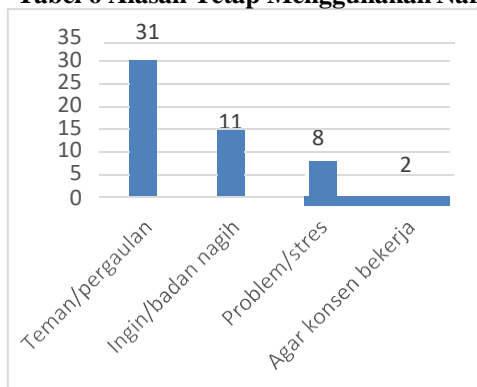
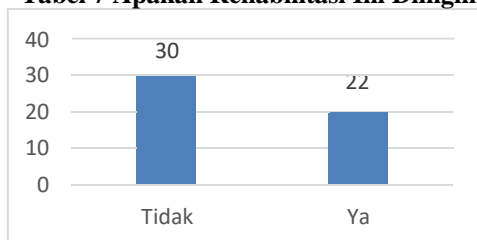
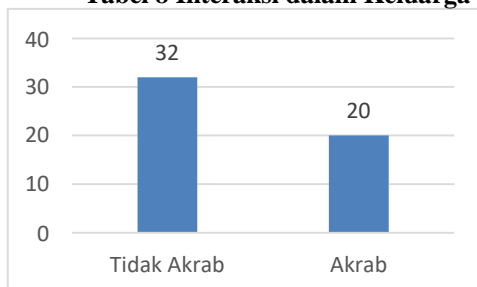
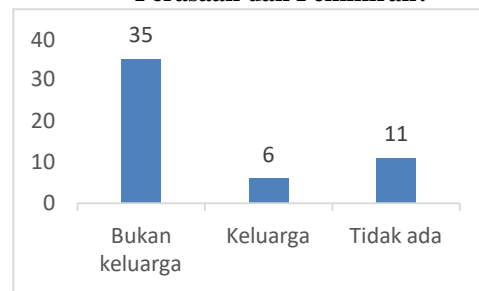
Ada dua kelompok residen berdasarkan cara masuk panti, yaitu (1) dikirim keluarga/reguler 20 orang; dan (2) kasus hukum (32) orang. Kasus hukum ada dua kategori: (a) tahanan polisi yang sedang diproses hukum, dan (b) tahanan BNN. Perbedaan dua kelompok residen ini reguler dan hukum menjadi penting karena mendapatkan perlakuan berbeda. Misalnya residen tahanan polisi yang memegang surat perintah dari polisi tetap kuliah maka akan kuliah dari panti. Contoh lain, residen kasus hukum diizinkan memakai telepon seluler dengan alasan kepentingan kasus hukumnya, residen reguler tidak diizinkan. Keadaan ini membuat panti kurang leluasa menjalankan program rehabilitasi secara sama pada seluruh residen.

**Tabel 2 Inisiasi Narkoba**



**Tabel 3 Jenis Narkoba**



**Tabel 4 Cara Tersering Mendapatkan****Tabel 5 Abstinens vs Tak Pernah Abstinens****Tabel 6 Alasan Tetap Menggunakan Narkoba****Tabel 7 Apakah Rehabilitasi Ini Diinginkan?****Tabel 8 Interaksi dalam Keluarga****Tabel 9 Siapa Pilihan Berbagi Perasaan dan Pemikiran?**

Penyebaran kuisioner dilakukan tanggal 29 Desember 2015. Untuk aitem pertanyaan harapan menjalani rehabilitasi, 100% jawaban bersifat normatif bahwa rehabilitasi mereka harapkan dapat memulihkan mereka. Pada tanggal 14 Januari 2016, dilakukan pemeriksaan urine seluruh residen dan 10 (sepuluh) residen dinyatakan urine-nya positif mengandung sabu-sabu. Wawancara semi terstruktur pada 2 orang residen tentang relaps-nya, petikannya seperti berikut:

*“Wong barangnya ada. Saya udah nahan keinginan makai selama 2 minggu. Nemu barangnya di kolong tempat tidur Pak B. Tak simpankan wae. Tapi sudah 4 bulan saya di panti, kan, penasaran juga ingin tau rasanya barang itu sekarang. Saya makai di kamar mandi, eh, A masuk dan minta, ya udah ... kita pakai bareng.”* (R35, 47 tahun)

*“Bullshit! Berharap kita tobat? Mana ada langsung tobat. Pasti keinginan makai ada-laaah. Semua pecandu begitu.”* (R17, 40 tahun)

Wawancara semi terstruktur mengungkap persepsi residen terhadap fungsi keluarga mereka, beberapa kutipannya seperti berikut:

*“Aku masih dalam kandungan ketika ayah meninggalkan ibuku. Aku tak punya gambaran apa-apa tentang ayahku. Ketika ayah datang di usiaku 25 tahun, aku tak punya perasaan apapun terhadapnya. Oma dan tante-tante nangis pas ayah datang. Heran aja aku ngapain mereka nangis.”* (Wawancara 1, R43, laki-laki, 28 tahun, ekspresi tertawa ketika menceritakan nenek dan tante nangis ayahnya pulang)

*“Aku sering diinjak-injak papa ketika dalam kandungan. Papa-mama cerai. Papa nikah*

dulu, punya anak. Mama lama di Mesir, lalu pulang dan menikah, punya anak juga. Sementara mama di Mesir, aku diasuh nenekku. Setelahnya aku bisa milih ikut papa atau mama. Di depan mereka aku tampil jadi anak baik-baik, tidak buat masalah. Kupikir mereka juga sibuk dengan keluarga barunya. Lagipula kepribadian memang seperti mengenakan topeng, bukan?" (Wawancara 2, R4, laki-laki, 18 tahun, dalam wawancara ekspresi wajah datar)

"Saya anak ketujuh dari tujuh bersaudara. Bapak polisi, ibu bertani. Bapak saya aparat hukum, penegak keadilan. Gaji Bapak tak cukup. Ibu benar-benar mengerjakan sawah dengan tangannya sendiri. Ibu saya tangannya kasar tapi hatinya lembut sangat. Sangat sayang pada saya. Ketika menikah, saya punya istri yang baik dan 3 anak yang membanggakan saya. Hari Minggu lalu istri dan 3 anakku datang membesuk ke sini. Anak-anakku pada minta dipijit. Yang kecil kupijit sampai tertidur." (Wawancara 3, R38, laki-laki, 48 tahun, ekspresi banyak tersenyum)

"Istri saya mendukung saya masuk panti, kami sepakat soal masuk panti. Masuk panti adalah salah satu tahapan dalam hidup saya untuk berkarya. Saya punya rencana pameran lukisan setelah keluar nanti." (Wawancara 4, R44, laki-laki, 40 tahun, ekspresi tenang)

Petikan wawancara dengan mantan pecandu yang menjadi pekerja sosial di panti, seperti berikut:

"Saya makainya macam-macam dulu. Saya poly user. Bisa berhenti juga? Saya orang seni, makai itu supaya berkarya. Lama-lama saya capek. Badan saya capek. Saya mantapkan untuk berhenti." (P3, 2 Desember 2015)

Wawancara dengan pekerja sosial panti mengakui kondisi keterbatasan dan kendala yang dihadapi panti.

"Program *Therapeutic Community (TC)* yang panti jalankan sudah seharusnya ditinjau ulang dan direvisi, sudah ada pergeseran dibandingkan rehabilitasi di tahun-tahun yang lalu. Dulu pecandunya masuk karena keinginan sendiri, motivasi sembuhnya juga tinggi. Sekarang pecandu yang digrebek aparat kepolisian atau BNN manalah memiliki motivasi pribadi untuk sembuh. Masuk panti bukan motivasi dari dalam dirinya." (P1, 15 Oktober 2015)

"Penanganan narkoba di negara kita belum satu atap. Tersebar. Kepolisian dan BNN jalan sendiri-sendiri." (P2, 17 Oktober 2015)

## Pembahasan

Studi ini menemukan pengakuan memakai lagi narkoba dari 31 responden setelah pernah berhenti (abstinens) menggunakan narkoba dengan kisaran waktu 2 minggu – 20 tahun. Dan 21 responden menyatakan terus-menerus menggunakan narkoba. Dalam banyak studi, faktor yang berhubungan dengan relaps dapat digolongkan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang diketahui memiliki pengaruh terhadap terjadinya relaps yakni efikasi diri, motivasi, craving, koping, status emosional dan harapan hasil (Witkiewitz dan Marlatt, 2004); stres (Sinha, 2001); problem perilaku (Brown dkk, 1996); depresi dan gangguan kecemasan (Bradizza dkk, 2006); serta suasana hati (*mood*) (Imani, Sabetimani, Ghojur, 2012). Motivasi dalam faktor internal memainkan peranan penting dalam pembentukan perilaku relaps, di mana motivasi membantu individu untuk keluar dari kondisi stres akut sehingga individu bisa menahan dan mengendalikan diri untuk tidak relaps dalam penyalahgunaan zat adiktif (Sinha, 2001).

Faktor eksternal yang memiliki pengaruh terhadap relaps yaitu konflik interpersonal dan tekanan sosial (Imani, Sabetimani, Ghojur, 2012); dukungan sosial dan sejarah keluarga (Witkiewitz & Marlatt, 2004); serta lingkungan dan ekonomi (Sanchez dkk, 2012). Banyak penelitian menyatakan bahwa remaja tanpa dukungan sosial yang kuat cenderung terjerumus ke dalam perilaku merokok dan penyalahgunaan substansi/zat (Khajehdaloue dkk, 2013).

Proses relaps bervariasi pada setiap individu tergantung kontekstual individu dan faktor pemicu, secara garis besar ada dua pola dasar relaps yaitu: (1) *overall metapattern of relapse* dan (2) *more*

*individual pattern that occur in general stages.* Pola pertama terdiri dari peristiwa tertentu atau langkah-langkah yang mengarah ke relaps seperti mantan pemakai napza mengalami stres sehingga individu menjadi lebih mudah marah dan gelisah karena stres yang terus-menerus dan hal inilah yang menyebabkan pandangan bahwa yang individu butuhkan adalah napza (Marlatt dan Gordon, 1985). Sedangkan untuk pola kedua lebih mengarah ke masalah keluarga yang dapat menimbulkan munculnya kembali perilaku relaps (Carich dan Stone 1993, 1994).

Persepsi residen tentang fungsi keluarga terungkap dalam petikan wawancara 1 dan 2 yang menunjukkan disfungsi keluarga, namun wawancara 3 dan 4 menunjukkan tetap ada harapan mengatasi masalah penyalahgunaan narkoba bersama keluarga. Friedman dkk (2014) menyatakan keluarga cenderung menjadi pemicu masalah kesehatan anggotanya dan sekaligus menjadi pelaku dalam menentukan masalah kesehatannya.

Hasil studi kualitatif ini mendukung banyak penelitian sebelumnya yaitu pentingnya revitalisasi fungsi keluarga dalam penanggulangan penyalahgunaan narkoba. Revitalisasi dimaksud juga penting mempertimbangkan keadaan era digital di mana anggota keluarga terlibat banyak hubungan di luar keluarga, tetapi bersifat dangkal. Keakraban hubungan dalam keluarga menjadi dibutuhkan, justru lebih dari sebelum era digital seperti saat ini. Keluarga harus kembali berfungsi sebagai tempat yang paling dirindukan untuk pulang oleh setiap anggota keluarganya. Pada kasus penyalahgunaan narkoba terungkap bahwa keluarga adalah pemicu masalah sekaligus berpotensi dalam pencegahan dan pemulihan ketergantungan narkoba.

Iklim komunikasi suportif menurut Jack Gibb meliputi 6 (enam) perilaku suportif, yaitu: deskripsi, orientasi masalah, spontanitas, empati, persamaan

dan provisionalisme. Keenam perilaku suportif ini ketika dilakukan konsisten dan berkesinambungan, dianggap dapat menggeser perilaku defensif yang memicu pelarian kontraproduktif di luar keluarga. Studi lebih lanjut untuk melihat keberhasilan pemberlakuan komunikasi suportif dalam keluarga untuk menanggulangi problem penyalahgunaan narkoba dibutuhkan untuk membuktikan asumsi ini.

Studi kualitatif ini diakui memiliki keterbatasan karena hanya melihat dari perspektif residen, namun sedapatnya wawancara semi terstruktur dan observasi terlibat berusaha memotret lebih objektif.

### **Simpulan dan Saran**

Gambaran penanggulangan narkoba di Indonesia belum menunjukkan hasil yang melegakan. Panti penting meninjau ulang program rehabilitasi yang dijalankan dan melakukan revisi ketika diperlukan.

Hasil studi ini dapat menjadi acuan untuk studi lanjutan memberikan tritmen pemulihan pada pecandu narkoba dengan pemberfungsian keluarga. Keseluruhan fungsi keluarga (afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi dan kesehatan) mensyaratkan iklim hubungan antar anggota keluarga yang akrab dan hangat. Dengan kata lain, keseluruhan fungsi keluarga diperantarai oleh komunikasi. Studi lebih lanjut mengaktifkan komunikasi suportif dalam keluarga secara khusus untuk penanganan problem ketergantungan narkoba, direkomendasikan.

### **Referensi:**

- Beavers, W.R., & Hampson, R.B. 1993. Measuring family competence. In F. Walsh (Ed.). *Normal family process* (2<sup>nd</sup> ed) pp. 73-95. New York: Guilford Press.
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. 2006. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental

- health and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 26, 162–178.
- Brody, G.H., Beach, S.R., Philibert, R.A., Chen Y., Murry, V.M. & Brown, A.C., 2009. Parenting moderates a genetic vulnerability factor in longitudinal increases in youths' substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 1-11.
- Brown, S. A., Gleghorn, A., Schuckit, M. A., Myers, M. G., & Mott, M. A. 1996. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 314–324.
- Carich, M. S., & Stone, M. (Eds.). 1993. *Offender relapse prevention*. Chicago: Adler School of Professional Psychology.
- Carnegie, D., & Associates. 2016. *How to win friends and influence people, in the digital age*. Jakarta: PT Gramedia.
- Cerda, M., Bordelois, P., Keyes, K.M., Roberts, A.L., Martins, S.S., Reisner, S.L., Austin, S.B., Corliss, & Koenen, K.C., 2014. Family ties: Maternal-offspring attachment and young adult nonmedical prescription opioid use. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 231-238.
- Connors, G. J., & Maisto, S. A. 2006. Relapse in the addictive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 26, 107-108.
- Fals-Stewart, W., & Clinton-Sherrod, M., 2009. Treating intimate partner violence among substance-abusing dyads: The effect of couples therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 257-263.
- Forward, S., Frazier, D. 1997. *Emotional Blackmail: Bebas dari Manipulasi Orang Lain*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer, Kelompok Gramedia.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Riset, Teori & Praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Goeders, N. E. 2004. Stress, motivation, and drug addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 13(33), 34-35.
- Hartrick, G. 1997. Relational capacity the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 26 (3) 25-34.
- Hubbard, R. L, Flynn, P. M, Craddock, S. G. & Fletcher, B. W. 2001. Relapse After Drug Abuse Treatment. In F.M. Tims, C.G. Leukefeld and J. J. Platt (eds), *Relapse and Recovery In Addictions*, 109-121. New Haven: Yale University Press.
- Imani, Z., Sabetimani, M., & Ghojur, K. A., 2011. Study of the effectiveness of cognitive group therapy in relapse prevention among substance abusers. *Asian Journal of Medical and Pharmaceutical*, 2(3), 47-52.
- International Narcotics Control Board. 2016. *Annual Report 2015*.
- Jalaluddin, R. 1989. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: CV Remadja Karya.
- Khajehdaluae, M., Zavar, A., Alidoust, M., Pourandi, R., 2013. The relation self-esteem and illegal drug usage in high scholl students. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013 Vol. 15 No. 11. ISSN 2074-1804.
- Kozier, B., Erb., G., Berman, A., Snyder, S.J., 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*, Jakarta: Penerbit EGC.
- Marlatt, A., & Gordon, J.R. (Eds.). 1985. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford.
- Morris, G.D., Wood, P.B., & Dunaway, R.G., 2006. Self-control, native traditionalism, and native American substance use: Testing the cultural invariance of a General Theory of Crime. *Crime & Delinquency*, Vol. 52, No. 4, 572-598.
- Rowe, C.L., 2012. Family Therapy for Drug Abuse: Review and Updates

- 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Salyers, M., Becker, D.R., Dracke, R.E., 2004. A ten year follow-up of supported employment. *Psych Serv*, 54, 1253-1257.
- Schaeffer, C.M., Swenson, C.C., Tuerk, E.H., Henggeler, W. 2013. Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse & Neglect*, 37.
- Sinha, R., 2001. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343– 359.
- Kingsburg, N., & Scanzoni, J. 1993. Structural-functional-ism. In. P.G. Boss, W.J. Doherty, R.L. LaRossa, W.R. Schumm, & S.K. Steinmetz (Eds). *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp 195-217). New York: Plenum Press.
- Lestari, S. 2012. *Psikologi Keluarga*. Jakarta: Penerbit Prenadamedia Group.
- Stewart, J., 2008. Review. Psychological and neural mechanisms of relapse. *Philos Trans R Soc Lond B Bio*.
- Tobler, A., & Komro, K.A., 2010. Trajectories of parental monitoring and communication and effect on drug among urban young adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 46(6), 560-568.
- Vujicic, N., 2014. *Love Without Limit*. Jakarta: PT Gramedia.
- Waldron, H.B., & Turner, C.W., 2008. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance use. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- Waldron, Holly B., Kern-Jones, S., Turner, Charles W., Peterson, Thomas R., Ozechowski, Timothy J. 2007. Engaging resistant adolescent in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., 2004. Relapse prevention for alcohol and drug problem: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., Hsu, S.H., 2013. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addiction Behavior*, 38, 1563-1571. DOI: 10.1016.
- Wray, J.M., Gass, J.C., Tiffany, S.T., 2013. A systemic review of the relationships between craving and smoking cessation. *Nicotine Tob Res*, 15, 1167-1182.
- Xue, Y.X., Luo, Y.X., Wu, P., Shi, S.H., 2013. A memory retrieval-extinction procedure to prevent drug craving and relapse. *Science*, 336, 241-245.
- Yang, M., Mamy, J., Gao, P., & Xiao S., 2015. From Abstinence to Relapse: A Preliminary Qualitative Study of Drug Users in a Compulsory Drug Rehabilitation Center in Changsa, China. *Plos One*. DOI: 10.1371. June 24, 2015.
- <http://nasional.tempo.co/read/news/2014/11/26/078624510/panti-pecandu-narkoba-kelebihan-kapasitas>, diakses 10/09/2015
- <http://lampost.co/berita/tingkat-kekambuhan-pecandu-narkoba-tinggi>, diakses 10/09/2015
- <http://suprememastertv.com/ina/bbs/Hari-Internasional-Melawan-Penyalahgunaan-Narkoba-Perserikatan-Bangsa-Bangsa-Masalah-Dunia-dan-Solusi>, diakses 16 Juni 2016
- <http://dedihumas.bnn.go.id/read/section/artikel/2015/12/08/2153/sinergitas-bnn-tni-dan-polri-dalam-mengatasi-permasalahan-narkotika-oleh-awan-pratama-s.ip>, diakses 6 Juli 2016



## STUDI META-ANALISIS: HUBUNGAN ANTARA EMOTIONAL INTELLIGENCE DAN JOB PERFORMANCE

*Yeyentimalla<sup>1</sup>*  
*Tina Afiatin<sup>2</sup>*

### ABSTRAK

Teori kecerdasan emosi *booming* dalam dua dekade terakhir. Teori ini dapat menjelaskan mengapa orang-orang dengan inteligensi (IQ) biasa bisa tampil cemerlang di tempat kerjanya. Studi primer melihat hubungan antara kecerdasan emosi dan performa tetap banyak dilakukan. Hasilnya meski sebagian besar mendukung teori kecerdasan emosi, sebagian menunjukkan hasil yang berbeda, yaitu tidak ada hubungan antar dua variabel ini atau hubungannya malah negatif. Studi meta-analisis ini hendak melihat hubungan antara Emotional Intelligence (EI) dengan Job Performance (JP) pada berbagai kelompok pekerja. Penelusuran jurnal online menemukan sebanyak 18 jurnal dengan 20 studi N = 4560 terlibat dalam analisis. Hasil meta-analisis menunjukkan nilai korelasi lemah Emotional Intelligence dan Job Performance,  $r = 0,16$ . Hasil meta-analisis ini mendukung banyak studi primer bahwa ada korelasi positif antara Emotional Intelligence dan Job Performance. Persentase variansi yang disebabkan oleh artifak error sampling sebesar 28,6%, dengan demikian 71,4% persentase variansi belum terspesifikasi, disebabkan selain oleh error sampling.

Kata kunci: *Emotional Intelligence, Job Performance, meta-analysis*

- 
- 1 Mahasiswa S3 Psikologi Klinis Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, [yeyendayak@gmail.com](mailto:yeyendayak@gmail.com)
  - 2 Promotor, Guru Besar Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

### **Pendahuluan**

Kejatuhan seseorang ke dalam penggunaan obat-obatan kebanyakan merupakan bentuk kegagalan mengendalikan stres. Menurut psikolog Reuven Bar-On pengendalian stres merupakan salah satu aspek kecerdasan emosi. Pengendalian diri mensyaratkan kontrol diri yang tinggi. Berbagai studi menemukan bahwa faktor kontrol diri memainkan peran signifikan dalam dinamika seseorang menggunakan narkoba, juga kembali menggunakan (relaps) setelah sempat berhenti. Dengan demikian meningkatkan kecerdasan emosi membuat seseorang lebih bisa beradaptasi dan tangguh menghadapi berbagai stressor kehidupan.

Di sisi lain, penampilan kerja atau dari penyalahgunaan narkoba, tak terelakkan mengalami penurunan dibandingkan bekerja tanpa narkoba. Meskipun pada penggunaan narkoba tertentu (misalnya sabu-sabu) boleh jadi awalnya mendapatkan efek semu kegairahan bekerja, tapi lama kelamaan ketika organ vital terutama otak mengalami kerusakan permanen, pekerjaan dan kehidupan pun menjadi berantakan.

Emotional Intelligence (EI) merupakan salah satu konsep kontroversial yang populer di dunia akademik psikologi dan manajemen dalam dekade terakhir adalah (Law dkk, 2008). Di era globalisasi dengan

persaingan ketat dewasa ini, karakteristik personal yang dapat memprediksi konsekuensi tampilan bekerja (seperti job attitudes dan job performance) menjadi isu penting. Jika perspektif tradisional berfokus pada lebih banyak kemampuan tradisional (kognitif dan psikomotor), maka belakangan ini juga diminati fokus pada variabel sosioemosional, seperti personality, variabel afektif dan berbagai kecakapan interpersonal (Kaplan & Cortina, 2010).

Konsep Emotional Intelligence (EI) muncul dari upaya untuk memahami mengapa banyak orang yang sangat cerdas (memiliki kemampuan luar biasa dalam membaca, menulis, ilmu hitung), namun terbatas dalam kemampuan mengelola perilaku dan hubungan sosial mereka dibandingkan orang lain dengan tingkat kecerdasan biasa (Bradberry & Greaves, 2007). Bar-On (2006) menyatakan bahwa individu yang cerdas secara emosi akan lebih kompeten dalam memahami diri mereka sendiri dan orang lain, relasi antar orang, beradaptasi dan menangani lingkungan sekitar secara cepat. Bagi Bar-On, kecerdasan emosi berhubungan dengan fungsi segera, sedangkan kecerdasan kognitif berhubungan dengan jangka panjang dan kapasitas stratejik. Dengan kata lain, kecerdasan emosi berorientasi pada proses, lebih daripada berorientasi pada keluaran (hasil).

Sebagian besar studi EI dalam dekade terakhir mengusulkan EI merupakan prediktor performance. Studi Jimoh dkk (2012) misalnya, merekomendasikan pelatihan EI pada karyawan kantor pemerintah untuk memperbaiki kemampuan Emotional Quotient (EQ) yang pada gilirannya meningkatkan performance. EI ditemukan memiliki hubungan positif dengan kepemimpinan efektif, job satisfaction dan job performance (Law dkk, 2008). Kumar (2006) menyatakan EI berdampak langsung pada performance dan efektivitas interpersonal dalam tim kerja.

Kaplan dkk (2010) menyatakan tujuan utama dari banyak riset organisasi adalah untuk mencoba memahami, memprediksi, mengembangkan dan mengubah fenomena organisasi dan outcome (misalnya kesejahteraan pekerja, performance individual/tim, retensi). EI terus menjadi ketertarikan kalangan akademisi dan profesional; studi-studi di bidang ini semakin berkembang. Sebuah studi meta-analisis yang melihat hubungan EI dan Job Performance (JP) pada guru sekolah menemukan secara empiris bahwa empat dimensi EI (self-emotional appraisal, others' emotional appraisal, use of emotion dan regulation of emotion) secara positif berkorelasi dengan Job Performance (Yoke & Panatik, 2015).

Tak semua studi menghasilkan simpulan yang sama. Studi Fruh (2005) menemukan bahwa tak ada korelasi bermakna antara skor EQ-I dan performa dalam pelatihan atletik mahasiswa. Wafika (2010) dalam Kaur dan Jiwan (2014) menemukan tidak ada korelasi bermakna antara emotional-social intelligence dan prestasi akademik pada mahasiswa keperawatan. Studi Kaur dan Jiwan (2014) di India mengungkap korelasi lemah (-0,081) dan terbalik antara EI dan performance, yang juga dilakukan pada mahasiswa keperawatan.

Dengan demikian, satu lagi studi meta-analisis untuk mengungkap korelasi EI dan Job Performance dianggap menarik untuk dilakukan, mengingat studi-studi primer EI tetap banyak dilakukan pada berbagai populasi pekerja di seluruh dunia.

## **Tujuan**

Studi meta-analisis dilakukan untuk melihat hubungan Emotional Intelligence dengan Job Performance.

## **Tinjauan Teoretis**

### **1. Emotional Intelligence (EI)**

Salovey dan Mayer mengembangkan konsep Emotional Intelligence yang

diistilahkan dengan empat berkas atau *branch*, yaitu: (1) persepsi emosi (diri sendiri dan orang lain); (2) asimilasi emosi untuk memfasilitasi berpikir; (3) pemahaman emosi; dan (4) pengelolaan dan pengaturan emosi diri sendiri dan orang lain (Ashkanasy & Daus, 2005).

Goleman (2004) mendefinisikan EI mencakup pengendalian diri, semangat, dan ketekunan, serta kemampuan untuk memotivasi diri sendiri, bertahan menghadapi frustrasi, kesanggupan untuk mengendalikan dorongan hati dan emosi, tidak melebih-lebihkan kesenangan, mengatur suasana hati dan menjaga agar beban stres tidak melumpuhkan kemampuan berpikir, untuk membaca perasaan terdapat orang lain (empati) dan berdoa, untuk memelihara hubungan dengan sebaik-baiknya, kemampuan untuk menyelesaikan konflik, serta untuk memimpin.

Parrot (2004) menyatakan bahwa kecerdasan emosi merupakan konsep ilmiah di bidang psikologi yang dapat dikaji pada tiga level analisis yang berbeda: biologik/fisiologikal, kognitif serta sosio-kultural. Tak satu pun level analisis ini dapat diklaim lebih saintifik daripada yang lain, karena jika dicermati, ketiganya saling melengkapi, bukannya bertentangan.

Bar-On (2006) menyatakan bahwa individu yang cerdas secara emosi akan lebih kompeten dalam memahami diri mereka sendiri dan orang lain, relasi antar orang, beradaptasi dan menangani lingkungan sekitar secara cepat. Bagi Bar-On, kecerdasan emosi berhubungan dengan fungsi segera, sedangkan kecerdasan kognitif berhubungan dengan jangka panjang dan kapasitas stratejik. Dengan kata lain, kecerdasan emosi berorientasi pada proses, lebih daripada berorientasi pada keluaran (hasil).

Patton (1998) berpendapat bahwa seseorang yang cerdas emosi berarti menggunakan emosi secara efektif untuk mencapai tujuan, membangun hubungan produktif dan meraih keberhasilan di

tempat kerja. Sementara Cooper dan Sawaf (2002) mengatakan bahwa kecerdasan emosi adalah kemampuan merasakan, memahami, dan secara selektif menerapkan daya dan kepekaan emosi sebagai sumber energi dan pengaruh yang manusiawi. Kecerdasan emosi menuntut penilikan perasaan, untuk belajar mengakui, menghargai perasaan pada diri dan orang lain serta menanggapi dengan tepat, menerapkan secara efektif energi emosi dalam kehidupan sehari-hari.

Thompson (2005) mengemukakan bahwa sedikitnya terdapat tiga pendekatan operasional *Emotional Intelligence* yang dipergunakan secara luas, yaitu: (1) psikolog Reuven Bar-On menggunakan *Emotional Quotient* (EQ) untuk menggambarkan “sebuah peragaan dari *skill* non kognitif”; (2) peneliti handal Jack Mayer dan Peter Salovey melihat kecerdasan emosi sebagai sebuah *ability* atau kemampuan, sebagaimana kemampuan untuk membaca sebuah peta; dan (3) penulis populer Daniel Goleman, mendefinisikan kecerdasan emosi sebagai kompetensi atau kecakapan yang dapat dikembangkan melalui pelatihan.

Kierstead (1999) mengusulkan agar konsep kecerdasan emosi sebaiknya dianggap sebagai sebuah istilah payung (*an umbrella term*), artinya seperti sebuah papan lebar berisi kumpulan keterampilan individual dan kecenderungannya, yang sering dirujuk sebagai keterampilan lunak (*soft skills*) atau keterampilan intra dan interpersonal, di luar kecerdasan umum (*general intelligence*), juga selain keterampilan motorik.

Dapatlah dikatakan bahwa kecerdasan emosi menuntut individu untuk belajar mengakui dan menghargai perasaan diri sendiri dan orang lain dan untuk menanggapi dengan tepat, menerapkan dengan efektif energi emosi dalam kehidupan dan pekerjaan sehari-hari. Terdapat tiga unsur penting kecerdasan emosi yaitu: kecakapan

pribadi (mengelola diri sendiri); kecakapan sosial (menangani suatu hubungan) dan keterampilan sosial (kepandaian menggugah tanggapan yang dikehendaki pada orang lain). Kecerdasan emosi dapat dianalisis pada tiga level: fisiologikal, kognitif dan sosial yang saling melengkapi. Berbeda dengan inteligensi dan kepribadian yang bersifat stabil, kecerdasan emosi senantiasa dapat dikembangkan. Ditinjau dari sejarah perkembangannya, konsep kecerdasan emosi bukanlah suatu konsep yang benar-benar baru.

Studi EI, sebagian peneliti mendefinisikannya sebagai studi yang melihat pada kemampuan kognitif manusia di luar inteligensi akademik tradisional (Zeidner, 2004, dalam Shahhosseini dkk, 2012). Para peneliti mengkategorikan definisi mereka berbasis model kemampuan (*ability model*) atau model gabungan (*mixed model*). Berdasarkan model ability Mandel dan Phewanti (2003), EI didefinisikan sebagai seperangkat kemampuan yang melibatkan pengamatan dan penalaran secara abstrak terhadap informasi yang berkaitan dengan perasaan. Studi John D. Mayer dan Peter Salovey (1997) mendukung model ini yang menyatakan bahwa EI didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengamati secara akurat, menilai dan mengekspresikan emosi; dan kemampuan untuk mengakses dan menghasilkan perasaan ketika mereka memfasilitasi pemikiran; kemampuan untuk memahami emosi dan pengetahuan tentang emosi; dan kemampuan untuk mengatur emosi untuk meningkatkan perkembangan intelektual dan emosional. Sebaliknya, Bar-On dan Goleman (1995) adalah pionir model mixed dan mengenalkan pendekatan ini pada sejumlah studi. Simpulan model mixed berhubungan dengan kemampuan yang terkait perilaku sosial, ciri dan karakteristik.

## 2. Teori dan Model EI

Peneliti dari kalangan EI telah mengklasifikasikan penelitian mereka pada model ability dan model mixed.

### 3. Model Ability EI

Model ability mengonseptualkan EI terhadap inteligensi tradisional (inteligensi kognitif) secara serupa. Salovey dan Mayer (1990) membangun dan mengembangkan model ability dengan asumsi bahwa EI senantiasa dapat dikembangkan sepanjang waktu, berkorelasi dengan pengukuran IQ dan dapat diukur pada tes berbasis performance (Rosete & Ciarrochi, 2005, dalam Shahhosseini, 2012). Pendukung model ability umumnya menjelaskan bahwa EI adalah kemampuan untuk memahami dan mengekspresikan emosi secara akurat dan adaptif, kemampuan untuk mengerti emosi dan pengetahuan emosional dan kemampuan untuk menggunakan perasaan dalam memfasilitasi berpikir dan kemampuan untuk mengatur emosi diri sendiri dan orang lain. Mayer dkk (2004) juga memberikan definisi ini terhadap EI sebagai satu di antara '*hot intelligence*' yang bersinggungan dengan dunia sosial, inteligensi subjektif dan pragmatik. Inteligensi-inteligensi ini memiliki banyak istilah yang dianggap melibatkan proses kognitif yang sangat penting secara personal dan emosional. Cobb dan Mayer (2000) memilih model ability dari persepsi menyiratkan EI dan kemampuan untuk membuatnya rasional dalam sebuah ranah abstrak kesadaran perasaan seseorang. Mereka percaya bahwa model ability berfokus pada eksistensi EI. Sebagai tambahan, EI yang dikonseptualisasikan dalam cara ini memperoleh legitimasi di lingkungan sekolah dan organisasi di mana emosi direfleksikan sebagai hubungan. Cobb dan Mayer (2000) dalam Shahhoseini (2012) merujuk pada model ini dan menyatakan bahwa EI adalah prediktif terhadap keberhasilan dalam kehidupan

dan memimpin pada perilaku yang baik, tetapi kebijakan organisasi tentang EI lebih progress daripada berbasis saintifik dalam tinjauan pragmatik.

#### 4. Model Mixed EI

Merujuk pada pendekatan kedua EI, model mixed didefinisikan sebagai sebuah tinjauan EI secara sosial ekonomi (Mayer, Caruso & Salovey, 2000). Tinjauan ini meliputi kemampuan tambahan untuk membuat sebuah pola ciri dalam studi EI. Daniel Goleman dan Reuven Bar-On (1999) merepresentasikan pendekatan metode mixed yang dikembangkan dan dikonsentrasikan pada inteligensi non kognitif. Mereka memperdebatkan bahwa kemampuan-kemampuan dari EI meliputi beberapa skill dalam ranah afektif sebagaimana skill dalam elemen kognitif apa pun yang memiliki sebuah peran dalam setiap kemampuan. Mereka memulai dengan kemampuan emosional dan menggabungkannya dengan personality, motivasi dan disposisi afektif sebagaimana sebuah kebutuhan untuk pencapaian, asertivitas, self-esteem, kesadaran emosi dan empati.

Model-model ini distandarisasikan dengan baik, dalam skala faktorial yang valid dan reliabel. Pengukuran utama dari EI adalah self-report. EI sebagai skill campuran meliputi realisasi emosional dan karakteristik seperti ketekunan, komitmen, dan perilaku-perilaku yang diinginkan dalam model mixed. Intelligence Quotient (IQ) dan kognisi tidak ditekankan dalam model mixed, tetapi Goleman (1998) mengusulkan bahwa EI memiliki kekuatan dua kali lebih kuat daripada IQ dan dapat dipertimbangkan sebagai penanda sukses dalam pencapaian kehidupan.

#### 5. Job Performance

Job performance adalah keluaran individual dalam pengertian kuantitas dan kualitas yang diharapkan dari setiap pekerja dalam sebuah job partikular

(Kumar, 2006). Performance individual pada banyak waktu ditentukan oleh motivasi, kemauan dan kemampuan untuk melakukan job (pekerjaan). Pada level sangat general, job performance didefinisikan sebagai, “*all the behaviors employee engage in while at work*” atau keseluruhan perilaku pekerja yang melekat pada pekerjaan (Jex, 2002). Ini adalah definisi yang samar. Perilaku pekerja yang dimainkan pada pekerjaan belum tentu berhubungan dengan aspek spesifik pekerjaan. Rentang definisi adalah dari general ke aspek spesifik dan dari kuantitatif ke dimensi kualitatif. Mulanya peneliti optimis tentang kemungkinan mendefinisikan dan mengukur job performance. Namun segera disadari bahwa itu bukanlah proses yang mudah. Saat ini secara umum diakui bahwa job performance merupakan rangkaian/serial rumit, interaksi variabel-variabel yang berkaitan terhadap aspek-aspek dari job, pekerja dan lingkungan (Milkovich dkk, 1991, dalam Kumar, 2006).

Pengukuran performance memiliki sejumlah implikasi yang berbeda tergantung tujuan organisasi seperti peningkatan produktivitas, promosi, imbalan performance, bantuan terhadap pekerja untuk meningkatkan kapabilitas mereka untuk level lebih tinggi dari responsibility dan performance.

#### 6. Emotional Intelligence dan Job Performance

Organisasi adalah sistem sosial di mana anggota-anggotanya berinteraksi seorang akan yang lain sebaik dengan unsur eksternal (pelanggan, penyuplai). Interaksi ini diaktifkan alamiah, emosilah yang mendasari perilaku manusia. Dengan demikian, untuk memfasilitasi interaksi, sangat penting bagi individu mengembangkan kemampuan memahami dan mengelola emosinya dan emosi orang lain. Studi-studi terbaru melaporkan bahwa EI terasosiasi positif dengan kualitas interaksi sosial. Interaksi efektif

adalah batu penjuror performance. Tetapi kemudian lebih penting untuk dapat mempertahankan hubungan dengan kolega dan subordinat-nya. Ditemukan beberapa perbedaan individual memperantarai problem-problem yang sulit untuk dipecahkan. Individu dengan EI tinggi lebih berhasil daripada individu dengan EI rendah dalam memecahkan sejumlah masalah dan menyelesaikan tugas-tugas kognitif. Dalam setting organisasi, secara terbatas, tersedia beberapa bukti untuk mendukung efek positif EI dan job performance (Jimoh dkk, 2012). Menurut Mayer dkk (2000) outcome yang berhubungan dengan pekerjaan seperti job performance dipengaruhi oleh EI. Goleman (2004, 2005) meyakini bahwa prediksi EI terhadap individu adalah kesuksesan dalam hidup dan pekerjaan. Sepanjang pengaruh EI terjadi pada setiap aspek pekerjaan individu, EI level tinggi pekerja dipertimbangkan menentukan 'bintang pekerja'. Sebagai hasilnya, sebagaimana dinyatakan sebelumnya, di sana eksis korelasi positif antara EI dan Job Performance (Shahhoseini, 2012). Pekerja yang "intelijen" dengan emosinya, lebih efisien dan efektif dengan lingkungan kerja dan dengan mitra kerja mereka (Law dkk, 2008).

### Hipotesis

Berdasarkan tinjauan teoretis di atas, maka hipotesis penelitian meta-analisis ini adalah: ada korelasi positif antara Emotional Intelligence (EI) dengan Job Performance (JP).

### Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan meta-analisis dengan menggunakan prosedur penelitian korelasi meta-analisis Hunter dan Schmidt (2004). Analisis korelasi meta-analisis ini dimaksudkan untuk mengungkap korelasi yang sebenarnya antara Emotional Intelligence (EI) dan Job Performance (JP) pada berbagai

kelompok pekerja/profesional. Selain itu, meta-analisis juga mengoreksi artifak penelitian yang mempengaruhi besar korelasi, yaitu dampak kesalahan pengambilan sampel.

### 1. Pencarian jurnal

Pencarian jurnal merupakan langkah awal dalam penelitian ini. Keyword untuk variabel independen adalah *Emotional Intelligence*, istilah lainnya *Emotional Competence*. Dan keyword pencarian untuk variabel independen adalah *job performance*, yang ternyata muncul dalam banyak istilah: *work performance*, *task performance*, *individual performance*, *employee performance*, *sales performance*, *school performance*. Untuk keseragaman istilah, penulis memilih *job performance* yang digunakan secara konsisten dalam tulisan ini. Jurnal diakses melalui [www.lib.ugm.ac.id](http://www.lib.ugm.ac.id) dengan vendor-nya EBSCO, ScienceDirect, SpringerLink, Scopus, Cambridge Journals, Taylor & Francis Online. Ditemukan 18 jurnal penelitian korelasi Emotional Intelligence dan Job Performance dengan total 20 studi. Jurnal diupayakan mutakhir dalam 12 tahun terakhir yaitu 2004-2016.

### 2. Kriteria Inklusi

Kriteria bagi suatu jurnal untuk bisa memenuhi syarat dilakukan meta-analisis pada topik ini adalah:

**Pertama**, studi primer yang mengikutsertakan variabel Emotional Intelligence dengan berbagai istilahnya yang maksudnya sama.

**Kedua**, studi tersebut menempatkan Emotional Intelligence sebagai variabel independen yang dikaitkan dengan Job Performance dalam berbagai istilahnya sebagai variabel dependen.

**Ketiga**, laporan penelitian dalam studi primer memiliki informasi statistik yang diperlukan sebagai nilai rerata, standar deviasi, nilai *r* dan nilai *F*.

### Ikhtisar Prosedur Meta-analisis

Analisis data dengan menggunakan teknik meta-analisis (Hunter-Schmidt, 2004) dilakukan dengan langkah-langkah analisis sebagai berikut:

1. Mengubah persamaan aljabar dari nilai  $F$  menjadi nilai  $t$ ,  $d$  dan  $r$ .

2. *Bare Bones Meta Analysis* untuk koreksi kesalahan sampel yang dilakukan dengan: (a) menghitung rerata korelasi populasi; (b) menghitung varians  $r_{xy}$ ; (c) menghitung varians kesalahan pengambilan sampel; (d) dampak pengambilan sampel.

### Hasil Analisis Data

**Tabel 1 Karakteristik Sampel Penelitian**

No.	Tahun	Peneliti	Studi ke	Jumlah (N)	Karakteristik
1.	2016	Aritzeta, A., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., Haranburu, M., Gartzia, L.	1	794	Pelajar, 13-19 tahun
2.	2016	Sony, M., Mekoth, N.	1	517	Karyawan terdepan (frontline employee)
3.	2015	Altindag, E., Kosedagi, Y.	1	305	Karyawan
4.	2015	Kim, Tae-Yeol., Liu, Zhiqiang	1	137	Karyawan baru
5.	2014	Kaur, S., Jiwan, T.	1	150	Mahasiswa keperawatan
6.	2013	Shamsuddin, N., Rahman, R.A.	1	118	Agen pusat telepon
7.	2012	Whiteoak, J.W., Manning, R.L.	1	130	Karyawan kantor pemerintahan Uni Emirat Arab
8.	2012	Psilopanagioti, A., Anagnostopoulos F., Mourtou, E., Niakas, D.	1	130	Dokter, 30-49 tahun
9.	2012	Ali, O.E.A., Magadley, W.	1	310	Polisi
10.	2011	Moon, T.W., Hur, Won-Moo	1	295	Sales eceran
11.	2011	Naseer, Z., Chisti, S.U., Rahman, F., Jumani, N.B.	1	15 tim	Karyawan universitas
12.	2011	Kangyin, L.U., Yujie, B.Y.W.	1	262	Karyawan
13.	2011	Chaudhry, A.A., Usman, A.	1	444	Karyawan perusahaan
14.	2010	Huang, X., Chan, S.C.H., Lam, W., Nan, X.	1	493	Karyawan call centers
15.	2009	Kulkarni, P.M., Janakiram, B., Kumar, D.N.S.	1	110	Manajer senior industri automobil
16.	2006	Carmeli, A., Josman, Z.E.	1	215	Karyawan
17.	2006	Lopes, P.N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., Salovey, P.	1	44	Analisis dan karyawan administrasi
18.	2004	Dulewick, V., Higgs, M.	1 2 3	53 27 11	Retail managers Team leaders BTGC skippers

\*Jumlah studi 20, jumlah sampel = 4560

**1. Transformasional nilai F ke nilai t, d dan r**

Pada studi meta-analisis ini tidak dilakukan transformasi karena semua studi sudah memiliki nilai r.

**2. Koreksi kesalahan pengambilan sampel (*bare bone meta analysis*)**

Jika korelasi diasumsikan konstan di antara beberapa studi, maka estimasi terbaik dari korelasi bukanlah rerata sederhana dari korelasi beberapa studi namun merupakan rerata yang dibobot

untuk masing-masing korelasi yaitu dibagi dengan jumlah sampel dalam studi (Hunter & Schmidt, 2004). Estimasi terbaik untuk korelasi populasi adalah mengikuti persamaan berikut:

**a. Rerata korelasi populasi**

$$\bar{r} = \frac{\sum N_i \cdot r_i}{\sum N_i}$$

Langkah berikut adalah mengubah nilai  $r_i$  dan  $r_{xy}$  pada masing-masing studi untuk mendapatkan rerata korelasi populasi seperti dalam Tabel 2.

**Tabel 2 Koreksi Kesalahan Sampling**

No.	N	$r_i$	$N \times r_i$
1	794	0.14	111.16
2	517	0.27	139.59
3	305	0.02	6.10
4	137	0.22	30.14
5	150	0.11	16.50
6	118	0.09	10.62
7	130	0.1	13.00
8	130	0.3	39.00
9	310	0.11	34.10
10	295	0.42	123.90
11	15	0.34	5.10
12	262	-0.14	-36.68
13	444	0.14	62.16
14	493	0.17	83.81
15	110	0.13	14.30
16	215	0.21	45.15
17	44	-0.021	-0.92
18	53	0.12	6.36
19	27	0.18	4.86
20	11	0.14	1.54
<b>Jumlah</b>	<b>4560</b>	<b>3.049</b>	<b>709.79</b>
		<b>Rerata</b>	<b>0.16</b>

Rerata korelasi populasi setelah dikoreksi dengan jumlah sampel adalah 0,16.

**b. Varians**

Varians  $x_{ry}$  dihitung dengan menggunakan persamaan berikut:

$$s^2_r = \frac{\sum N_i (r_i - \bar{r})^2}{\sum N_i}$$

Hasil perhitungan varians  $r_{xy}$  disajikan dalam Tabel 3.

**Tabel 3 Varians  $x_{ry}$**

No	N	$r_i$	$Nr_i$	$(r_i - \bar{r})$	$(r_i - \bar{r})^2$	$N(r_i - \bar{r})^2$
1	794	0.14	111.16	-0.04	0.00	1.27
2	517	0.27	139.59	0.09	0.01	4.19
3	305	0.02	6.1	-0.16	0.03	7.81
4	137	0.22	30.14	0.04	0.00	0.22
5	150	0.11	16.5	-0.07	0.00	0.74
6	118	0.09	10.62	-0.09	0.01	0.96
7	130	0.1	13	-0.08	0.01	0.83
8	130	0.3	39	0.12	0.01	1.87
9	310	0.11	34.1	-0.07	0.00	1.52
10	295	0.42	123.9	0.24	0.06	16.99
11	15	0.34	5.1	0.16	0.03	0.38
12	262	-0.14	-36.68	-0.32	0.10	26.83
13	444	0.14	62.16	-0.04	0.00	0.71
14	493	0.17	83.81	-0.01	0.00	0.05
15	110	0.13	14.3	-0.05	0.00	0.28
16	215	0.21	45.15	0.03	0.00	0.19
17	44	-0.021	-0.924	-0.201	0.04	1.78
18	53	0.12	6.36	-0.06	0.00	0.19
19	27	0.18	4.86	0	0.00	0.00
20	11	0.14	1.54	-0.04	0.00	0.02
<b>Jumlah</b>	<b>4560</b>	<b>3.049</b>	<b>709.79</b>	<b>-0.551</b>	<b>0.3119</b>	<b>66.8181</b>
<b>Mean</b>	<b>228</b>					<b>0.015</b>

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa varians  $r_{xy}$  sebesar 0,015.



### c. Varians kesalahan pengambilan sampel

Varians  $r_{xy}$  sebesar 0,015 merupakan campuran dari dua hal yaitu variasi dalam korelasi populasi dan variasi dalam korelasi sampel yang dihasilkan oleh kesalahan sampling. Estimasi varians dalam korelasi populasi dapat diperoleh hanya dengan mengoreksi  $r_{xy}$  yang teramati untuk kesalahan sampling (Hunter & Schmidt, 2004). Varians kesalahan pengambilan sampel dapat dihitung dengan menggunakan persamaan berikut:

$$\sigma^2 e = \frac{(1-r^2)^2}{(N-1)}$$

Berdasarkan nilai  $r$  yang diperoleh dari rerata jumlah sampel  $N$  yang ada, maka varians kesalahan pengambilan sampel pada studi meta-analisis ini adalah 0,004.

### d. Estimasi varians korelasi populasi

Varians korelasi populasi atau varians yang sesungguhnya merupakan varians yang dikoreksi yaitu varians  $x_{ry}$  dikurangi dengan varians kesalahan pengambilan sampel. Varians korelasi populasi dapat dihitung menggunakan persamaan berikut ini:

$$\sigma^2 \rho = \sigma^2 r - \sigma^2 e$$

Sehingga dalam studi meta-analisis ini dapat dihitung, hasilnya 0,010.

### e. Interval kepercayaan

$$\bar{r} - 1.96 \sigma_{\rho_0}$$

$$\bar{r} + 1.96 \sigma_{\rho_0}$$

Jika korelasi populasi setelah dikoreksi dengan jumlah sampel memiliki distribusi normal, maka interval kepercayaan adalah  $-0,045 < r < 0,356$ .

### f. Dampak kesalahan pengambilan sampel

$$\frac{\sigma_e^2}{\sigma_r^2} \times 100\%$$

$$\frac{\sigma_{\rho_0}^2}{\sigma_r^2} \times 100\%$$

Persentase variansi yang disebabkan oleh artifak error sampling sebesar 28,625%. Dan faktor kesalahan lain yang belum terspesifikasi 71,375%.

### Pembahasan

Korelasi populasi setelah dikoreksi oleh kesalahan sampel diestimasi sebesar 0,16, varians populasi sebesar 0,015 dan standar deviasi (SD) sebesar 0,121. Interval kepercayaan 95% dengan batas penerimaan antara  $-0,045 < r < 0,356$ . Hal ini menunjukkan bahwa hipotesis yang menyatakan bahwa ada hubungan antara Emotional Intelligence dan Job Performance dapat diterima.

Temuan ini mendukung teori Emotional Intelligence dari Daniel Goleman (2005) yang menyatakan orang-orang dengan kecerdasan emosi tinggi menampilkan performa cemerlang di tempat kerjanya.

Keterbatasan jumlah studi primer yang dipakai dalam studi meta-analisis ini diduga menjadi kelemahan studi ini. Jumlah studi memiliki peran terhadap hasil meta-analisis khususnya jika koreksi yang dilakukan dalam meta-analisis didasarkan pada artifak error sampling. Dalam Hunter dan Schmidt (2004) terdapat penegasan bahwa ketepatan dari koreksi kesalahan sampling tergantung sepenuhnya pada ukuran sampel yang dipergunakan dalam meta-analisis. Koreksi kesalahan sampling akan menjadi sempurna jika total ukuran sampel mencapai tak terhingga.

Sebuah studi meta-analisis dari Viswesvaran (2004) yang mengkaji pengaruh EI pada Job Performance menemukan korelasi positif namun tidak kuat,  $r = 0,24$ . Juga meta-analisis lebih baru (O'Boyle dkk, 2011) menemukan

tiga stream dari EI berkorelasi positif signifikan dengan Job Performance namun tidak kuat dari 0,24 sampai 0,30. Rooy dan Viswesvaran (2004) menyarankan menggunakan model moderator daripada model linier ketika melakukan kajian hubungan EI dan Job Performance. Mereka mendukung argument Murphy (1996) dan Hough (2003) yang menyarankan bahwa prediktor dari Job Performance seperti EI menjadi penting ditinjau dalam cara yang lain, tak hanya efek linier inkremental.

### Kesimpulan

Hasil meta-analisis memberikan dukungan terhadap hipotesis penelitian yang menyebutkan bahwa Emotional Intelligence berhubungan dengan Job Performance dengan tingkat korelasi lemah ( $r = 0,16$ ). Peran EI dalam menentukan Job Performance ternyata bersifat terbatas, sehingga perlu dipertimbangkan faktor-faktor lain yang juga berhubungan dengan Job Performance. Variabel lain boleh jadi bukan hanya variabel ikutan tetapi menjadi variabel mediator yang mengintegrasikan pengaruh EI terhadap Job Performance.

### Daftar Pustaka

- \*AlDosiry, K.S., Alkhader, O.H., AlAqraa, E.M., Anderson, N. 2016. Relationship between Emotional Intelligence and Sales Performance in Kuwait. *Journal of Work and Organizational Psychology* 32 (2016) 39-45.
- \*Ali, O.E.A.A., Garner, I., Magadley, W. 2012. An Exploration of the Relationship between Emotional Intelligence and Job Performance in Police Organization. *Journal Police Criminal Psychology* (2012) 27:1-8.
- \*Altindag, E. & Kosedagi, Y. 2015. The Relationship between Emotional Intelligence of Managers, Innovative Corporate Culture and Employee Performance. *Procedia – Social and Behavioral Science* 210 (2015) 270-282.
- \*Aritzeta, A., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., Haranburu, M., Gartzia, L. 2016. Classroom Emotional Intelligence and Its Relationship with School Performance. *European Journal of Educational and Psychology* (2016) 9, 1-8.
- Ashkanasy, N.M. & Daus, C.S. 2005. Rumors of the Death of Emotional Intelligence in Organizational Behavior are Vastly Exaggerated. *Journal of Organizational Behavior* 26, 441-452.
- Boyle, Jr., E.H., Humprey. R.H., Pollack, J.M., Hawner, T.H., Story, P.A. 2011. The Relation between Emotional Intelligence and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Organizational Behavior. Volume 32. Issue 5, July 2011, p.788-818.*
- \*Carmeli, A., Josman, Z.E. 2006. The Relationship among Emotional Intelligence, Task Performance, and Organizational Citizenship Behaviors. *Human Performance* 19(4) 403-419.
- Chaudhry, A.A. & Usman, A. 2011. An Investigation of the Relationship between Employees' Emotional Intelligence and Performance. *African Journal of Business Management. Vol. 5(9). p 3556-3562.*
- Cooper, R.K. & Sawaf, A. 2002. *Executive EQ: Kecerdasan Emosional Dalam Kepemimpinan dan Organisasi*. Alih Bahasa: Alex Tri Kantjono Widodo. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Dulewich, V. & Higgs, M. 2004. Can Emotional Intelligence be developed? *Taylor & Francis Online. 1466-4399.*
- Goleman, D. 2004. *Emotional Intelligence*. Alih Bahasa: T. Hermaya. Jakarta: PT SUN Jakarta.
- Goleman, D. 2005. *Working with Emotional Intelligence*. Alih Bahasa: Alex Tri Kantjono Widodo. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

- Hough, L.M. 2003. Emerging Trends and Needs in Personality Research and Practice beyond Main Effect. In M.R. Barrick, & A.M. Rayan (Eds.). *Personality and Work*. pp 289-352. San Francisco: Jossey-Bass.
- Huang, X., Chan, S.C.H., Lam, W., Nan, X. 2010. The Join Effect of Leader-Member Exchange and Emotional Intelligence on Burnout and Work Performance in Call Centers in China. *The International Journal of Human Resource Management*.
- Hunter, John J., & Schmidt, Frank L. 2004. *Methods of Meta-Analysis: Correcting Error and Bias in Research Finding*. Second Edition. SAGE Publications.
- Jex, S.M. 2002. *Organizational Psychology: A Scientist-Practitioner Approach*. John Wiley & Sons. New York.
- Jimoh, Y.A., Olayide, R., Saheed, O. 2012. Influence of Leadership Styles and Emotional Intelligence on Job Performance of Local Government Workers in Osun State, Nigeria. *Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences (2012) Vol. 3 No. 4*.
- \*Kangyin, L.U. & Yujie, B.Y.W. 2011. Study on the Relationship between Emotional Intelligence and Employee Performance. Postdoctoral Science of China and Special Research Program of Northeast Normal University (NENU-SKC2009)
- Kaplan, S., & Cortina, J., Ruark, G.A. 2010. Oops ... We Did It Again: Industrial-Organizational's Focus on Emotional Intelligence Instead of on Its Relationship to Work Outcomes. *Industrial and Organizational Psychology*, 3 (2010), 171-177.
- \*Kaur, S. & Jiwan, T. 2014. An Exploratory Study to Asses Empotional Intelligence and Performance of Students of Selected Nursing Institute, Ludhiana, Punjab. *Asian Journal of Nursing Education and Research 4(3): July-September 2014*.
- \*Kim, T-Y. & Liu, Z. 2015. Taking Charge and Employee Outcomes: the Moderating effect of Emotional Competence. *The International Journal of Human Resource Management*. <http://dx.doi.org/10.1080/09585192.2015.1109537>.
- \*Kulkarni, P.M., Janakiram, B., Kumar, D.N.S. 2009. Emotional Intelligence and Employee Performance as an Indicator for Promotion, a Study of Automobile Industry in the City of Belgaum, Karnataka, India. *International Journal of Business and Management. Volume 4. No. 4. April 2009*.
- Kumar, R. 2006. Impact of Emotional Intelligence on Employees' Performance: A Study of Employees Working in Himachal Pradesh University Shima. [www.google.com](http://www.google.com) diakses 23 Maret 2016.
- Lam, L.T. & Kirby, S.L. 2002. Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual Performance. *Journal of Social Psychology 142(1) 133-143*.
- \*Law, K.S., Wong, C-S., Huang, G-H.H., Li, X. 2008. The Effect of Emotional Intelligence on Job Performance and Life Satisfaction for the Research and Development Scientists in China. *Asia Pasific Journal Management (2008) 25: 51-69*.
- \*Lopes, P.N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., Salovey, P. 2006. Evidence that Emotional Intelligence is related to Job Performance and Affect and Attitudes at Work. *Psichotema 2006 Volume 18 Supl. pp 132-138*.
- \*Moon, T.W. & Hur, W-M. 2011. Emotional Intelligence, Emotional Exhaustion, and Job Performance. *Social Behavior and Personality. 2011. 39(8). 1087-1096*.

- Murphy, K. 1996. Individual Difference and Behavior in Organization: Much More than g. In K.R. Murphy (Editor). *Individual Differences and Behavior in Organizations*. pp 3-30. San Francisco: Jossey-Bass.
- \*Nasser, Z., Chishti, S.H., Rahman, F., Jumani, N.B. 2011. Impact of Emotional Intelligence on Team Performance in Higher Education Institutes. *International Online Journal of Educational Sciences*. 2011. 3(1). 30-46.
- O'Boyle, E.H. Jr., Humprey, R.H., Pollack, J.M., Hawver, T.H., & Story, P.A. 2011. The Relation between Emotional Intelligence and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Organizational Behavior*. 32: 788-818.
- Parrott, W.G. 2004. The Nature of Emotion. In *Emotion and Motivation*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Patton, P. 1998. *Kecerdasan Emosional: Pengembangan Sukses Lebih Bermakna*. Alih Bahasa: Hermes. Jakarta: Mitra Media Publisher.
- Rooy, D.L.V., & Viswesvaran, C. 2004. Emotional Intelligence: A Meta-Analytic Investigation of Predictive Validity and Nomological Net. *Journal of Vocational Behavior*. 65: 71-95.
- \*Shahhosseini, M., Silong, A.D., Ismail, I.A., Uli, J.N. 2012. The Role of Emotional Intelligence on Job Performance. *International Journal of Business and Social Science*. Vol. 3. No. 21. November 2012.
- \*Shamsuddin, N. Rahman, R.A. 2014. The Relationship between Emotional Intelligence and Job Performance of Call Centre Agents. *Procedia – Social and Behavioral Science* 129 (2014) 75-81.
- \*Sony, M. & Mekoth, N. 2016. The Relationship between Emotional Intelligence, Frontline Employee adaptability, job satisfaction and job performance. *Journal of Retailing and Consumer Services* 30 (2016). 20-32.
- \*Psilopanagioti, A., Anagnostopoulos, F., Mourtou, E., Niakas, D. 2012. Emotional Intelligence, Emotional Labor, and Job Satisfaction among physician in Greece. *BioMed Central Health Services Research* 2012. 12:463.
- \*Whiteoak, J.W., & Manning, R.L. 2012. Emotional Intelligence and Its Implication on Individual and Group Performance: A Study Investigating Employee Perceptions in the United Arab Emirates. *The International Journal of Human Resource Management* 23:8. 1660-1687.
- Yoke, L.B. & Panatik, S.A. 2015. Emotional Intelligence and Job Performance among School Teacher. *Asian Social Science*. Volume 11. Issue 13, 2015. p227-234.
- \*Jurnal yang digunakan dalam meta-analisis

## KONSEP DIRI DAN KEMAMPUAN INTERPERSONAL PASIEN PENYALAHGUNAAN NAPZA DI RUANG REHABILITASI NAPZA RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM BANJARMASIN

Warjiman<sup>1</sup>, Murjani<sup>2</sup>, Fitriani<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Suaka Insan  
Banjarmasin, Kalimantan Selatan

<sup>2</sup>Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarbaru, Kalimantan Selatan  
Email: warjiman99@gmail.com

### ABSTRAK

Individu yang telah menggunakan Napza, kecanduan hingga direhabilitasi pada umumnya akan mengalami permasalahan terhadap konsep dirinya. Hal ini disebabkan oleh pengalaman lampau yang buruk dan tambahan stigma negative dari masyarakat. Konsep diri dapat mempengaruhi kemampuan personal pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan Napza di ruang rehabilitasi Napza Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin Tahun 2015. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Pada pasien yang dirawat di unit rehabilitasi Napza yang berjumlah 30 responden, sample diambil dengan metode *purposive sampling* yaitu sebanyak 25 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Penelitian berlangsung pada tanggal 20 Mei 2015 sampai 25 Mei 2015. Analisis data dilakukan dengan analisa deskriptif dan untuk mencari hubungan digunakan analisis uji *Spearman* pada  $\alpha = 0,05$ . Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 13 responden (52%) mempunyai konsep diri yang positif, 12 responden (48%) memiliki konsep diri negatif, pada kemampuan interpersonal sebanyak 2 responden (8%) yang memiliki kemampuan interpersonal sangat baik, 11 responden (44%) memiliki kemampuan interpersonal baik, 12 responden (48%) memiliki kemampuan interpersonal buruk. Hubungan antara konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien adalah sangat kuat dengan Korelasi ( $r_s$ ) = 0,965. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang sangat kuat antara konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan Napza di ruang rehabilitasi Napza di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin.

**Kata Kunci:** Konsep-Diri, Interpersonal, NAPZA, Rehabilitasi.

### ABSTRACT

*Individuals who have used drugs, become addictive until has been rehabilitating in rehabilitation unit, in general will experience problems with the self-concept. It is caused by a bad past experience and additional negative stigma from society. The self-concept may affect the personal ability of the patient. This study aims to determine the relationship of self-concept and interpersonal skills patient drug abuse in the drug rehabilitation Psychiatric Hospital Sambang Lihum Banjarmasin in 2015. This study is a quantitative research with cross sectional design. In patients treated at the drug rehabilitation unit that included 30 respondents, the sample is taken by purposive sampling method for 25*

*respondents. Collecting data was using questionnaires. The study took place on May 20, 2015 to May 25, 2015. Data analysis was performed by descriptive analysis and correlation analysis was used to search for Spearman's test at  $\alpha = 0.05$ . The results showed that 13 respondents (52%) have a positive self-concept, 12 respondents (48%) have a negative self-concept, the interpersonal skills as much as 2 respondents (8%) who have interpersonal skills are very good, 11 respondents (44%) have good interpersonal skills, 12 respondents (48%) had poor interpersonal skills. The relationship between self-concept and interpersonal skills with patients is a very strong correlation ( $r_s$ ) = 0,965. This indicates a very strong relationship between self-concept and interpersonal skills patient with drug abuse in drug rehabilitation unit at the Mental Hospital Sambang Lihum Banjarmasin.*

## **Pendahuluan**

Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol, Psikitropika, dan Zat adiktif (NAPZA) lainnya merupakan salah satu fenomena sosial yang paling berbahaya di era modern. Meskipun sifatnya berbahaya namun penyalahgunaan NAPZA tetap saja menjadi kasus yang paling sering terjadi pada masyarakat sehingga menimbulkan berbagai gangguan psikologis. Laporan terbaru Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyebutkan 5% dari populasi dunia pernah menggunakan obat-obatan terlarang, 1% dari pecandu tewas akibat dari konsumsi zat-zat terlarang setiap tahunnya. Kini ada sekitar 27 juta orang yang kecanduan dan mengalami masalah soal penggunaan NAPZA. Di Indonesia sepanjang tahun 2013 kepolisian berhasil mengungkapkan 23.531 kasus. Kasus tersebut terdiri dari Narkotika 15.948 kasus, Psikitropika 949 kasus, dan bahan berbahaya lainnya sebanyak 6.634 kasus. Sementara itu menurut data yang diperoleh dari Badan Harian Narkotika Banjarmasin jumlah kasus NAPZA untuk provinsi Kalimantan Selatan tahun 2011 berjumlah 517 orang, menurun pada tahun 2012 menjadi 492 orang dan meningkat lagi pada tahun 2013 menjadi 519 orang (Selatan, 2014). Jumlah penyalahgunaan NAPZA yang mendapat pelayanan terapi dan rehabilitas di seluruh Indonesia adalah menurut data Deputi Bidang Rehabilitas BNN adalah sebanyak 3.448 orang, dengan jumlah

terbanyak pada kelompok umur 26-4 tahun yaitu sebanyak 2.226 orang (Selatan, 2014).

Pada tahun 1995 di Copenhagen, UNDCP (*United Nations International Drug Control Programme*) melaporkan mengenai pengaruh social dalam penggunaan obat-obat terlarang. Efek dari penggunaan obat-obat ini meliputi keluarga dan komunitas, kesehatan, pendidikan, tingkat kejahatan, kerja dan pekerjaan (Nations, 1995).

Disamping itu, Individu yang telah menggunakan NAPZA dan mengalami kecanduan hingga direhabilitasi umumnya akan mengalami permasalahan terhadap konsep diri. Peluang untuk mengalami gangguan konsep diri yang negative pada pengguna NAPZA lebih besar dibandingkan memiliki konsep diri yang negative (Akhter, 2013). Hal ini disebabkan karena penyalahgunaan NAPZA yang mengalami kecanduan hingga menjalani rehabilitas mendapat stigma yang negatif dari masyarakat. Berdasarkan norma budaya, hukum dan agama umumnya masyarakat memandang perilaku tersebut sebagai tindakan yang negatif, sehingga penderita NAPZA yang terjebak pada perilaku tersebut akan mengalami gangguan pada konsep dirinya.

Jika dalam proses interaksi sosial seseorang menilai dirinya secara positif maka ia menjadi percaya diri dalam

mengerjakan hal-hal yang ia kerjakan dan memperoleh hasil yang positif pula. Sebaliknya, jika seseorang menilai secara negatif terhadap dirinya maka ia menjadi tidak percaya diri ketika mengerjakan sesuatu dan hasilnya pun menjadi tidak menggembirakan.

Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin, jumlah penyalahgunaan NAPZA pada tahun 2011 berjumlah 132 orang, tahun 2012 berjumlah 140 orang, tahun 2013 berjumlah 166 orang. Jenis zat yang disalahgunakan yaitu : Shabu, Ghanja, Koplo, Ampitamin, Inhalasi, dan Alkohol. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum pada tanggal 19 November 2014, jumlah penyalahgunaan NAPZA yang menjalani rehabilitasi ada 30 orang. Jenis zat yang disalahgunakan Shabu 9 kasus, Alkohol 3 kasus, Zenit 6 kasus, Exstasy 1 kasus, dan Lemfox 6 kasus (Lihum, 2015).

Selain berupa data hasil perhitungan dilakukan pula wawancara terhadap lima orang klien yang menjalani proses rehabilitasi. Klien dengan kasus Shabu mengatakan bahwa Ia merasa malu terhadap dirinya sendiri, pasien dengan kasus Zenit dan Alkohol mengatakan bahwa dirinya berbeda dengan orang lain yang ada disekitarnya, pasien dengan kasus *addictive* dengan Lem Fox mengatakan bahwa saat ini dirinya tidak berguna dan tidak berarti lagi, pasien dengan kasus Exstasy mengatakan bahwa Ia merasa tidak ada orang yang mau mempedulikannya selama Ia menjadi pasien di unit rehabilitasi NAPZA, pasien dengan kasus Shabu dan Exstasy mengatakan bahwa tidak ada seorang pun yang mau berteman dengannya, dengan alasan inilah Ia memutuskan untuk menyendiri dan menjauh dari.

Permasalahan terkait dengan penyalahgunaan obat-obatan psiktropika sangatlah mengganggu terutama masa

depan para penggunanya. Oleh karena itu, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin sejak tahun 2014 menerapkan model therapeutic dan model pendekatan agama dalam menangani para pengguna NAPZA ini dengan harapan dapat membantu dan menyelamatkan masa depan mereka. Sebagai tambahan, Model therapeutic disini dititik beratkan pada hubungan interpersonal dan intrapersonal.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik ingin mengetahui hubungan konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan Napza di Ruang Rehabilitas Napza di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin Tahun 2015.

## **Metode Penelitian**

### **Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Rancangan penelitian ini adalah korelasional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan Napza diruang rehabilitas Napza di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin.

### **Sasaran Penelitian**

Populasi penelitian adalah pasien penyalahgunaan Napza yang sedang menjalani rehabilitasi dengan jumlah 30 responden. Setelah melakukan proses penjarangan dengan menggunakan metode *purposive sampling* dengan melibatkan kriteria inklusi dan eklusi maka didapatkan 25 pasien untuk menjadi responden.

### **Pengembangan instrument dan teknik pengumpulan data**

Pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan jumlah pertanyaan sebanyak 36 soal dan menggunakan skala pengukuran Likert sesuai dengan panduan

dari Ircham, (2013). Enam belas pertanyaan ditujukan untuk menggali konsep diri dan 16 pertanyaan untuk menggali kemampuan interpersonal. Pertanyaan di bagi menjadi pertanyaan *favourable* dan *unfavourable* dengan sebelumnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan di ruang Nilam Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin pada tanggal 12 Mei 2015 terhadap 30 responden dengan menggunakan rumus *pearson product moment*. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan metode Alpha sesuai dengan panduan dari Nursalam (2013). Hasil uji reliabilitas pada kuesioner konsep diri didapatkan hasil koefisien alpha sebesar 0,855 dan hasil uji reliabilitas pada kuesioner kemampuan interpersonal didapatkan hasil koefisien alpha sebesar 0,826. Penelitian berlangsung pada tanggal 20 Mei 2015 sampai 25 Mei 2015.

### Teknik Analisa data

Penelitian ini menggunakan dua analisa data, yaitu: analisa univariat dan analisis bivariate. Analisis data dilakukan dengan statistic deskriptif dan dilanjutkan dengan analisis uji Spearman rank pada  $\alpha = 0,05$ . Sebelum di analisa, data di olah melalui proses *editing, coding, scoring, tabulating, entry data* dan *cleaning* sesuai dengan panduan dari Sugiyono (2012). Hasil statistis univariate diinterpretasikan dalam bentuk kategori yaitu, kategori konsep diri dan kemampuan interpersonal. Analisis bivariat dilakukan untuk mengkorelasikan antara variabel independen “konsep diri” dengan variabel dependen “kemampuan interpersonal” pasien penyalahgunaan NAPZA, dan

**Tabel 4. Hubungan Konsep diri dengan kemampuan Interpersonal Pasien Penyalahgunaan NAPZA di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin Tahun 2015.**

Konsep diri	Kemampuan Interpersonal						Jumlah	
	Buruk		Baik		Sangat Baik		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Negatif	12	48%	0	0	0	0	12	48

selanjutnya dianalisa dengan menggunakan persamaan *spearman rank*.

### Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil analisa responden, jumlah responden terbanyak terdapat pada usia 21-30 tahun dengan jumlah responden sebanyak 14 orang (56%) Tabel 1.

**Tabel 1. Distibusi Frekuensi Karakteristik responden berdasarkan Usia Pasien Rehabilitas NAPZA di Ruang Rehabilitas NAPZA di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin Tahun 2015.**

No	Usia	Frekuensi	%
1	12-20 tahun	9	36
2	21-30 Tahun	14	56
3	31-40 Tahun	2	8
Total		25	100

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi konsep diri pasien penyalahgunaan NAPZA di Ruang Rehabilitasi NAPZA di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin.**

Kategori	Frekuensi	%
Positif	13	52
Negatif	12	48
Total	25	100

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi kemampuan Interpersonal Pasien penyalahgunaan NAPZA di RUang Rehabilitas NAPZA di Ruang Rehabilitasi NAPZA di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin Tahun 2015.**

Kategori	Frekuensi	%
Sangat baik	2	8
Baik	11	44
Buruk	12	48
Total	25	100



Positif	0	0	11	44.0	2	8.0	13	52
Total	12	48.0	11	44.0	2	8.0	25	100

Korelasi ( $r_s$ ) = 0.965  
 Memiliki tingkat hubungan yang sangat kuat  
 Sig. (Two-Tailed) = 0,00 < alfa (0.05) Hipotesis diterima.

Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji spearman rank didapat hasil nilai kolerasi sebesar 0,965 dengan nilai signifikan sebesar 0,000. Nilai tersebut lebih rendah dari  $\alpha = 0,05$  sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan napza di Ruang Rehabilitas Napza di Rumah Sakit jiwa Sambang Lihum Banjarmasin Tahun 2015 memiliki tingkat hubungan yang sangat kuat. Berdasarkan analisis nilai korelasi sebesar 0,965 menunjukkan hubungan dengan kategori sangat kuat, karena berada dalam interval nilai korelasi 0,80 sampai dengan 1,000. Hubungan konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien panyalahgunaan Napza disini termasuk kategori sangat kuat.

Hasil wawancara bersama responden menunjukkan bahwa sebagian besar rehabilitan merasa diri mereka tidak lagi berguna ketika menjadi seorang rehabilitant Napza, mereka merasa tidak dipedulikan, mereka merasa tidak dihargai, mereka tidak mendapat kasih sayang dari keluarga dan orang-orang yang ada sekitar mereka, sehingga mereka menjadi tidak percaya diri dan cenderung menyendiri, selalu menghindari diri dari hubungan interpersonal.

### Pembahasan

Konsep Diri pada pasien penyalahgunaan Napza sebagian besar positif yaitu sebanyak 13 responden (52%). Konsep diri positif diartikan sebagai kemampuan menerima perubahan dalam penampilan, struktur dan fungsi tubuh, tidak putus asa, mampu mengendalikan situasi, dan tidak mengalami kerapuhan (R.L & Tangney,

2012). Pasien dengan konsep diri yang Positif dikarenakan mereka tidak malu, merasa tidak terasingkan dengan kondisi yang dialaminya, merasa selalu diperhatikan oleh teman-teman dan perawat yang merawat mereka, merasa dihargai, mempunyai semangat untuk meneruskan kehidupan mereka, dan keluarga selalu menyayangi dan mendukung mereka.

Pasien penyalahgunaan Napza dengan konsep diri yang negatif berjumlah 12 responden atau 48% dari jumlah keseluruhan responden. Konsep diri negatif oleh R.L & Tangney (2012) diartikan sebagai ketidakmampuan untuk menerima perubahan dalam penampilan, struktur dan fungsi tubuh, putus asa, tidak mampu mengendalikan situasi, dan mengalami kerapuhan. Responden dengan konsep diri negative dalam penelitian ini menunjukkan rasa malu, mengkomunikasikan rasa keterasingan akibat kondisi yang dialaminya, merasa tidak diperhatikan oleh teman-teman dan perawat, merasa tidak dihargai, tidak mempunyai semangat untuk meneruskan kehidupan, dan pikiran bahwa keluarga tidak menyayangi dan mempedulikan mereka. Berdasarkan hal ini, dapat dilihat bahwa konsep diri seseorang sangat dipengaruhi oleh faktor keluarga, teman-teman, lingkungan tempat tinggal, penerimaan, kepedulian, penghargaan, dan pujian dari orang-orang yang ada disekitar individu tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian milik Khajehdaluae, et al., (2013) yang mengubungkan antara konsep diri dengan penggunaan obat secara ilegal pada anak-anak di sekolah menengah atas.

Data hasil penelitian masih menunjukkan lebih banyak responden yang memiliki konsep diri yang positif bila dibandingkan dengan mereka yang memiliki konsep diri yang negative. Namun, hal ini harus menjadi perhatian dari berbagai pihak, terutama rumah sakit tempat rehabilitasi karena konsep diri yang positif penting untuk kesehatan mental dan fisik individu. Orth & R.W (2014) menulis bahwa individu yang memiliki konsep diri positif lebih mampu mengembangkan dan mempertahankan hubungan interpersonal dan lebih tahan terhadap penyakit psikologis dan fisik. Sedangkan Individu yang memiliki konsep diri yang negatif tidak mampu menerima atau beradaptasi dengan perubahan yang mungkin terjadi sepanjang hidupnya.

Cara pandang individu terhadap dirinya mempengaruhi interaksinya dengan orang lain atau dikenal sebagai kemampuan Interpersonal. Hal ini pernah dibuktikan oleh Yahaya (2009) ketika mereka melakukan penelitian pada siswa di *secondary school*. Mereka meyakini bahwa jika dalam proses interaksi sosial seseorang menilai dirinya secara positif maka ia menjadi percaya diri dalam mengerjakan hal-hal yang ia kerjakan dan memperoleh hasil yang positif pula. Sebaliknya, jika seseorang menilai secara negatif terhadap dirinya maka ia menjadi tidak percaya diri ketika mengerjakan sesuatu dan hasilnya pun menjadi tidak menggembirakan.

Konsep diri yang negatif adalah hasil dari ketidakmampuan menerima atau beradaptasi dengan perubahan yang terjadi sepanjang hidupnya, mengungkapkan perasaan tidak berdaya, tidak menyukai diri sendiri atau membenci diri sendiri yang diproyeksikan kepada orang lain, merasa sedih atau putus asa, dapat menyatakan tidak memiliki energy (Kusumawati, 2010). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar rehabilitan

merasa diri mereka tidak lagi berguna ketika menjadi seorang rehabilitan Napza, mereka merasa tidak dipedulikan, mereka merasa tidak dihargai, mereka tidak mendapat kasih sayang dari keluarga dan orang-orang yang ada sekitar mereka, sehingga mereka menjadi tidak percaya diri dan cenderung menyendiri, selalu menghindari diri dari hubungan interpersonal.

Pada Konsep Diri pasien penyalahgunaan Napza dengan kategori Negatif tidak terdapat responden yang memiliki kemampuan interpersonal dengan kategori baik dan tidak terdapat pula kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan Napza dengan kategori sangat baik. Hal ini sangatlah wajar dikarenakan jika seseorang merasa dirinya tidak berharga dan tidak dihargai maka seseorang tersebut cenderung menghindari hubungan interpersonal. Didalam bukunya, Koziar (2010) menguatkan bahwa cara pandang individu terhadap dirinya akan memengaruhi interaksinya dengan orang lain.

### **Kesimpulan**

Konsep diri pasien penyalahgunaan Napza yang dirawat di Ruang Rehabilitasi Napza Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin, sebagian besar termasuk pada kategori positif yaitu sebanyak 13 orang (52%). Kemampuan interpersonal sebagian besar termasuk dalam kategori buruk yaitu sebanyak 12 orang (48%). Sehingga, terdapat hubungan yang sangat kuat antara konsep diri dengan kemampuan interpersonal pasien penyalahgunaan Napza di Ruang Rehabilitasi Napza di rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarmasin dengan nilai korelasi sebesar 0,965.

### **Ucapan Terimakasih**

Penelitian ini berhasil diselesaikan atas kerja sama yang solid antara STIKES Suaka Insan Banjarmasin dengan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarbaru,

Kalimantan Selatan. Terima Kasih kepada Bapak Direktur RSJ Sambang Lihum, dr. H. IBG Dharma Putra, MKM yang telah memberikan restu hingga terwujudnya penelitian ini serta Sr. Imelda I. Ladjar, SPC., BSN., MHA selaku ketua STIKES Suaka Insan Banjarmasin.

#### Daftar Pustaka

- Akhter, A., 2013. Relationship between substance use and Self-esteem. *Internasional Journal of Scientific & Engineering Research*, 4(2).
- Ircham, M., 2013. *Kuesioner dan panduan wawancara (alat ukur penelitian)*. 1st ed. Yogyakarta: Fitramaya.
- Khajehdaluae, M., Zavar, A., Alidoust, M. & Pourandi, R., 2013. The relation of self-esteem and Illegal Drug Usage in High School Students. *Iran Red Cres Medical Journal*, 15(11).
- Kusumawati, Y. H. F., 2010. *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lihum, R. S. J. S., 2015. *Catatan Tahunan 2014/2015*, Banjarbaru: Bagian Informasi Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum .
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 3rd ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Orth, U. & R.W, R., 2014. The development of self-esteem. *Association for psychological Science*, 23(5), pp. 381-387.
- R.L, M. & Tangney, J. P., 2012. *Handbook of self and identity*. 2nd ed. United States of America: The Guilford Press.
- Selatan, B. N. P. K., 2014. *Jumlah Pengguna Narkoba, Psikotropika dan Zat Adiktif*, Banjarmasin: Bagian Informasi Badan Narkotika Provinsi Kalimantan Selatan.
- Sugiyono, 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif kualitatif dan R &D*. Bandung: Alfabeta.
- Yahaya, A. R. J., 2009. The relationship between self-concept and communication skills towards academic achievement among secondary school students in jOhor Bahru. *International Journal of Psychological Studies*, 1(2), pp. 25-34.

## PENGARUH EDUKASI *FEEDING PRACTICE* TERHADAP STATUS GIZI ANAK USIA 6-24 BULAN DI KOTA CIMAHI

Fitri Faturahmi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dinas Kesehatan Kota Cimahi  
(fitrifaturahmi@gmail.com)

### ABSTRAK

**Latar belakang :** Seribu hari pertama kehidupan merupakan jendela kesempatan masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, sehingga sering diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Praktik pemberian makan (*Feeding Practice*) yang baik dan tepat sangat penting untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, perkembangan, kesehatan dan gizi bayi dan anak. Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh edukasi gizi *feeding practice* terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan dengan indeks z-skor BB/U dan indeks z-skor BB/TB.

**Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian quasi experimental menggunakan rancangan pre-post test with control group. Subjek penelitian adalah anak usia 6-24 bulan dengan status gizi kurang di enam wilayah Puskesmas di Kota Cimahi. Sebanyak 72 subjek penelitian yang dipilih dengan menggunakan metode simple random sampling. Teknik pengumpulan data dengan wawancara langsung, pengukuran antropometri dan pengisian kuesioner. Data dianalisis dengan uji t-independen dan regresi linier untuk melihat perbedaan status gizi setelah diberikan edukasi gizi dan diolah dengan SPSS 17.0 for Windows dengan nilai signifikansi  $p < 0,05$  pada tingkat kemaknaan 95%.

**Hasil Penelitian :** Terdapat hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/U dan BB/TB, meskipun secara statistik tidak signifikan. Indeks z-skor BB/U ( $b=0,2$ ; CI 95%;  $p=0,09$ ); Indeks z-skor BB/TB ( $b=0,13$ ; CI 95%;  $p=0,51$ ).

**Simpulan Penelitian :** Terdapat pengaruh positif edukasi gizi *feeding practice* terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan dengan indeks z-skor BB/U dan BB/TB, walaupun secara statistik tidak signifikan.

**Kata kunci :** Edukasi *Feeding Practice*, Status gizi indeks BB/U dan BB/T

## ***THE EFFECTS OF NUTRITION EDUCATION FEEDING PRACTICE ON THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AGED 6-24 MONTHS IN CIMAHI***

### ABSTRACT

**Background :** *The first two years of life provide a critical window of opportunity for ensuring children's appropriate growth and development through optimal feeding, so it is believed as the golden period and critical period at the same time. A good and proper feeding practice is very essential for live sustainability, growth, development, health and nutrition of infants and children. This study aimed to know the effects of nutrition education Feeding Practice on the nutritional status of children aged 6-24 months with the index z-score weight of age and the index z-score weight of height.*

**Method:** *This study was quasi-experimental using pre-post test with control group design. The subjects were children aged ranged 6 until 24 months with undernutrition status. A*

*total of 72 research subjects were randomly selected. Data collected by direct interview, anthropometric measurement and questionnaire. The data were analyzed using independent t-test analysis and linear regression analysis and processed with SPSS 17.0 for Windows with  $p < 0,05$  and confidence interval 95% considered as significant. Results: There was a positive relationship between nutrition education and z-scores weight of age and z-score weight of height, even though these were not statistically significant ( $b = 0.2$ ; CI 95%;  $p = 0.09$ ) and ( $b = 0.13$ ; CI 95%;  $p = 0.51$ ) respectively. Conclusions: There was a positive effect of nutrition education Feeding Practice on nutritional status of children aged 6-24 months with the index weight of age and the index z-score weight of height, even though these were not statistically significant.*

**Keywords:** *Feeding Practice Education, Nutritional Status index WFA.*

---

## **Pendahuluan**

Seribu hari pertama kehidupan merupakan jendela kesempatan masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, sehingga sering diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis (WHO, 2009). Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal, sebaliknya pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya maka periode emas berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembangnya (Kemenkes, 2013).

Status gizi balita sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial terdekat. Di samping itu peran keluarga sangat besar dalam membentuk kepribadian anak. Pola pendidikan yang tepat yang diterapkan oleh orang tua akan sangat membantu anak dalam menghadapi kondisi lingkungan pada masa yang akan datang. Orang tua merupakan tempat bergantung anak-anaknya dan harus memberikan kasih sayang dan perhatian sepenuhnya pada anak hingga remaja (Hariyadi, 2010)

Praktik pemberian makan (*Feeding Practice*) yang baik dan tepat sangat penting untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, perkembangan, kesehatan, gizi bayi dan anak (Kemenkes, 2011). Terdapat beberapa faktor yang ditemukan berhubungan dengan kejadian stunting pada

anak hingga usia dua tahun yaitu praktik pemberian makanan pendamping dan asupan protein yang kurang (Candra, 2011). Salah satu upaya perbaikan *feeding practice* pada anak usia 6-24 bulan adalah dengan metode pendidikan kesehatan secara perorangan (individual). Menurut (Notoatmodjo, 2007) metode pendidikan kesehatan dengan pendekatan perorangan dilakukan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perubahan perilaku. Upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan individu/keluarga salah satunya melalui konseling gizi. Konseling gizi adalah suatu pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga serta diharapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizinya termasuk perubahan pola makan serta memecahkan masalah gizi terkait kearah kebiasaan hidup sehat (PERSAGI, 2011). Konseling *Feeding Practice* pada ibu yang memiliki anak usia 6 – 24 bulan merupakan proses yang dilakukan oleh petugas kesehatan bertujuan untuk memotivasi ibu agar dapat mempraktekkan *feeding practice* yang sesuai dengan usia anak dan masalah yang dijumpai (WHO, 2009).

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh edukasi gizi *feeding practice* terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan dengan indeks BB/U dan indeks BB/TB.

## Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kota Cimahi Jawa Barat, selama 4 bulan terhitung mulai bulan Februari sampai bulan Mei 2015. Penelitian ini merupakan quasi experimental dengan menggunakan rancangan pre-post test with control group, populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia 6-24 bulan yang terdaftar di posyandu Kota Cimahi.

Sampel adalah anak usia 6-24 bulan yang mempunyai status gizi pendek (TB/U) atau gizi kurang (BB/U) atau kurus (BB/TB)  $< -2$  standar deviasi yang tinggal di Kota Cimahi Propinsi Jawa Barat. Total sampel 72 orang.

Dalam melaksanakan penelitian, pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Menentukan sampel anak usia 6-24 bulan dengan kriteria yang sudah ditentukan, kemudian memberikan penjelasan kepada ibu balita mengenai maksud dan tujuan serta memberikan surat persetujuan penelitian untuk ditandatangani oleh ibu balita yang setuju ikut penelitian.
2. Memberikan penjelasan kepada enumerator untuk edukasi *feeding practices*
3. Mengambil data dasar subyek penelitian.
4. Membagi sampel menjadi 2 kelompok penelitian dengan menggunakan teknik randomisasi.
5. Melakukan wawancara identitas dan *feeding practices*
6. Kelompok eksperimen mendapatkan edukasi gizi *feeding practices* selama 2 minggu sekali selama 30 menit selama 3 bulan
7. Kelompok kontrol mendapatkan penyuluhan gizi 4 kali selama 3 bulan.
8. Melakukan pengukuran antropometri hari ke 1,30, 60, 90, (4 titik pengukuran)
9. Setelah 3 bulan dilakukan pengukuran status gizi dengan indeks BB/U, BB/TB,

kemudian dari hasil yang diperoleh dilakukan editing dan analisis data

Data yang diperoleh diolah melalui proses editing , coding dan cleaning, kemudian diolah dengan menggunakan program *SPSS 17.0 for Windows*

### a. Analisis data univariat

Data umur, jenis kelamin, pendidikan ibu, pekerjaan ayah setelah dikategorikan akan disajikan dalam tabel distribusi frekuensi dan dianalisis secara deskriptif.

### b. Analisis data bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen (*feeding practice*) dengan variabel dependen (status gizi anak). Perubahan status gizi anak pada kelompok perlakuan dan kontrol yang dinilai melalui perbedaan skor BB/U dan BB/TB pada awal dan akhir pengamatan masing-masing dianalisis dengan menggunakan uji t tidak berpasangan dan regresi linier Analisis data yang digunakan meliputi univariat untuk menganalisis umur, jenis kelamin, pendidikan ibu, pekerjaan. Analisis bivariat digunakan untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen (*feeding practice*) dengan variabel dependen (status gizi anak). Perubahan status gizi anak pada kelompok perlakuan dan kontrol yang dinilai melalui perbedaan indeks z-skor BB/U dan z-skor BB/TB dianalisis dengan menggunakan uji t tidak berpasangan.

## Hasil dan Pembahasan

### 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1 menunjukkan sebanyak 44 anak (61,1%) adalah perempuan. Sebagian besar anak berumur diatas satu tahun (83,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan ibu didapatkan sebanyak 34 ibu menyelesaikan pendidikan SMP (47,2%), dan sebagian besar pekerjaan kepala keluarga adalah buruh pabrik (79%).

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Variabel		Jumlah	Persentase(%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	28	28,9
	Perempuan	44	61,1
n	Jumlah	72	100
Umur anak	< 12 bulan	12	16,7
	≥12 bulan	60	83,3
	Jumlah	72	100
Pendidikan Ibu	SD	14	19,4
	SMP	34	47,2
	SMA	22	30,6
	PT	2	2,8
	Jumlah	72	100
Pekerjaan Ayah	Wiraswasta	15	21
	Buruh	57	79
	Jumlah	72	100

(Sumber:Data Primer, 2015)

## 2. Status Gizi anak

Tabel 2 Gambaran status gizi berdasarkan Z-skor BB/U

Z-skor BB/U	Kel. Edukasi gizi (n=36)				Kel. Kontrol (n=36)			
	Mean	SD	Max	Min	Mean	SD	Max	Min
Sebelum	-2,74	0,9	-0,5	-5,6	-2,37	0,68	-0,53	-3,67
Sesudah	-2,57	0,8	-1,1	-4,7	-2,4	0,73	0,05	-0,53
Selisih	-0,16	0,43	0,58	-1,10	0,04	0,56	0,94	-2,1

(Sumber:Data Primer, 2015)

Berdasarkan Tabel 2 didapatkan bahwa pada kelompok yang diberikan edukasi gizi nilai rata-rata selisih Z-skor BB/U  $-0,16 \pm 0,43$  sehingga dapat terlihat perubahan Z-skor BB/U setelah diberikan edukasi gizi *feeding practice*. Sementara pada kelompok kontrol nilai rata-rata selisih Z-skor BB/U  $0,04 \pm 0,56$ . Pada kelompok intervensi menunjukkan perubahan Z-skor BB/U lebih baik dibandingkan pada kelompok kontrol. Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata perbedaan Z-skor BB/U secara statistik tidak signifikan ( $p=0,091$ ).

Perubahan status gizi berdasarkan Z-skor BB/TB ditunjukkan Tabel 3. Pada kelompok yang diberikan edukasi gizi rata-rata selisih Z-skor BB/TB  $-0,5 \pm 0,59$  sehingga dapat terlihat perubahan lebih baik Z-skor BB/TB setelah diberikan edukasi gizi *feeding practice*. Sementara pada kelompok kontrol nilai rata-rata selisih Z-skor BB/TB  $0,37 \pm 1,06$ . Pada kelompok intervensi menunjukkan perubahan Z-skor BB/TB lebih baik dibandingkan pada kelompok kontrol. Hasil uji t- independen menunjukkan rata-rata perbedaan Z-skor BB/TB secara statistik tidak signifikan ( $p=0,512$ ).

Tabel 3 Status gizi berdasarkan Z-skor BB/TB

Z-skor BB/TB	Kel. Edukasi gizi (n=36)				Kel. Kontrol (n=36)			
	Mean	SD	Max	Min	Mean	SD	Max	Min
Sebelum	-1,99	1,11	0,0	-4,3	-1,48	1,03	1,07	-3,19
Sesudah	-1,48	1,01	0,4	-3,3	-2,41	0,73	2,26	-3,48
Selisih	-0,5	0,59	0,52	-1,92	-0,37	1,06	3,58	-3,18

(Sumber:Data Primer, 2015)

Hasil analisis regresi linier yang menghubungkan edukasi gizi dengan z-skor BB/U. Edukasi gizi akan meningkatkan z-skor BB/U sebanyak 0,20 kali. Hasil analisis statistik menunjukkan hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/U, meskipun tidak signifikan ( $b=0,2$ ; CI 95%;  $p=0,09$ ).

Hasil uji regresi linier menunjukkan hubungan edukasi gizi dengan z-skor BB/TB. Edukasi gizi akan meningkatkan z-skor BB/TB sebanyak 0,13 kali. Hasil analisis statistik menunjukkan hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/U, meskipun tidak signifikan ( $b=0,13$ ; CI 95%;  $p=0,51$ ).

## Pembahasan

Penyebab langsung dari status gizi kurang adalah defisiensi energi maupun protein, yang berarti kurangnya konsumsi makanan yang mengandung energi maupun protein dan hambatan utilisasi zat gizi. Adanya penyakit infeksi dapat memberikan hambatan absorpsi dan hambatan utilisasi zat-zat gizi yang menjadi dasar timbulnya status gizi kurang. Penyebab tidak langsung dari status gizi kurang ada beberapa hal yang dominan, antara lain pendapatan yang rendah, ekonomi negara, rendahnya pendidikan umum dan pendidikan gizi, produksi pangan yang tidak mencukupi kebutuhan (Supriasa, 2013).

Dari analisis uji statistik dapat disimpulkan bahwa setelah intervensi berupa edukasi gizi selama tiga bulan

terdapat peningkatan status gizi menurut z-skor BB/U dan z-skor BB/TB. Kecenderungan peningkatan

Status gizi lebih tinggi pada kelompok intervensi edukasi gizi feeding practice meskipun secara statistik tidak signifikan (z-skor BB/U  $p=0,09$ ; z-skor BB/TB  $p=0,512$ ). Menurut penelitian Elva (2012) terdapat perbedaan status gizi anak dengan kesulitan makan pada sebelum dan sesudah konseling dengan *feeding rules* dilihat dari indeks z-skor TB/U. Sejalan dengan penelitian Maryati (2014) di Kota Cimahi menunjukkan ada perbedaan yang signifikan (nilai  $p < 0,05$ ), pada kelompok kontrol dan perlakuan skor *feeding practice* sebelum dan sesudah intervensi mengalami peningkatan yang bermakna.

Hasil uji statistik regresi linier menunjukkan edukasi gizi akan meningkatkan z-skor BB/U sebanyak 0,20 kali. Hasil analisis statistik menunjukkan hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/U, meskipun tidak signifikan ( $b=0,2$ ; CI 95%;  $p=0,09$ ). Edukasi gizi akan meningkatkan z-skor BB/TB sebanyak 0,13 kali. Hasil analisis statistik menunjukkan hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/U, meskipun tidak signifikan ( $b=0,13$ ; CI 95%;  $p=0,51$ ). Faktor-faktor lain yang mungkin mempengaruhi hasil edukasi gizi *feeding practice* yang tidak signifikan adalah tingkat pendidikan ibu dan tingkat sosial ekonomi keluarga. Sebanyak 34 ibu menyelesaikan pendidikan SMP (47,2%). Menurut Suhardjo (2006) tingkat



pendidikan formal ibu membentuk nilai-nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal-hal baru. Tingkat pendidikan formal merupakan faktor yang ikut menentukan mudah atau tidaknya ibu menyerap, dan memahami informasi gizi yang diperoleh. Rata-rata pekerjaan kepala keluarga adalah buruh pabrik (79%) dengan penghasilan Upah Minimum Rata-rata (UMR). Menurut penelitian Nasikhah (2012) bahwa tingkat pendapatan yang rendah berhubungan dengan kejadian *stunting*.

Hasil penelitian Bhandari et al (2004) di India tentang pengaruh edukasi mengenai feeding practice pada anak usia 6 sampai 18 bulan menunjukkan bahwa intervensi gizi berupa edukasi gizi mampu meningkatkan feeding practice yang ditandai oleh meningkatnya asupan zat gizi anak serta frekuensi dan bentuk makanan yang sesuai secara signifikan (nilai p value < 0,001). Kesehatan anak berhubungan dengan asupan makannya. Berdasarkan ceklist asupan feeding practice, terdapat sampel yang mengalami penurunan asupan feeding practice sehingga status gizi tidak meningkat karena sakit. Hasil review artikel oleh Ramji(2009) di India menunjukkan bahwa hanya 54 persen anak usia 6-24 bulan yang mendapatkan MP-ASI yang sesuai dan adanya hubungan antara kurang gizi dengan ketidakcukupan feeding practice pada usia 6-24 bulan di India. Hasil penelitian Rika (2009) bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola pemberian MP-ASI dan status gizi balita usia 6-24 bulan di Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.

#### **Keterbatasan Penelitian**

1. Skrining awal penentuan sampel menggunakan antropometri saja dan tidak menilai penyebab lain kekurangan gizi pada subjek penelitian
2. Data yang diperoleh dari penelitian ini tidak dapat terhindar dari bias informasi dan data sampel, yaitu

keterangan jenis dan frekuensi feeding practice yang didapat melalui wawancara sehingga memiliki kemungkinan underestimate dan overestimate serta keterbatasan daya ingat responden meskipun sudah di wawancara oleh petugas gizi terlatih

3. Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi secara teoritis dan tidak diteliti pada penelitian ini menjadi keterbatasan dalam menjawab ketidaksesuaian hipotesis dengan hasil penelitian yang tidak signifikan.

### **Kesimpulan Dan Saran**

#### **Kesimpulan**

1. Edukasi gizi akan meningkatkan z-skor BB/U sebanyak 0,20 kali. Hasil analisis statistik menunjukkan hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/U, meskipun tidak signifikan (b=0,2;CI 95%; p=0,09).
2. Edukasi gizi akan meningkatkan z-skor BB/TB sebanyak 0,13 kali. Hasil analisis statistik menunjukkan hubungan positif antara edukasi gizi dan z-skor BB/TB, meskipun tidak signifikan (b=0,13;CI 95%;p=0,51).

#### **Implikasi**

1. Secara teori pemberian edukasi gizi feeding practice dapat meningkatkan status gizi melalui perubahan perilaku ibu dalam praktik pemberian makan sesuai dengan rekomendasi WHO (2009) yang dianjurkan
2. Ahli gizi yang telah dilatih menjadi konselor MP-ASI diharapkan secara rutin melaksanakan edukasi gizi feeding practice untuk meningkatkan praktek pemberian makan pada anak usia 6-24 bulan yang sesuai dengan rekomendasi WHO (2009) yang dianjurkan.

## Saran

Praktek pemberian makan pada anak usia 6-24 bulan masih banyak ditemukan belum sesuai dengan rekomendasi WHO (2009) yang dianjurkan, sehingga edukasi feeding practice diharapkan dilakukan lebih optimal

## Daftar Pustaka

- Almatsier S, 2011. *Gizi Seimbang dalam daur kehidupan*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier S, 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi* :Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Candra A, Puruhita N, Susanto JC.2011. Risk Factors of stunting among 1-2 years old children in Semarang City. *Media Medika Indonesia*. Semarang
- Bhandari,N.,Mazumder,S.,Bahl,R., 2004. An Educational Intervention to promote Appropriate Complementary Feeding Practice and Phisical Growth in Infant and Young Children in Rural Haryana, India. *American Society for Nutritional Sciences*.
- Elva K, Rina P, Maria, 2012. Pengaruh Konseling dengan Feeding Rules terhadap status gizi anak dengan kesulitan makan. *Jurnal Media Muda Medika, Universitas Diponegoro Semarang*
- Hariyadi dkk, 2010. Analisis Hubungan Penerapan Pesan Gizi Seimbang dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi dengan Status gizi Balita di Propinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Gizi dan Pangan, Maret 2010*(1): 61 – 68
- Kemenkes. 2014. *Pelatihan konseling pemberian makan bayi dan anak*. Jakarta. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA.
- Kemenkes. 2013. *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI Berbasis Pangan Lokal*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA
- Maryati. 2014. Pengaruh pemberian edukasi gizi terhadap pengetahuan gizi dan feeding practice ibu dan pengasuh balita stunting usia 6-24 bulan. *Penelitian Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan, Bandung*. Poltekkes jurusan gizi
- Murti, 2013. *Desain Dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif Di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: UGM Press.
- Notoatmodjo, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*; PT Rineka Cipta Jakarta
- Notoatmodjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* ; PT Rineka Cipta Jakarta
- PERSAGI, 2009. *Penuntun Diet Anak* :Jakarta
- Ramji, 2009. Impact of infant & young child feeding & caring practices on nutritional status & health di New Delhi India. *Indian J Med Res* 130, November 2009, pp 624-626
- Rika dkk, 2010. Hubungan antara pola pemberian makanan pendamping ASi (MP-ASI) dan status gizi balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta. *Jurnal KES MAS Vol. 4.No. 2, JUNI 2010* : 76 – 143
- Retno, DN. 2009. Hubungan Tingkat Asupan energi, Protein, Besi, Seng dan Status Gizi dengan

- Status Imunitas Anak  
Balita;Surakarta
- Rohmani, 2010 . Pemberian Makanan  
Pendamping ASI (MPASI) pada  
anak usia 1-2 tahun di Kota  
Semarang.*Prosiding Seminar  
UNIMUS; Semarang*
- Suhardjo, 2003. *Berbagai Cara  
Pendidikan Gizi*. Jakarta : Bumi  
Aksara
- Supariasa, Bachyar B, Ibnu Fajar, 2013.  
*Penilaian Status Gizi* : Jakarta.  
.Penerbit Buku Kedokteran EGC
- WHO. 2009. *Infant and young child  
feeding*: WHO Press. Geneva

## **REMINISCENCE DAN LIFE REVIEW EFEKTIF MENGATASI DEPRESI DAN KEPUTUSASAAN PADA LANSIA**

<sup>1</sup>Missesa, <sup>2</sup>Budi Anna Keliat, <sup>3</sup>Ice Yulia Wardhani, <sup>4</sup>Yossie Susanti Eka Putri

<sup>1</sup> Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, Email : [missesakalteng@yahoo.com](mailto:missesakalteng@yahoo.com)  
<sup>2,3,4</sup> Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

\* Alamat korespondensi, [missesakalteng@yahoo.com](mailto:missesakalteng@yahoo.com), Telp 085252896388

### **ABSTRAK**

Prevalensi gangguan mental emosional termasuk depresi berdasarkan RISKESDAS 2007 secara nasional tertinggi pada kelompok lansia (33,7%). Masalah keperawatan pada lansia depresi salah satunya adalah keputusasaan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* mengatasi depresi dan keputusasaan pada lansia. Desain penelitian ini adalah *quasi experimental*, 29 sampel mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review*, 28 sampel mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence*. Data dianalisis menggunakan t-test. Hasil penelitian menunjukkan ada penurunan bermakna kondisi depresi dan keputusasaan pada kedua kelompok intervensi (*Pvalue* < 0,05). Perubahan kondisi depresi dan keputusasaan pada kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* lebih besar secara bermakna dibanding kelompok yang mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* (*Pvalue*<0,05). Terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* direkomendasikan untuk mengatasi depresi dan keputusasaan pada lansia.

Kata kunci : depresi, keputusasaan, *life review*, *reminiscence* .

### **ABSTRACT**

*The prevalence of mental emotional disorders including depression based RISKESDAS 2007 highest nationally in elderly people (33.7%). Hopelessness is one of nursing problem in elderly with depression. The purpose of this research to determine the effect of Reminiscence and Life Review Group Therapy on depression and hopelessness in elderly. The research design is quasi experimental, 29 samples receive Reminiscence and Life Review Therapy, 28 samples receive Reminiscence Therapy. The analysis of data used t test. The results showed significant decrease on depression and hopelessness in both intervention groups (Pvalue <0,05). Changes of depression and hopelessness in the group received Reminiscence and Life Review Group Therapy is significantly greater than the group received Reminiscence Group Therapy (Pvalue<0,05). The Reminiscence and Life Review Group Therapy recommended to treat depression and hopelessness in elderly.*

*Keywords : depression, hopelessness, life review, reminiscence*

### **Pendahuluan**

Depresi dianggap sebagai ancaman kesehatan global, oleh karena itu pada hari kesehatan jiwa sedunia oleh *World Health*

*Organization* (WHO) tanggal 10 Oktober 2012 di Geneva ditetapkan tema yaitu “*Depression : A global crisis*”. Penetapan tema tersebut tentunya didasarkan fakta

hasil riset di 17 negara tahun 2012 yang menyatakan bahwa 1 dari 20 orang menderita episode depresi dan diestimasikan saat ini 350 juta orang menderita depresi (WHO, 2012). Kondisi di Indonesia terkait permasalahan tersebut dapat dilihat berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, dimana dipaparkan data prevalensi nasional gangguan mental emosional termasuk depresi pada usia 15 tahun ke atas adalah 11,6%.

Berdasarkan hasil RISKESDAS 2007 didapatkan fakta bahwa usia tertinggi yang mengalami gangguan mental emosional pada kelompok umur 75 tahun ke atas atau 33,7% (Depkes, 2008). Kecenderungan lansia mengalami depresi lebih tinggi hal ini terjadi karena interaksi berbagai faktor penyebab yang terkait penurunan kondisi fisik.

Keputusan merupakan masalah yang terkait dengan depresi, dimana adanya penilaian negatif tentang masa depan dan didapat dari hasil penelitian bahwa 30% lansia mengalaminya. Persentase ini cukup tinggi dibanding masalah lainnya dan berisiko menimbulkan masalah bunuh diri (Boyle, 2005). Kejadian bunuh diri ini merupakan resiko yang signifikan pada lansia yang mengalami depresi di Amerika adalah 16%, angka tertinggi pada usia 85 tahun (Mauk, 2010). Salah satu fakta yang dipublikasikan di Media massa JPNN tanggal 22 Februari 2013 “seorang lansia di Solok meninggal akibat gantung diri dan ia diduga mengalami depresi, beberapa hari sebelum kejadian ia sering melamun dan menutup diri” (JPNN, 2013). Dampak buruk dan risiko kematian ini terjadi karena kurangnya penanganan depresi dengan baik karena muncul keputusan terhadap masalah yang mereka hadapi.

Upaya yang dapat dilakukan perawat mengatasi depresi dan keputusan yaitu melaksanakan terapi kelompok

*reminiscence* dilaksanakan dalam 12 sesi pertemuan tersebut mengacu konsep Schweitzer and Bruce (2008) yaitu *Remember Yesterday Care Today* (RYCT), pendekatan terapi tiap sesinya sesuai *life span* kemudian dimodifikasi khusus untuk lansia yang mengalami depresi. Selain itu, Terapi *Life review* mengacu pada teori Erickson tahun 1950 bahwa seseorang harus berhasil menyelesaikan setiap tahap kehidupannya dengan tugas masing-masing tiap tahap yang berbeda, sebelum diteruskan ke tahap berikutnya. Terapi *Life review* memberi kesempatan orang dewasa untuk mengatasi rasa bersalah dan menyesal sehingga muncul perasaan yang lebih baik tentang diri mereka sendiri (Stanley, Blair & Beare, 2005).

Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan gambaran tentang pengaruh Terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* terhadap depresi dengan masalah keperawatan keputusan pada lansia di PSTW Sinta Rangkang Tangkiling Provinsi Kalimantan Tengah.

### Metode Penelitian

Jenis dan rancangan penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test*”. Teknik pengambilan sampel yaitu *total sampling*, proses penentuan sampel sebagai berikut lansia yang ada di Panti PSTW Sinta Rangkang yang berusia  $\geq 60$  tahun terdiri dari 100 orang, 92 lansia memiliki kemampuan toleransi fisik untuk duduk 45 - 60 menit dan komunikatif, hasil pemeriksaan GDS  $\geq 5$  ada 60 lansia mengalami depresi dan hasil pemeriksaan MMSE skor  $> 23$  terdapat 60 lansia tidak mengalami gangguan kognitif berat serta bersedia menjadi responden. 60 lansia yang menjadi responden terdapat 3 orang mengundurkan diri atau *droup out* sehingga total sampel adalah 57 lansia.

Instrumen penelitian ini terdiri dari kuesioner A yang berisi data karakteristik responden. Kuesioner B tentang

pengukuran kondisi depresi menggunakan GDS yang sudah valid, dan pengukuran respon keputusan. Hasil uji validitas instrumen B adalah  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel (0,514,  $df = n - 2$ ), sedangkan hasil uji reliabilitas  $r = 0,963$  berarti instrumen B valid dan reliabel. Lokasi penelitian dibagi 2 tempat untuk menghindari bias, pertama (wisma 1, 2, 3, 8, 9, 10 dan 11) terdiri dari 29 orang dan lokasi kedua (wisma 3, 4, 5, 6, 7, dan 12) terdiri dari 28 orang.

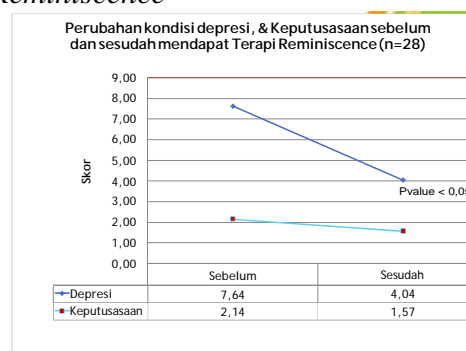
Analisis univariat dilakukan pada karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, lama menghuni panti) dan variabel *dependent* (depresi dan keputusan).

Pada penelitian ini, peneliti melakukan uji kesetaraan antara kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dengan kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* saja sebelum melakukan analisis bivariat. Analisis perubahan kondisi depresi, dan keputusan, kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* dan Terapi *Life Review* dengan kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* saja menggunakan uji *Dependent t-test (Paired sample t-test)*. Sedangkan analisa perbedaan kondisi depresi setelah mendapatkan kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dengan kelompok yang mendapat terapi kelompok *Reminiscence* saja menggunakan uji *Independent sample t-test*. Penelitian ini telah lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tertanggal 15 April 2013 nomor 13/H2 F12.D/HKP. 02. 04/2013.

### Hasil penelitian

Lansia yang mengalami depresi di PSTW Sinta Rangkang tangkiling Provinsi Kalimantan Tengah rata-rata berusia 71 tahun, rata-rata menghuni panti selama 65,11 bulan, berjenis kelamin wanita 56,1%.

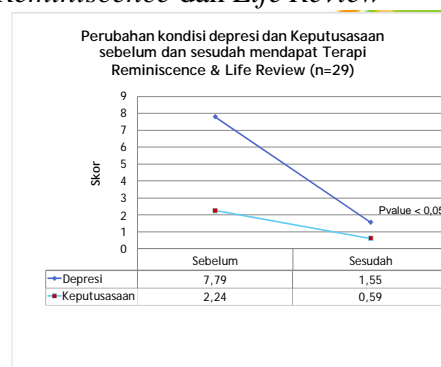
#### a. Perubahan Kondisi Depresi dan Keputusan pada Lansia sebelum dan sesudah Terapi Kelompok *Reminiscence*



**Gambar 1. Pengaruh Terapi *Reminiscence***

Pada gambar 1 ditunjukkan bahwa Terapi Kelompok *Reminiscence* dapat mengatasi depresi dan keputusan secara bermakna ( $Pvalue < 0,005$ ).

#### b. Perubahan Kondisi Depresi dan Keputusan pada Lansia sebelum dan sesudah Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review*

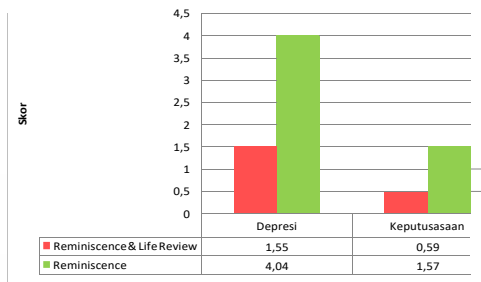


**Gambar 2. Pengaruh Terapi Kelompok *Reminiscence* & *Life Review***

Pada gambar 2 ditunjukkan bahwa Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dapat mengatasi depresi dan keputusan secara bermakna ( $Pvalue < 0,005$ ).

#### c. Perbedaan Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dengan Terapi Kelompok *Reminiscence*

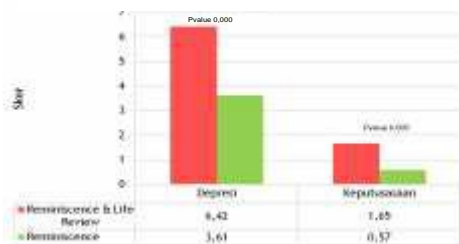
Perbedaan kondisi depresi dan Keputusan setelah terapi antara Kelompok Terapi Reminiscence & Life Review dengan Kelompok Terapi Reminiscence



Pada gambar 3 ditunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna kondisi depresi dan keputusan pada lansia yang mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* ( $Pvalue < 0,005$ ).

- d. Perbedaan Selisih Perubahan kondisi Depresi, dan Keputusan antara Lansia sebelum dan sesudah mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dengan lansia yang hanya mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence*

Perbedaan selisih kondisi depresi, dan Keputusan setelah terapi antara Kelompok terapi Reminiscence & Life Review dengan Kelompok Terapi Reminiscence saja



**Gambar 4 Perbedaan Selisih**

Pada gambar 4 bahwa ada perbedaan yang bermakna selisih perubahan kondisi depresi, dan keputusan antara kelompok yang mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dibandingkan kelompok yang hanya mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* dengan  $Pvalue 0,000 < \alpha (0,05)$ .

## Pembahasan

Lansia yang mengalami depresi di PSTW Sinta Rangkang Tangkiling Provinsi Kalimantan Tengah sebanyak 60 orang atau 60%, persentase ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Prasetya, Hamid dan Susanti (2010) di Panti Tresna Werdha Bakti Yuswa Lampung dan Syarniah, Keliat dan Hastono (2010) di

PSTW Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan. Selain itu, sesuai pernyataan Stanley dan Beare (2006) bahwa lansia yang tinggal di suatu intitusi khusus seperti Panti mengalami depresi 50 - 75%. Hasil penelitian senada dengan pernyataan Alexopoulos (2005) bahwa lansia yang tinggal di panti dalam waktu lama menderita depresi minor. Lansia dengan jenis kelamin wanita lebih dominan dibanding laki-laki yang mengalami depresi di PSTW Sinta Rangkang yaitu 56,1%. Fakta tersebut sesuai dengan teori Stuart (2009) yang menyatakan bahwa wanita lebih beresiko 20 - 30% dibanding laki-laki. Wanita mengalami penurunan suasana hati dan menjadi lebih berhati-hati, respons emosional umumnya terkait dengan depresi, hal ini memungkinkan wanita menderita depresi jauh lebih banyak daripada laki-laki (*Depression Health Center*, 2013).

Lansia yang mendapat terapi kelompok *remembrance* dan *life review* ada penurunan kondisi depresi 6,41 point (42,7%) dan kelompok yang hanya mendapat terapi kelompok *remembrance* ada penurunan 3,61 point (24,1%). Berarti antara kedua kelompok ada selisih 2,80 point (18,7 %) atau dengan kata lain angka tersebut adalah point efek dari Terapi Kelompok *Life Review*.

Penelitian Syarniah, Keliat dan Hastono (2010) di PSTW Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan menunjukkan dengan jelas bahwa Terapi Kelompok *Reminiscence* memiliki pengaruh bermakna mengatasi depresi dan masalah keperawatan keputusan, hal ini selaras dengan hasil penelitian yang peneliti lakukan karena terapi *Reminiscence* yang diberikan pada lansia depresi terdapat beberapa sesi evaluasi diri terhadap pengalaman di masa lalu dan perumusan tujuan di masa mendatang. Lansia dengan keputusan memiliki penilaian negatif tentang masa depan, oleh karena itu

dibutuhkan terapi yang membuka wawasan mereka sehingga tidak terlalu fokus pada hal negatif. Lansia diajak relaks dengan terapi Kelompok *Reminiscence* yang diberikan.

Kombinasi antara terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* dibanding kondisi depresi lansia yang hanya mendapat terapi kelompok *Reminiscence* dan lansia yang hanya mendapat terapi *life review* menunjukkan hasil bermakna dan cukup signifikan. penelitian yang dilakukan oleh Collins (2006) tentang "*Life review and reminiscence group therapy among senior adult*" dalam 12 sesi pertemuan, hasilnya peserta merasa nyaman dengan terapi, depresi berkurang dan meningkatkan kemampuan coping. Kedua terapi tersebut saling melengkapi, menurut Bulechek, Butcher, Dochterman (2008) *Reminiscence* menggunakan pengalaman masa, perasaan dan pikiran yang menyenangkan untuk memfasilitasi kemampuan beradaptasi terhadap perubahan atau dengan kata lain masalah yang dihadapi. Sesuatu yang menyenangkan atau kondisi relaks menurut Townsend (2009) dapat mengatasi depresi karena adanya sekresi neurotransmitter yaitu serotonin. Sesuatu yang menyenangkan menjadi stimulus yang membangkitkan semangat dan keceriaan klien menghadapi depresi. Selanjutnya terapi kelompok *Life Review* mempunyai kelebihan, adanya pelepasan energi emosi dan intelektual untuk mengatasi masalah saat ini, dan berefek positif mengatasi depresi (Lestari, Hamid, Wardani, 2012). Selain itu, Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit dan Westerhof (2012) menyampaikan bahwa adanya komponen terapi yaitu perumusan tujuan masa depan.

Lansia depresi dengan keputusan yang mendapat terapi kelompok *reminiscence* dan *life review* dengan lansia yang hanya mendapat terapi kelompok *reminiscence* menunjukkan penurunan yang bermakna.

Hasil analisis antara kedua kelompok tersebut ada perbedaan yang bermakna. Lansia yang mendapat terapi kelompok *reminiscence* dan *life review* ada perbaikan keputusan 1,66 point (33,2%) dan kelompok yang hanya mendapat terapi kelompok *reminiscence* ada penurunan 0,57 point (11,4%). Berarti antara kedua kelompok ada selisih 1,09 point (21,8 %).

Lansia yang mengalami keputusan dengan latar belakang ditelantarkan oleh keluarga, konflik dalam pernikahan maupun orang lain dalam waktu lama harus diberikan pendampingan dan motivasi, lansia yang mau membuka dirinya dapat mengatasi masalah dan mengungkapkan perasaan senang. Adanya sikap ekstrovert dan introvert berpengaruh pada penyelesaian masalah psikologis usia pertengahan, kesuksesan di masa tua saat ia mulai mengembangkan kepedulian dengan orang lain (Mujahidullah, 2012).

Pada saat Terapi Kelompok *Life Review*, lansia diberikan kesempatan untuk lebih banyak lagi untuk mengeksplorasi pengalaman hidupnya dari masa kanak-kanak, remaja, dewasa hingga lansia. Disini peneliti selaku terapis memotivasi lebih lagi bagi mereka yang masih tampak tertutup untuk lebih terbuka, dan ternyata lansia yang mengalami keputusasaannya dapat lebih baik seperti mengungkapkan harapan positif di masa tuanya dengan belajar dari pengalaman hidupnya. Kondisi ini didukung oleh teori yang disampaikan Caldwell, 2005 dalam Mitchell (2009) bahwa Terapi *Life review* merupakan alat terapi yang dapat mengeksplorasi pengalaman hidup masa lalu, kekuatan dan prestasi dari orang tua dan membawa cerita sampai sekarang dalam rangka untuk mengatasi stadium akhir-hidup seseorang integritas *versus* putus asa sesuai teori Erikson.

Penurunan gejala depresi yang signifikan dan peningkatan paling dramatis pada peserta yang paling ekstrover disebabkan



oleh kesediaan mereka mengingat hal-hal positif dan berbagi emosi mereka lebih bebas daripada orang introvert, demikian hasil penelitian yang dilakukan Pot *et al* (2010) tentang “*The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial*” menunjukkan hasil bahwa kelompok yang mendapat intervensi terapi *life review* mengalami penurunan gejala depresi secara signifikan.

Lansia yang mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* serta yang hanya mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence* lansia yang hanya menunjukkan hasil bermakna tetapi masih perlu upaya supaya mencapai tingkat ideal yaitu skor nol. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai pemulihan kondisi dapat dilakukan terapi generalis oleh perawat di Panti. Selain itu, dapat dilakukan melakukan pendampingan dan monitoring kondisi lansia, *support* lansia melakukan hal-hal positif dan menciptakan suasana keakraban saling mendukung antara lansia.

Pertimbangan lainnya untuk meningkatkan pemulihan depresi pada lansia yaitu dilaksanakannya *Family Therapy*. Psikoterapi ini diberikan terapi kepada klien melalui keluarga sebagai *caregiver*. Psikoedukasi Keluarga merupakan bagian dari terapi ini, digunakan untuk meningkatkan peran serta dalam melakukan perawatan pada klien yang mengalami depresi (Cuijpers, Straten, Anderson & Oppen, 2008). Keluarga tidak hanya dibatasi pertalian hubungan darah saja tetapi keluarga adalah *caregiver* yang memiliki kedekatan dan berperan besar dalam perawatan lansia, bagi lansia yang berada di panti maka pengasuh wisma merupakan bagian dari keluarga yang harus dimaksimalkan perannya untuk membantu lansia keluar dari masalah yang dihadapinya. Pengasuh di wisma PSTW Sinta Rangkang Tangkiling Provinsi Kalimantan Tengah

sebagai keluarga terdekat dapat memantau secara langsung kondisi lansia dan memberikan masukan positif dalam perawatan lansia.

### **Kesimpulan**

Terapi kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* memberikan pengaruh bermakna ( $Pvalue < 0,05$ ) untuk menurunkan depresi dan keputusan dibanding lansia yang hanya mendapat Terapi Kelompok *Reminiscence*.

Perawat spesialis jiwa dapat melaksanakan Terapi Kelompok *Reminiscence* dan *Life Review* sebagai terapi keperawatan kepada lansia yang mengalami depresi dan masalah keperawatan keputusan tidak hanya di Panti khusus lansia namun lebih luas lagi bagi lansia yang ada di masyarakat (komunitas).

### **Ucapan Terima Kasih**

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung penelitian ini baik moril maupun materil khususnya Program Magister Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, Pemerintah Provinsi Kalimantan Tengah beserta jajarannya dan keluarga tercinta.

### **Daftar Pustaka**

- Alexopoulos, G. S. (2005). *Depression in the elderly. The lancet*; Jun-4Jun 10,2005,365,9475.  
<http://proquest.umi.com>.
- Boyle, G. (2005). *The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care setting. Aging and*

- society* 25, 2005,731-748.  
<http://proquest.umi.com>.
- Bulechek, G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC) Fifth Edition*. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Collins, C. J. (2006). *Life Review And Remniscence Group Therapy Among Senior Adult*.  
[http://etd.lib.ttu/theses/available/etd-4182006223851/unrestricted/Collin\\_Cassondra-Diss.pdf](http://etd.lib.ttu/theses/available/etd-4182006223851/unrestricted/Collin_Cassondra-Diss.pdf).
- Cuijpers,P., Straten, V.A., Anderson,G., Oppen, P.A., (2008). *Psychotherapy for depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychplogy* 2008, 2008, Vol. 76, No. 6 909-922.  
<http://proquest.umi.com>.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008) *Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) Tahun 2007*. Jakarta : Depkes R.I
- Depression Health Center. (2013). *Causes of Depression*.  
[www.webmd.com/depression/guide/causes-depression](http://www.webmd.com/depression/guide/causes-depression).
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah. (2012). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah*. Palangka Raya : Dinkes Kalteng.
- Frazer, C.J., Christense, H dan Griffiths. (2005). *Sistematic Review : Effectiveness of treatments for depression in older people*. *Medical Journal of Australia*; Jun 2, 2005; 182,12; ProQuest pg 627.  
<http://proquest.umi.com>.
- Hoover, D.R., Msiegel, J., Lucas, D., Gaboda, D.P., Devanand dan Crystal,S. (2010). *Long in the frist year of stay forelderly long-term nursing home residents in the u.s.a*. *International Psychogeriatrics*, 22:7, 1161-1171.  
<http://proquest.umi.com>.
- JPNN. 2013. *Diduga Depresi, Lansia Gantung Diri*. *Berita.plasa.msn.com/nasional/22 Februari 2013*. Diperoleh 26 Februari 2013.
- Korte, Jojanneke, Westerhof,G.J. and Bohlmeijer,E. T. (2012). *Mediating Processes In An Efective Life Review Intervention*. *Psychology and aging Journal* 2012 Vol 27, No.4 1172-1181.  
<http://proquest.umi.com>.
- Lestari, D.R., Hamid,A.Yi., dan Wardani, I.Y. (2012). *Pengaruh Terapi Telaah Pengalaman Hidup Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Martapura Dan Banjarbaru Kalimantan Selatan Tahun 2012*. Tesis. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Mauk, K.L. (2010). *Gerontological Nursing Competencies For Care Second Edition*. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers.
- Mitchell, S.F. (2009). *Life Review Theraphy: A Prevention Program For Elderly Who Are Experiencing Life Transitions*. Proquest Dissertation & Theses (PQDT).  
<http://proquest.umi.com>.
- Mujahidullah, K. (2012). *Keperawatan Geriatrik: Merawat Lansia Dengan Cinta Dan Kasih Sayang*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- NANDA. (2012). *NANDA International : Diagnosis Keperawatan (Definisi dan Klasifikasi) 2012 – 2014*. Jakarta : EGC.
- Pot, A.M., Bohlmeijer, E.T., Onrust, S., Melenhorst, A.S., Veerbeek, M., et al. (2010) *The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial* *International Psychogeriatrics* 22. 4 (Jun 2010): 572-81.  
<http://proquest.umi.com>.

- Stanley, M., Blair, K.A, dan Beare, P.G (2005). *Gerontological nursing promoting succssful aging with older adult (3rd ed)*. Philadelphia : F.A Davis Company.
- Stuart, G.W., (2009). Principles and practice of psychiatric nursing. (9<sup>th</sup> edition). St Louis: Mosby.
- Schweitzer, P., Bruce, E. (2008). *Remembering Yesterday, Caring Today : Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Syarniah, Keliat. B.A., Hastono, S.P. (2010). Pengaruh Terapi Kelompok Reminiscence Terhadap Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2010. Tesis. *Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia*.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of care in Evidance-based Practice*. Philadelphia :F.A Davis Company.
- Prasetya, A. S., Hamid, A.Y, Susanti, H .(2010). *Pengaruh Terapi Kognitif Dan Senam Latih Otak Terhadap Tingkat Depresi Dengan Harga Diri Rendah Pada Klien Lansia Di Panti Werda Bakti Yuswa Natar Lampung Tahun 2010*. Tesis. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- WHO. (2012). *Depression : A Global crisis World Mental Health Day, october 10 2012*. [www.wfmh.org/2012](http://www.wfmh.org/2012)  
DOCS/MHDay%202012%20SMALL%20FILE%20FINAL.pdf.

## **FAKTOR DETERMINAN PERTUMBUHAN FISIK ANAK SEKOLAH DASAR KELAS 1 DAN 2 DI SDN GARANTUNG 2 KECAMATAN MALIKU KABUPATEN PULANG PISAU**

Christine Aden. Missesa, Fetty Rahmawaty  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya , Jurusan Keperawatan

### **ABSTRAK**

Pertumbuhan fisik anak dapat dipantau dari penambahan berat badan dan tinggi badan. Pertumbuhan fisik ini ditunjang oleh faktor lingkungan dan faktor genetik dan interaksi keduanya Baker (2008) Soetjiningsih (1998). Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan faktor determinan pertumbuhan fisik anak sekolah pada SDN Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau. Data dianalisis uji statistik *Chi-square*, *Fisher* dan Regresi Logistik.

Penelitian ini dilakukan pada sejumlah karakteristik anak-anak SDN Garantung yang meliputi umur, jenis kelamin, urutan anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pendapatan orangtua, orangtua yang bekerja, kelengkapan imunisasi, pemberian ASI, snack serta variabel morbiditas yaitu obat kecacangan, waktu pengobatan.

Hasil analisis statistik menunjukkan Nilai  $R^2$  dari pemodelan ketiga dari model regresi yaitu 0,255 dimana menjelaskan pertumbuhan fisik anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau sebesar 25% sisanya dijelaskan oleh faktor yang lain dan menyimpulkan bahwa ada empat faktor determinan pertumbuhan fisik yaitu jenis umur, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan Ibu, urutan anak.

Ditemukan faktor determinan ini harus diperhatikan oleh pihak sekolah, Puskesmas dan para pengambil keputusan untuk mendapatkan pertumbuhan fisik anak yang optimal. Karakteristik yang lain seperti jenis kelamin anak, pendidikan ayah, pendapatan orangtua, orangtua yang bekerja, kelengkapan imunisasi, pemberian ASI, snack serta variabel morbiditas yaitu obat kecacangan dan waktu pengobatan kecacangan harus diperhatikan karena menimbulkan potensi risiko terhadap gangguan pertumbuhan fisik jika diabaikan.

**Kata Kunci** : Anak Sekolah, Pertumbuhan Fisik

## Pendahuluan

Anak sekolah merupakan generasi penerus bangsa yang dapat membawa perubahan bagi bangsa dan negara. Anak akan tumbuh dengan sehat fisik dan mental karena didukung oleh lingkungan dan keluarga. Sebaliknya anak dapat memiliki masalah terkait kekurangan gizi dan narkoba jika tidak dipantau dengan baik.

Anak-anak mengalami pertumbuhan fisik yang cepat antara usia 6 sampai 12 tahun, anak-anak akan mengalami pertumbuhan sekitar 5 cm pertahun dan berat badan akan bertambah hampir dua kali lipat atau 2 sampai 3 kg per tahun<sup>1</sup>.

Seorang anak yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya<sup>2</sup>. Kekurangan atau kelebihan gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari pola standar. Pertumbuhan dapat mengalami hambatan yang disebabkan oleh faktor keturunan, neuroendokrin, nutrisi, hubungan interpersonal, tingkat sosialekonomi, penyakit dan bahaya lingkungan<sup>1</sup>. Terganggunya pertumbuhan fisik dapat menjadi terlambat juga dapat disebabkan oleh status gizi pendek (stunting) yaitu faktor genetik, penyakit infeksi serta pola pengasuhan dan perawatan ibu terhadap anaknya<sup>3</sup>.

Penyakit infeksi yang disebabkan adanya parasit seperti cacing yang ada dalam perut menyebabkan tidak terpenuhinya gizi pada anak, juga merusak dinding usus yang menyebabkan terganggunya penyerapan zat-zat yang bergizi. Anak yang mengalami cacangan berbadan kurus, pertumbuhan terganggu, anemia dengan daya tahan tubuh rendah<sup>4,5</sup>. Prevalensi kecacingan di Indonesia di tahun 2013 antara 0-85,9% dengan rata-rata angka kecacingan nasional adalah 28,12%<sup>6</sup>. Penyimpangan pertumbuhan anak dari pola normal dapat disebabkan faktor langsung dan tidak langsung. Faktor penyebab langsung terjadinya kekurangan gizi adalah ketidakseimbangan gizi dalam makanan yang dikonsumsi dan terjangkitnya penyakit infeksi. Penyebab

tidak langsung adalah ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak dan pelayanan kesehatan. Penyebab tidak langsung ini berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga serta tingkat pendapatan keluarga<sup>7,8</sup>.

Menurut Riskesdas tahun 2013 secara nasional prevalensi pendek pada anak umur 5-12 tahun adalah 30,7% (12,3% sangat pendek dan 18,4% pendek). Kalimantan Tengah termasuk dalam 15 provinsi dengan prevalensi sangat pendek di atas prevalensi nasional. Kalimantan Tengah masuk dalam 16 provinsi dengan prevalensi sangat kurus diatas prevalensi nasional<sup>9</sup>.

Studi pendahuluan pada 8 orang anak kelas 1 dan 2 di SDN Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau pada bulan Februari 2015 diperoleh data tinggi badan dan berat badan anak. Tinggi badan anak berdasarkan TB/U yaitu 37,5% pendek dan 62,5% normal, berat badan anak berdasarkan IMT/U yaitu 87,5% normal.

Berdasarkan data diatas terlihat bahwa di SDN Garantung-2 prevalensi kependekan yaitu diatas prevalensi nasional tahun 2010 dan 2013 dari hasil tersebut perlu diteliti apakah Faktor Determinan Pertumbuhan Fisik Anak Sekolah Dasar Kelas 1 dan 2 di SDN Garantung-2 Kecamatan Maluku Kab Pulang Pisau..

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang Faktor Determinan Pertumbuhan Fisik Anak Sekolah Dasar Kelas 1 dan 2 di SDN Garantung-2 Kecamatan Maluku Kab Pulang Pisau.

## Metodologi Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan desain penelitian survey dengan sumber data primer dan sekunder. Penelitian dilakukan di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau pada bulan pada bulan September 2015. Ijin penelitian didapat peneliti

melalui Kantor Bapeda Kab.Pulang Pisau dan pihak sekolah.

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi dan sampel adalah semua murid kelas 1 dan 2 yang berada di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau yang berjumlah 50 orang. Kriteria Inklusi : Seluruh anak kelas 1 dan 2 yang berada di SDN Garantung-2, Anak yang hadir saat penelitian dilakukan Anak yang bersedia menjadi responden. Kriteria Eksklusi : Anak yang tidak hadir dan sakit saat penelitian

Data primer ini diperoleh dengan cara pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan serta Pengukuran nilai HB dan pemeriksaa feses terhadap infeksi kecacingan. Data sekunder dengan melihat buku register dari sekolah meliputi usia anak, urutan kelahiran, jumlah anggota keluarga, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, dan pendapatan orang tua yang menjadi sampel di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau.

Pengambilan data pada responden dengan prosedur : (1). Menentukan calon responden yang memenuhi kriteria dengan mengumpulkan data yang berkaitan dengan identitas dan data demografi. (2).Memberi penjelasan kepada calon responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Apabila calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden diminta menandatangani *lembar* persetujuan menjadi responden. (3). Setelah responden mendapat penjelasan dan setuju menjadi responden, maka responden yang menjadi dipersilahkan mengisi kuesioner. Agar data yang diberikan oleh responden dapat jujur, maka petugas menjelaskan dan memberi penekanan agar pengisian kuesioner sesuai dengan apa yang dialami atau dirasakan oleh responden sampai saat mengisi kuesioner.

Alat yang digunakan untuk melakukan penelitian dengan cara pengukuran tinggi badan (Microtoise) dengan ketelitian 0,1 cm, penimbangan berat badan (timbangan BB injak digital), mengukur HB dengan melihat buku register dari sekolah, dan alat tulis.Kuesioner A :berupa pertanyaan untuk mendapatkan data faktor anak, faktor orangtua dan faktor asupan gizi . Kuesioner B : tentang status gizi anak ; IMT/U, BB/U , Kadar Hb dan infeksi kecacinganAlat yang digunakan untuk pengukuran tinggi badan (Microtoise) dengan ketelitian 0,1 cm, penimbangan berat badan (timbangan BB digital), kadar Hb diperiksa dengan Merk Easy Touch GCHb dan pemeriksaan feses secara mikroskopis.

Data penelitian ini dikumpulkan sendiri oleh peneliti dan dibantu oleh pihak sekolah yaitu kepala sekolah dan guru yang berada di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau saat penelitian dilakukan. Data primer yang dikumpulkan yaitu :Tinggi Badan, Berat Badan, Kadar Hb, Infeksi Kecacingan. Data sekunder yang dikumpulkan dari buku register sekolah yaitu : Usia Anak, Jenis Kelamin, Urutan Kelahiran, Jumlah Anggota Keluarga, Pendidikan Orang Tua, Pekerjaan Orang Tua, Pendapatan Orang Tua. Data yang ditanyakan kepada orangtua/responden meliputi Riwayat minum obat cacing, Riwayat Imunisasi, Riwayat ASI, Snack.

Data dianalisis dengan menggunakan program aplikasi analisis statistik diolah secara univariat, bivariat dan multivariat. Disajikan dalam bentuk narasi dan tabel serta menggunakan uji statistik *Chi-square*, *Fisher* dan Regresi Logistik.

## Hasil Penelitian

### 1.Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini dapat dilihat pada table 1. Responden pada penelitian ini, responden yang berumur 7 dan 8 tahun sama banyaknya yaitu 40% dan 42% secara berturut-turut. Responden yang berusia 9 tahun sebanyak 16%. Responden

yang termuda yaitu berumur 6 tahun (2%). Jenis kelamin responden terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 70% sedangkan perempuan sebanyak 30%.

Berdasarkan urutan lahir responden, urutan anak pertama mendominasi sebanyak 48% diikuti dengan urutan ke-2 dan ke-3 yaitu 22,0% dan 16,0% berturut-turut. Sementara itu, yang menempati di atas 3 sebanyak 14%. Jumlah anggota rumah tangga (ART) yang berada dalam satu rumah didominasi oleh ART yang berjumlah 3 orang dalam 1 rumah (45,2%). Lima orang dalam satu rumah ditemukan sebanyak 34%. Responden yang memiliki jumlah ART lebih dari 3 relatif banyak yaitu 66%.

Pendidikan Ayah yang terbanyak yaitu SD (58%) yang berpendidikan SMA hanya 14% saja. Sementara itu, pendidikan ibu responden juga mempunyai pola yang sama yaitu lebih banyak yang berpendidikan SD 62%. Walaupun terdapat ibu yang mencapai pendidikan sampai perguruan tinggi (2%), proporsi pendidikan Ibu yang SMA lebih banyak pada ayah (10% vs 14%). Pendapatan Ibu yang sesuai dengan UMR hanya 32% saja, namun yang dibawah UMR relative banyak yaitu 68%.

Berdasarkan data status imunisasi dan pemberian ASI. Responden sebagian besar sudah diimunisasi lengkap (98%) dan mendapatkan ASI >6 bulan 92%

**Tabel 1 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Urutan Kelahiran, Pendidikan Ayah, Pendidikan Ibu, Pekerjaan Ayah, Pekerjaan Ibu, Penghasilan, Kelengkapan Imunisasi, ASI, Jumlah ART di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maliku Kabupaten Pulang Pisai, (n=50), 2015**

Variabel	n	%
Umur		
6 tahun	1	2,0
7 tahun	20	40,0
8 tahun	21	42,0
9 tahun	8	16,0

Jenis Kelamin		
Laki-laki	35	70
Perempuan	15	30
Urutan Lahir		
1	24	48,0
2	11	22,0
3	8	16,0
4	6	12,0
6	1	2,0
Pendidikan Ayah		
SD	29	58,0
SMP	14	28,0
SMA	7	14,0
Pendidikan Ibu		
SD	31	62,0
SMP	13	26,0
SMA	5	10,0
Perguruan Tinggi	1	2,0
Pekerjaan Ayah		
Swasta	38	76,0
Wiraswasta	3	6,0
Petani	9	18,0
Pekerjaan Ibu		
Swasta	11	22,6
IRT	27	54,0
Petani	10	20,0
Wiraswasta	2	4,0
Pendapatan		
Sesuai UMR	16	32
Dibawah UMR	34	68
Kelengkapan Imunisasi		
Lengkap	49	98,0
Tidak Lengkap	1	2,0
ASI		
>6 bulan	46	92,0
<6 bulan	4	8,0
Jumlah ART		
3	17	34,0
4	10	20,0
5	15	30,0
6	5	10,0
7	1	2,0
8	1	2,0
9	1	2,0

## 2. Pengobatan Kecacingan, Waktu Pengobatan, dan Kadar HB

Pengobatan kecacingan pada responden dilaporkan sebanyak 68% dengan masa pengobatan terakhir yaitu 1 tahun dan lebih dari satu tahun (20% dan 48%). Kadar HB yang diukur dilaporkan sebanyak 86% berada pada batas normal sedangkan yang dikategorikan anemia sebanyak 14%. Rerata kadar HB responden yaitu  $11,5 \pm 1,7$  dengan nilai kadar Hb terbanyak yaitu 10,8 dan 11,3 mg/dl. Nilai kadar HB terendah yaitu 8,1 mg/dl dan nilai kadar HB tertinggi yaitu 17,0 mg/dl. (Tabel 2.).

**Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Pengobatan Kecacingan, Waktu Pengobatan, dan Kadar HB di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	n	%
Morbiditas		
Pernah	4	8,0
Tidak pernah	46	92,0
Pengobatan Kecacingan		
Pernah	34	68,0
Tidak Pernah	16	32,0
Waktu Pengobatan		
Tidak Pernah	16	32,0
1 tahun terakhir	10	20,0
>1 tahun terakhir	24	48,0
Kadar HB		
Normal	43	86,0
Anemia	7	14,0
Kadar HB (numerik)		
Mean $\pm$ SD	$11,5 \pm 1,7$	--
Median	11,5	
Modus	10,8 dan 11,3*	
Min-Max	8,1 – 17,0	

\*Modus lebih dari satu

## 3. Pertumbuhan Fisik Anak

Pertumbuhan fisik anak pada penelitian ini dilihat dari ukuran antropometri tinggi badan per umur (TB per U) dan indeks

masa tubuh per umur (IMT per U). Responden yang dikelompokkan sebagai *stunting* ditemukan sebanyak 34% sedangkan yang dikategorikan kurus sebanyak 14%. (Tabel 3.).

**Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan TB per Umur dan IMT per Umur di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	n	%
Stunting		
Normal	33	66,0
Stunting	17	34,0
IMT		
Normal	43	86,0
Kurus	7	14,0

## 4. Kebiasaan Makan Anak

Kebiasaan makan anak antara yang biasa sarapan dengan yang tidak sarapan tidak terlalu berbeda. Namun, anak yang memiliki kebiasaan tidak biasa sarapan lebih banyak sedikit yaitu sebesar 51,6% daripada yang biasa sarapan (48,4%). Frekuensi makan yang paling banyak dilakukan oleh responden adalah 3 kali sehari (51,6%) sementara itu yang memiliki kebiasaan makan <3 kali sehari cukup banyak yaitu 35,5%.

Jenis makanan jajanan yang dimakan oleh responden bervariasi, namun terbanyak pada jenis snack/gorengan/fastfood (54%), diikuti oleh snack bergula (46%), dan roti sumbu dengan persentase terendah yaitu 18%. (Tabel 4.).

**Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Kebiasaan Makan Anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	n	%
Sarapan		
Biasa sarapan	23	48,4
Tidak biasa sarapan	27	51,6
Frekuensi Makan		
3x sehari	25	50,0



<3 kali sehari	21	42,0
>3 kali sehari	4	8,0
Jenis makanan jajanan (>satu pilihan)		
Snack/gorengan/fastfood	27	54
Snack bergula	23	46
Roti/roti sumbu	9	18

## 5. Hubungan antara Variabel-Variabel dengan Pertumbuhan Fisik Anak (TB per Umur)

### 1) Hubungan Karakteristik Responden dengan Pertumbuhan Fisik Anak (TB/U)

Hubungan antar variable pertumbuhan fisik anak dilakukan dengan menggunakan analisis bivariate *chi square*. Terlihat pada table 5., menurut variable umur, responden yang stunting lebih banyak ditemukan pada anak yang berusia 8-9 tahun (41,4%) dibandingkan dengan yang berumur 6-7 tahun (23,8%). Nilai OR yang didapat yaitu 2,3 artinya responden yang berumur 8-9 tahun berisiko stunting sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan responden yang berumur 6-7 tahun (95% CI: 0,65-7,86). Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara umur dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,196 > 0,05$ ).

Berdasarkan jenis kelamin, responden yang stunting lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki daripada perempuan (40% vs 31,4%) dengan nilai OR 1,46 artinya responden laki-laki berisiko stunting sebesar 1,46 kali dibandingkan dengan perempuan (95% CI: 0,41-5,11). Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara umur dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,558 > 0,05$ ).

Berdasarkan urutan anak, stunting ditemukan lebih banyak pada anak kedua (42,3%) daripada anak pertama (25%) dengan nilai OR 2,2 artinya anak kedua

lebih berisiko stunting sebesar 2,2 daripada anak pertama (95% CI: 0,66-7,36). Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara urutan anak dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,197 > 0,05$ ).

Berdasarkan jumlah ART, stunting ditemukan lebih banyak pada jumlah ART yang lebih dari 4 ART (43,5%) daripada ART yang berjumlah 3-4 (25,9%) dengan nilai OR 2,2 artinya responden yang memiliki karakteristik jumlah ART >4 orang dalam satu rumah memiliki risiko stunting sebesar 2,2 kali dibaningkan dengan yang memiliki ART 3-4 orang (95% CI: 0,67-7,23). Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara jumlah ART dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,192 > 0,05$ ).

Berdasarkan pendidikan ayah, stunting ditemukan lebih banyak pada anak yang ayahnya berpendidikan SD (37,9%) daripada yang ayahnya berpendidikan setelah tamat SD (28,6%) dengan nilai OR 1,5 artinya anak yang ayahnya berpendidikan SD lebih berisiko stunting sebesar 1,5 kali dibandingkan dengan anak yang ayahnya berpendidikan di atas SD (95% CI: 0,46-5,11). Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara pendidikan ayah dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,490 > 0,05$ ).

Menarik ditemukan kejadian stunting lebih banyak pada anak dengan ibu yang berpendidikan di atas SD (47,4%) daripada ibu yang berpendidikan SD (25,8%) dengan nilai OR 2,6 artinya responden yang memiliki Ibu berlatar belakang lebih dari SD memiliki risiko stunting sebesar 2,6 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki Ibu yang berlatar belakang SD saja (95% CI: 0,77-8,66). Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara pendidikan ibu

dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,118 > 0,05$ ).

Dari kedua orang tua yang bekerja didapati anak yang stunting sedikit lebih rendah (33,3%) daripada anak dari oaring tua yang salah satunya bekerja (34,8%) dengan nilai OR 1,1 artinya anak stunting dari orang tua yang dua-duanya bekerja sama risikonya (OR=1) dengan anak yang berasal dari orang tua yang salah satu bekerja. Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara orang tua yang bekerja dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,914 > 0,05$ ).

Tiga puluh delapan koma dua persen responden yang stunting berasal dari pendapatan keluarga yang dibawah UMR sedangkan 25% anak yang stunting berasal dari keluarga yang sesuai dengan UMR dengan nilai OR 1,86 artinya anak stunting dari keluarga yang pendapatnyannya dibawah UMR mengalami stunting sebesar 1,86 kali dibandingkan dengan keluarga

yang pendapatannya sesuai dengan UMR. Namun berdasarkan uji statistic menyatakan tidak ada perbedaan antara pendapatan orang tua dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,357 > 0,05$ ).

Bila dilihat dari kelengkapan imunisasi stunting didapati lebih banyak pada anak yang imunisasinya tidak lengkap dengan nilai OR 3,1 artinya anak yang imunisasi tidak lengkap berisiko 3,1 kali stunting dibandingkan dengan anak yang imunisasinya lengkap (95% CI2,05-4,58). Namun berdasarkan uji statistic fisher menyatakan tidak ada perbedaan antara imunisasi dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,357 > 0,05$ ).

Pada variable pemberian ASI terdapat nilai sel yang kosong sehingga uji chi square tidak dapat digunakan. Berdasarkan uji fisher didapatkan tidak ada perbedaan antara pemberian ASI dengan pertumbuhan fisik anak (nilai  $P=0,357 > 0,05$ ).

**Tabel 5. Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Pertumbuhan Fisik Anak (TB per U) di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	Stunting				Total		Nilai P	OR (95% CI)
	Normal		Ya		n	%		
	n	%	N	%				
8-9 tahun	17	58,6	12	41,4	29	100		(0,65 – 7,86)
Jenis Kelamin								
Perempuan								
Laki-laki	24	68,6	11	31,4	35	100	0,558	1,46 (0,41-5,11)
	9	60	6	40	15	100		
Urutan Anak								
Pertama								
Kedua dst	18	75	6	25	24	100	0,197	2,2 (0,66-7,36)
	15	57,7	11	42,3	26	100		
Jumlah ART								
3-4 ART	20	74,1	7	25,9	27	100	0,192	2,198 (0,67-7,23)
>4 ART	13	56,5	10	43,5	21	100		
Pendidikan ayah								
Setelah tamat SD	15	71,4	6	28,6	21	100	0,490	1,5 (0,46-5,11)
SD	18	62,1	11	37,9	29	100		
Pendidikan Ibu								
Setelah tamat SD								
SD	10	52,6	9	47,4	31	100	0,118	2,6 (0,77-8,66)
	23	74,2	8	25,8	19	100		
Orang tua bekerja								
Dua-duanya kerja								1,07

Salah satu kerja	18	66,7	9	33,3	27	100	0,914	(0,33-3,45)
Pendapatan Sesuai UMR	15	65,2	8	34,8	23	100		
Dibawah UMR	12	75	4	25	16	100	0,357	1,86
	21	61,8	13	38,2	34	100		(0,49-6,99)
Kelengkapan Imunisasi Tidak lengkap	0	0	1	100	1	100	0,340*	3,1
Lengkap	33	67,3	16	32,7	49	100		(2,05-4,58)
ASI <6 bulan	4	100	0	0	4	100	0,285*	1,59
>6 bulan	29	63,0	17	37,0	46	100		(1,27-1,98)

\*berdasarkan uji Fisher

Hubungan antara variable morbiditas, obat kecacangan, waktu pengobatan, dan anemia pada anak terlihat pada table 6. Uji yang digunakan yaitu uji *chi square* dan *fisher*. Pada variable obat kecacangan, diketahui bahwa anak yang stunting pada kelompok anak yang pernah diberi pengobatan dan yang tidak pernah hampir sama. Hal tersebut juga sejalan dengan hasil uji *chi square* yang mendapatkan nilai  $P = 0,720$  dengan nilai OR 1,3 artinya antara anak yang pernah dan tidak pernah diberi obat kecacangan tidak memiliki risiko stunting yang berbeda (95% CI: 0,36-4,34).

Untuk variable waktu pengobatan, kejadian stunting lebih banyak ditemukan pada anak dengan pengobatan kecacangan 1 tahun terakhir (40%) daripada anak dengan pengobatan >1 tahun terakhir. Nilai P yang didapat dari hasil uji fisher yaitu 0,692 dengan nilai OR 1,62 artinya anak dengan waktu pengobatan kecacangan 1 tahun terakhir berisiko stunting 1,6 kalinya dibandingkan dengan anak yang waktu pengobatannya >1 tahun (95% CI: 0,35-7,56).

Sementara itu, kadar HB pada darah anak yang normal lebih banyak 34,9% yang stunting daripada kadar darah HB anak anemia (28,6%). Namun berdasarkan uji hipotesis perbedaan ini tidak ditemukan (nilai  $P = 0,744 > 0,05$ ). Berdasarkan nilai

OR juga menyatakan hal serupa yaitu hanya 1,3 (95% CI: 0,23-7,75). (Tabel 6.).

**Tabel 6. Hubungan antara Morbiditas, Obat Kecacangan, Waktu Pengobatan, Anemia pada Anak dengan Pertumbuhan Fisik Anak (TB per U) di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Varia	Stunting		Total	Nilai P	OR (95% CI)			
	Normal	Ya						
Obat kecacangan								
Pernah	23	67,6	11	32,4	34	10	0,7	1,3
Tidak pernah	10	62,5	6	37,5	16	0	20	(0,36 - 4,34)
						10		
						0		
Waktu Pengobatan						10		1,62
>1 tahun	17	70,8	7	29,2	24	10	0,6	(0,35 - 7,56)
1 tahun	6	60	4	40,0	10	0	92*	
Anemia pada Anak								
Anemia	5	71,4	2	28,6	7	10	0,7	1,34
Normal	28	65,1	15	34,9	43	0	44	(0,23 - 7,75)
						10	*	
						0		

\*berdasarkan uji Fisher

Untuk kelompok anak stunting antara kelompok yang biasa sarapan dengan yang tidak biasa sarapan tidak berbeda jauh. Hal ini juga sejalan dengan nilai OR yang 1,35 (95% CI: 0,41-4,39) dan nilai  $P = 0,623 > 0,05$  yang artinya tidak ada perbedaan antara anak yang sarapan dan tidak sarapan dengan terjadinya stunting.

Demikian pula dengan variable frekuensi makan tidak terdapat perbedaan antara frekuensi makan anak kurang atau lebih dari 3 kali dengan kejadian stunting. Nilai OR 1,37 (95% CI 0,42-4,46). Sedangkan untuk jajanan dengan kejadian stunting terdapat sedikit perbedaan proporsi anatar anak stunting yang mengkonsumsi makanan lain lebih besar (39,1%) daripada

yang mengkonsumsi snack/gorengan/fastfood (29,6%) dengan nilai P = 0,480 dan nilai OR 1,5 artinya anak stunting yang mengkonsumsi makanan lain memiliki risiko stunting 1,5 kali dibandingkan dengan yang makan snack/gorengan/fastfood (95% CI: 0,47-4,95).

**Tabel 7. Hubungan antara Sarapan dengan Pertumbuhan Fisik Anak (TB per U) di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	Stunting				Total		Nilai P	OR (95% CI)
	Normal		Ya		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Tidak biasa sarapan	17	63,0	10	37,0	27	100		(0,41-4,39)
Frequency Makan								
≥3 kali	20	69,0	9	31	29	100	0,603	1,37
<3 kali	13	61,9	8	38,1	21	100		(0,42-4,46)
Jajanan								
Snack/gorengan/fastfood	19	70,4	8	29,6	27	100	0,480	1,53
Makanan lain	14	60,9	9	39,1	23	100		(0,47-4,95)

## 2) Hubungan antara Variabel-Variabel dengan Pertumbuhan Fisik Anak IMT per Umur

Hubungan pertumbuhan fisik anak dilihat dari IMT per umur secara umum tidak memperlihatkan hubungan yang signifikansi. Nilai P yang didapat dari hasil uji Fisher

diatas batas 0,05 yang artinya tidak ada perbedaan antar kedua variable (Tabel 8).

Uji Fisher pada variable tersebut dilakukan karena terdapat nilai sel yang nilai expectednya <5 sebanyak lebih dari 20%. Hal tersebut dikarenakan jumlah responden yang masuk dalam kategori IMT dibawah normal hanya 7 orang saja.

**Tabel 8. Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Pertumbuhan Fisik Anak (IMT per U) di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	IMT				Total		Nilai P	OR (95% CI)
	Normal		Dibawah Normal		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Umur								
6-7 tahun	19	90,5	2	9,5	21	100	0,68	1,98
8-9 tahun	24	82,8	5	17,2	29	100	4*	(0,35-11,35)
Jenis Kelamin								
Perempuan								2,89
Laki-laki	14	93,3	1	6,7	15	100	0,65	(0,32-26,43)
	29	82,9	6	17,1	35	100	9*	
Urutan Anak								
Pertama	22	91,7	2	8,3	24	100	0,420*	2,62
Kedua dst	21	80,8	5	19,2	26	100		(0,46-15,00)

Jumlah ART								
3-4 ART								1,2
>4 ART	23	85,2	4	14,8	27	100	1,000*	(0,23-5,81)
	20	87,0	3	13,0	23	100		
Pendidikan ayah								5,2
Setelah tamat SD	20	95,2	1	4,8	21	100	0,215*	(0,58-47,09)
SD	23	79,3	6	20,7	29	100		
Pendidikan Ibu								1,64
Setelah tamat SD							0,695*	(0,28-9,40)
SD	17	89,5	2	10,5	19	100		
	26	83,9	5	16,1	31	100		
Orang tua bekerja								
Dua-duanya kerja	21	91,3	2	8,7	23	100	0,430*	2,39
Salah satu kerja	22	81,5	5	18,5	27	100		(0,42-13,67)
Pendapatan Sesuai UMR								
Dibawah UMR	15	93,8	1	6,3	16	100	0,406*	3,2
	28	82,4	6	17,6	34	100		(0,35-29,24)
Kelengkapan Imunisasi								
Tidak lengkap	1	100	0	0	1	100	1,000*	1,17
Lengkap	42	85,7	7	14,3	49	100		(1,04-1,31)
ASI <6 bulan	3	75,0	1	25,0	4	100	0,464*	2,22
>6 bulan	40	87,0	6	13,0	46	100		(0,19-25,00)

\*berdasarkan uji Fisher

Hubungan antara morbiditas, obat kecacangan, waktu pengobatan, anemia dengan IMT per umur juga menunjukkan nilai  $P > 0,05$  yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antar variable. (Tabel 9.).

**Tabel 9. Hubungan antara Morbiditas, Obat Kecacangan, Waktu Pengobatan, Anemia pada Anak dengan Pertumbuhan Fisik Anak (IMT per U) di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maliku Kabupaten Pulang Pisau, (n=50), 2015**

Variabel	IMT				Total		Nilai P	OR (95% CI)
	Normal		Dibawah normal		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Obat cacangan								
Pernah							1,000*	1,18
Tidak pernah	4	100	0	0,0	4	100		(1,04-1,33)
	39	84,8	7	15,2	46	100		
Waktu Pengobatan >1 tahun	21	87,5	3	12,5	24	100	0,618*	1,75
1 tahun								(0,25-12,49)

	8	80,0	2	20,0	10	100		
Anemia pada Anak								1,03
Anemia Normal	6	85,7	1	14,3	7	100	1,000*	(0,11-10,11)
	37	86,0	6	14,0	43	100		

\*berdasarkan uji Fisher

Demikian juga untuk hubungan variable kebiasaan sarapan, frekuensi makan, dan makanan jajanan yang dikonsumsi dengan pertumbuhan fisik anak (IMT per umur) tidak memperlihatkan hubungan yang signifikan (nilai  $P > 0,05$ ) artinya tidak ada perbedaan antar variable untuk kejadian IMT dibawah normal.

**Tabel 10. Hubungan antara Sarapan dengan Pertumbuhan Fisik Anak (IMT per U) di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten c, (n=50), 2015**

Variabel	IMT				Total		Nilai P	OR (95% CI)
	Normal		Dibawah normal		n	%		
	n	%	n	%				
Sarapan								
Biasa sarapan	21	91,3	2	8,7	23	100	0,430*	2,38
Tidak biasa sarapan	22	81,5	5	18,5	27	100		(0,42-13,67)
Frequency Makan								
≥3 kali	26	89,7	3	10,3	29	100	0,434*	2,04
<3 kali	17	81,0	4	19,0	21	100		(0,41-10,27)
Jajanan								
Snack/gorengan/fastfood	24	88,9	3	11,1	27	100	0,689*	1,68
Makanan lain	19	82,6	4	17,4	23	100		(0,34-8,46)

## 6. Analisis Multivariate

### 1) Pemilihan Kandidat Model Persama Regresi Logistik

Setelah dilakukan analisis bivariat pada Masing-masing variabel independen dengan variabel dependen kemudian dilakukan seleksi bivariat. Bila hasil bivariat menghasilkan P value  $< 0,25$ , maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat. Untuk variabel independen yang hasil bivariatnya menghasilkan P value  $> 0,25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat. Seleksi bivariat

menggunakan uji *chi-square*. Berdasarkan hasil analisis bivariat didapat nilai p yang  $< 0,25$  ada 4 variabel yaitu umur, urutan anak, jumlah ART, pendidikan ibu (TB per U).

### 2) Pemodelan Multivariate

Dari ke-4 variabel yang masuk ke dalam model kemudian dilihat nilai P. Jika nilai  $P > 0,05$  maka variabel tersebut dikeluarkan dari model. Setelah variabel dikeluarkan, kemudian dilihat perubahan nilai OR-nya untuk menilai apakah variabel yang dikeluarkan tersebut berupa

*counfounding* dari variabel lain atau tidak. Jika perubahan nilai OR > 10% maka variabel tersebut adalah *counfounding*. Variabel yang dikeluarkan dimulai dari variabel dengan nilai P terbesar. Pemodelan dalam regresi logistik menampilkan OR dan *confidence interval* (CI) 95%. Nilai deviance / -2 log likelihood digunakan untuk membandingkan perbedaan regresi model 1 dengan model lainnya. R<sup>2</sup> digunakan untuk melihat seberapa jauh seluruh variabel dalam setiap model memprediksi pertumbuhan fisik anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau

Model yang dipilih adalah model dengan nilai -2 log likelihood tertinggi dan model

akhir tanpa ada perubahan OR sebesar 10% sebagai bahan pertimbangan untuk melakukan intervensi (Tabel 4.11.), sehingga dari pemodelan regresi logistik ini dapat diambil model 1 dengan pertimbangan nilai OR tidak ada yang berubah lebih dari 10%. Nilai R<sup>2</sup> dari pemodelan ketiga yaitu 0,255 dimana persamaan model regresi ini dapat menjelaskan pertumbuhan fisik anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau sebesar 25% sisanya dijelaskan oleh faktor yang lain. (Tabel 11.) sehingga dapat ditarik kesimpulan determinan yang mempengaruhi pertumbuhan fisik anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau yaitu jenis umur, jumlah ART, pendidikan Ibu, urutan anak.

**Tabel 11. Analisis Regresi Logistik Hubungan Variabel umur, urutan anak, jumlah ART, pendidikan ibu (TB per U) dengan Pertumbuhan Fisik Anak Sekolah di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau (n=50)**

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
	OR	OR	OR	OR
	95% CI	95% CI	95% CI	95% CI
Umur				
6-7 tahun	1	1	--	1
8-9 tahun	2,49 (0,59-10,42)	2,66 (0,67-10,94)		2,39 (0,60-9,51)
Jumlah ART				
3-4 ART	1	--	1	1
>4 ART	2,03 (0,37-11,17)		2,3 (0,44-11,76)	3,73 (0,84-16,59)
Pendidikan Ibu				
Setelah tamat SD	1	1	1	1
SD	8,7 (1,39-54,66)	7,69 (1,31-45,19)	7,59 (1,29-44,73)	5,16 (1,12-23,69)
Urutan Anak				
Pertama	1	1	1	--
Kedua dst	4,12 (0,59-28,61)	5,8 (1,01-33,49)	3,86 (0,59-25,03)	
N	50	50	50	50
R <sup>2</sup>	0,255	0,240	0,217	0,204
-2loglikelihood	53,922	54,597	55,567	56,131

## Pembahasan

Dalam penelitian ini peneliti mengajukan beberapa faktor yang menurut hasil penelitian sebelumnya memiliki hubungan dengan pertumbuhan fisik anak sekolah. Faktor faktor tersebut adalah faktor lingkungan dan faktor genetik dan interaksi keduanya<sup>3,10</sup>. Dari analisis pertumbuhan fisik anak (TB per Umur) dengan karakteristik anak meliputi umur, jenis kelamin, urutan anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pendapatan orangtua, orangtua yang bekerja, kelengkapan imunisasi, pemberian ASI. Ditemukan tidak ada hubungan pertumbuhan fisik dengan karakteristik tersebut. Kenyataan ini bertolak belakang dengan pendapat para ahli, dan kemungkinan hubungan karakteristik tersebut dapat di jelaskan oleh faktor lain terkait interaksi antar faktor lingkungan dan faktor genetik<sup>10</sup>. Selanjutnya dikemukakan juga bahwa faktor genetik merupakan faktor dasar dalam mencapai hasil akhir tumbuh kembang anak meliputi faktor genetik antara lain adalah faktor bawaan yang normal dan patologik, suku bangsa, jenis kelamin<sup>3</sup>. Hasil analisis tersebut perlu dipertimbangkan bahwa karakteristik tersebut akan menimbulkan resiko stunting pada anak jika karakteristik tersebut tidak dikendalikan (tabel 5). Anak sekolah dasar adalah anak pada usia 6-12 tahun<sup>11</sup>. Anak sekolah dasar banyak memiliki aktivitas bermain yang menguras banyak tenaga. Apabila anak tidak memperoleh energi sesuai kebutuhannya maka akan terjadi pengambilan cadangan lemak untuk memenuhi kebutuhan energi, sehingga anak menjadi lebih kurus dari sebelumnya<sup>12</sup>. Pada masa sekolah anak akan mengalami penambahan tinggi badan setiap tahunnya. Setelah usia 6 tahun tinggi badan bertambah rata-rata 5 cm<sup>13</sup>. Selanjutnya pada pengukuran pertumbuhan fisik anak dengan melakukan interpretasi resiko kelebihan berat badan, perlu mempertimbangkan berat badan orang tua<sup>14</sup> Jaringan lemak pada perempuan

cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki, sedangkan laki-laki cenderung lebih banyak memiliki jaringan otot<sup>15</sup>.

Makanan dan penyakit secara langsung menyebabkan gizi kurang. Anak yang mendapat cukup makanan dan sering menderita sakit, dapat menderita gizi kurang. Demikian pula anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuh anak akan melemah dan mudah terserang penyakit<sup>3</sup>. Infeksi berat pun dapat memperburuk keadaan gizi dan malnutrisi walaupun ringan berpengaruh negatif terhadap daya tahan tubuh terhadap infeksi. Secara patologis akibat infeksi mempengaruhi nafsu makan yang menyebabkan penurunan asupan gizi sehingga absorpsi menurun. Sedangkan kebutuhan akibat sakit dan parasit yang ada dalam tubuh meningkat, yang menyatakan bahwa kelengkapan imunisasi berpengaruh signifikan terhadap *stunting*. Imunisasi adalah pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tubuh tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi seseorang<sup>16</sup>

Dari variable morbiditas yaitu obat kecacangan, waktu pengobatan, dan anemia dengan pertumbuhan fisik anak pada anak terlihat pada table 6. Juga tidak ditemukan hubungan. Tetapi faktor risiko yang ditimbulkan variabel ini akan menimbulkan risiko yang tidak bisa diabaikan karena akan menimbulkan resiko stunting pada anak. Demikian pula halnya dengan variabel sarapan yang meliputi frekwensi sarapan, jenis sarapan dan jenis jajanan (tabel 7, 8,9,10) tidak memiliki hubungan dengan pertumbuhan fisik tetapi variabel tersebut memiliki resiko penyebab stunting yang ditidak dapat diabaikan. Ahli menyatakan bahwa Pertumbuhan fisik anak yang dapat di monitor melalui penambahan berat badan anak menunjukkan bagaimana status gizi saat ini, dan tinggi badan anak menunjukkan bagaimana kebutuhan gizi anak tercukupi di masa lampau<sup>17</sup>.



Kecacingan di Indonesia terutama disebabkan oleh sejumlah cacing perut yang ditularkan melalui tanah atau yang disebut *Soil Transmitted Helminths*. Diantara cacing tersebut yang terpenting adalah cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), cacing tambang (*Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus*) dan cacing cambuk (*Trichuris trichura*)<sup>18</sup>. Cacing-cacing yang tinggal di usus manusia akan memberikan kontribusi yang sangat besar terhadap kejadian penyakit lainnya misalnya kurang gizi dengan infestasi cacing gelang mengambil sumber karbohidrat dan protein di usus sebelum diserap oleh tubuh, kemudian penyakit anemia (kurang kadar darah) karena cacing tambang menghisap darah di usus dan cacing cambuk mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak dimana cacing ini tidak saja mengambil zat-zat gizi dalam usus anak, tetapi juga merusak dinding usus sehingga mengganggu penyerapan zat-zat gizi tersebut. Infeksi cacing khususnya cacing tambang dapat menyebabkan anemia zat besi. Keadaan kurang gizi besi yang berlanjut dan semakin parah akan mengakibatkan anemia gizi besi, dimana tubuh tidak lagi mempunyai cukup zat besi untuk membentuk hemoglobin yang diperlukan dalam sel sel darah yang baru.. Untuk anak-anak umur 6 bulan-5 tahun, dapat dikatakan menderita anemia gizi besi apabila kadar hemoglobinya kurang dari 11 g/dl dan umur 6-14 tahun kurang dari 12 g/dl<sup>19</sup>

Pola pengasuhan ibu terhadap anaknya juga berkaitan dengan ibu yang bekerja dan tidak bekerja. Ibu bekerja yang lebih banyak berada diluar rumah akan memiliki lebih banyak uang untuk dialokasikan atau diinvestasikan kepada anaknya dan sebaliknya makin banyak waktu dirumah bersama anak (makan dan bermain) maka makin kecil kesenggangan waktu untuk mencari nafkah. Kedua hal tersebut (uang dan waktu) akan mempengaruhi kualitas gizi anak Ibu bekerja diluar rumah, jarak

antara rumah dengan tempat kerja dan banyak faktor lain semuanya akan mempengaruhi susunan makan dan pola asuh terhadap anaknya. Sehingga ibu yang tidak bekerja akan mempunyai waktu yang lebih banyak dengan anaknya dan mempengaruhi peningkatan kualitas gizi anaknya<sup>20</sup>. Pengaruh ini tersebut meliputi kemampuan dalam pemilihan makanan, waktu pemberian makanan, kebiasaan hidup sehat dan kualitas sanitasi lingkungan<sup>21</sup>.

Pada keluarga-keluarga miskin yang terjadi apabila ibu bekerja adalah hilangnya kesempatan baginya untuk mengasuh dan membesarkan anaknya secara optimal. Penelitian di India membuktikan bahwa tumbuh kembang anak balita yang tidak diasuh ibunya akibat ibu bekerja, ternyata lebih baik dibandingkan ibu tidak bekerja dan hanya mengandalkan penghasilan suami yang kurang<sup>22</sup>

Pendapatan memiliki pengaruh yang kuat terhadap status gizi. Setiap kenaikan pendapatan umumnya mempunyai dampak langsung terhadap status gizi penduduk. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Pendapatan keluarga yang memadai menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak. Jika tingkat pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung membaik pula<sup>23</sup>.

Tetapi mutu makanan tidak selalu membaik jika tidak digunakan untuk membeli pangan atau bahan pangan berkualitas gizi tinggi pula<sup>24</sup>. Jika dicermati proporsi ibu yang bekerja cenderung memiliki anak berperilaku tidak baik dalam memilih jajanan<sup>25</sup> dan status sosial ekonomi keluarga ditinjau dari pekerjaan ibu menentukan dengan status gizi anak usia sekolah<sup>23</sup>. Pendapatan memiliki pengaruh yang kuat terhadap status gizi. Setiap kenaikan pendapatan umumnya mempunyai dampak langsung terhadap

status gizi penduduk. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Pendapatan keluarga yang memadai menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak<sup>24</sup>.

Hasil analisis multivariat menjelaskan bahwa dari semua karakteristik pertumbuhan fisik anak-anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau sebesar 25% sisanya dijelaskan oleh faktor yang lain. (Tabel 11.) sehingga dapat ditarik kesimpulan determinan yang mempengaruhi pertumbuhan fisik anak di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Garantung-2 Kecamatan Maluku Kabupaten Pulang Pisau yaitu umur, jumlah ART, pendidikan Ibu, urutan anak.

Ada tiga penyebab tidak langsung kekurangan gizi yaitu a) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya. b) Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik baik fisik, mental dan sosial. c) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan<sup>19</sup>.

Tingkat pendidikan ibu mempengaruhi kemampuan keluarga mencukupi gizi anggota keluarganya. Bahwa tingkat pendidikan ibu akan menentukan dengan status gizi anak. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan anak, karena hal ini tidak terlepas dari keadaan gizi anak. dengan tingkat

pendidikan yang tinggi akan mempunyai kesempatan yang lebih jelas dalam menyerap informasi jika dibandingkan dengan ibu yang kurang atau tidak berpendidikan<sup>20</sup>. juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi konsumsi pangan melalui cara pemilihan bahan pangan. Orang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung untuk memilih bahan makanan yang lebih baik dalam kualitas dan kuantitas hidangan dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah atau sedang. Makin tinggi tingkat pendidikan makin baik status gizi. Salah satu contoh, prinsip yang dimiliki seseorang dengan pendidikan rendah biasanya adalah yang penting mengenyangkan, sehingga porsi bahan makanan sumber karbohidrat lebih banyak dibandingkan dengan kelompok bahan makanan lain<sup>19</sup>. Sebaliknya, kelompok orang dengan pendidikan tinggi memiliki kecenderungan memilih bahan makanan sumber protein dan akan berusaha menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain<sup>15</sup>. Ibu memegang peranan penting dalam menyediakan dan menyajikan makanan yang bergizi dalam keluarga, sehingga berpengaruh terhadap status gizi anak<sup>26</sup>.

Pendidikan rendah akan sulit untuk menerima arahan dalam pemenuhan gizi dan mereka sering tidak mau atau tidak meyakini pentingnya pemenuhan kebutuhan gizi atau pentingnya pelayanan kesehatan lain yang menunjang dalam membantu pertumbuhan dan perkembangan anak<sup>13</sup>. Peran orang tua terutama ibu penting untuk mengarahkan anak dalam pemilihan makanan jajanan Pendidikan gizi bertujuan untuk mengarahkan anak kepada pembiasaan dan cara makan yang baik. Ibu dengan pengetahuan luas tentang gizi dan ditunjang dengan pendidikan yang tinggi, maka dalam memilih maupun memberikan makanan kepada anaknya semakin baik<sup>27</sup>. Pengetahuan gizi menjadi salah satu faktor yang menentukan konsumsi pangan seseorang. Orang yang mempunyai

pengetahuan gizi yang baik akan mempunyai kemampuan untuk menerapkan pengetahuan gizi dalam pemilihan dan pengolahan pangan sehingga dapat diharapkan asupan makanannya lebih terjamin. Ibu yang memiliki cukup pengetahuan tentang gizi akan memiliki posisi yang seimbang dalam rumah tangga akan mampu menggunakan alokasi pendapatan rumah tangga untuk memilih pangan yang baik dan mampu memperhatikan gizi yang baik untuk anaknya<sup>3</sup>.

Jumlah Anggota Keluarga, Besar rumah tangga adalah jumlah anggota keluarga yang terdiri dari suami, isteri, anak, dan anggota keluarga lainnya yang tinggal bersama. Berdasarkan jumlah anggota rumah tangga, besar rumah tangga dikelompokkan menjadi tiga, yaitu rumah tangga kecil, sedang, dan besar. Rumah tangga kecil adalah rumah tangga yang jumlah anggotanya kurang atau sama dengan 4 orang. Rumah tangga sedang adalah rumah tangga yang memiliki anggota antara lima sampai tujuh orang, sedangkan rumah tangga besar adalah rumah tangga dengan jumlah anggota lebih dari tujuh orang<sup>11</sup> Jumlah anggota keluarga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Begitu pula sebaliknya, semakin sedikit anggota keluarga berarti semakin sedikit pula kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga. Anak-anak yang belum dewasa perlu di bantu biaya pendidikan, kesehatan, dan biaya hidup lainnya<sup>28</sup>.

Ada beberapa faktor yang berperan dalam status gizi anak salah satunya adalah urutan kelahiran, yaitu anak dengan urutan kelahiran lebih dari tiga mempunyai gizi tidak normal dibandingkan anak dengan urutan kelahiran kurang dari tiga<sup>29</sup>. Bila anak adalah anak bungsu di dalam keluarga, ibu tampak kurang sensitif terhadap permintaan anak akan makanan produk baru. Sebaliknya ibu akan lebih

memperhatikan kesukaan anak apabila ia adalah anak sulung.

Usia anak memerlukan banyak kebutuhan gizi karena pada usia anak terjadi pertumbuhan dan perkembangan sangat pesat<sup>15</sup>. Mereka juga sering melakukan berbagai aktivitas, baik aktivitas di sekolah maupun aktivitas diluar sekolah. Kebutuhan energi pada golongan umur 10-12 tahun lebih besar dari pada golongan umur 6-9 tahun, karena pertumbuhan yang lebih pesat dan aktivitas yang lebih banyak. Sejak umur 10-12 tahun kebutuhan energi anak laki-laki berbeda dengan anak perempuan. Selain itu, anak perempuan yang sudah haid memerlukan tambahan protein dan mineral besi<sup>12</sup>

### **Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan**

Faktor determinan dari karakteristik responden yaitu umur, jumlah ART, pendidikan Ibu, urutan anak serta faktor risiko pertumbuhan fisik meliputi umur, jenis kelamin, urutan anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pendapatan orangtua, orangtua yang bekerja, sarapan, Snak, kelengkapan imunisasi, pemberian ASI serta karakteristik morbiditas obat kecacingan, waktu pengobatan, dan anemia. Agar diperhatikan dengan dalam pemberian tindakan preventif dan kuratif sehingga potensi pertumbuhan fisik anak menjadi optimal.

Penting bagi perawat melaksanakan UKS dan pendidikan kesehatan tentang pemenuhan gizi dan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) bagi anak sekolah dan keluarga terutama Ibu. Tindakan preventif dengan pemberian obat cacing secara teratur, pemeriksaan Hb ,pemeriksaan pertumbuhan fisik anak secara teratur agar selalu dibicarakan pada keluarga dan didukung dalam pemeriksaan pertumbuhan fisik anak secara berkala.

### Kesimpulan

- 1) Hasil analisis univariat yang diuji dengan analisis bivariante ditemukan tidak ada hubungan karakteristik responden dengan Pertumbuhan Fisik Anak (TB/U), yaitu pada karakteristik umur, jenis kelamin, urutan anak, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pekerjaan, pendapatan, kelengkapan imunisasi, ASI, sarapan, variable morbiditas, obat kecacangan, waktu pengobatan, dan anemia.
  - 2) Hasil analisis univariat yang diuji dengan analisis bivariante ditemukan tidak ada hubungan karakteristik responden dengan Pertumbuhan Fisik Anak (IMT per Umur) yaitu pada karakteristik umur, jenis kelamin, urutan anak, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pekerjaan, pendapatan, kelengkapan imunisasi, ASI, sarapan, variable morbiditas, obat kecacangan, waktu pengobatan, dan anemia.
  - 3) Ditemukan 4 faktor determinan pertumbuhan fisik yaitu umur, urutan anak, jumlah ART, pendidikan ibu (TB per U).
  - 4) Semua karakteristik responden memiliki resiko untuk menghambat pertumbuhan fisik jika dibiarkan.
2. Bagi pihak sekolah hasil pemeriksaan TB, BB, Kecacangan dan kadar Hb pada responden dapat ditindak lanjut secara personal. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagaimana pertumbuhan fisik sampai usia anak 12 tahun/ lulus sekolah.
  3. Bagi para pengambil keputusan agar memfasilitasi pencegahan terhadap faktor resiko dari semua karakteristik responden dengan menyediakan sarana prasarana sanitasi sekolah, media promosi tentang gizi anak sekolah, memfasilitasi Puskesmas untuk menyediakan pengobatan kecacangan secara berkala dan pemeriksaan Hb berkala.

### Daftar Pustaka

1. Wong, 2008., *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*  
Edisi 6 Volume 1, EGC, Jakarta.
2. Bryan et al., 2004. *Nutrients for Cognitive Development in School-Aged Children. Nutrition Reviews, 62 (8)*
3. Seotjningsih, 2012., *Tumbuh Kembang Anak.*, Salemba Medika. Jakarta
4. Harold, 2005;
5. Ali AR, 2006. Penyakit Cacing pada anak SD di Polewali Mandar, Sistem Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar. Dari <http://arali>  
2008.wordpress.com/2009/02/19  
penyakit cacing- anak-sd-di- polewali – mandar-2006-2008
6. Sosialisasikan Gerakan Bulan Pemberian Obat Cacing., dari : [http://www probolinggokab.go.id](http://www.probolinggokab.go.id) [17 Juli 2015].

### Saran

1. Bagi pihak sekolah, orangtua dan petugas kesehatan penelitian ini dapat menjadi masukan untuk meningkatkan potensi pertumbuhan fisik anak secara optimal demi masa depan generasi muda desa Garantung dengan merencanakan program pemantauan pertumbuhan fisik secara teratur, pendidikan kesehatan tentang kebutuhan gizi anak, pelaksanaan pemberian obat cacing dan pemeriksaan Hb secara teratur.

7. Supriasa, et al., 2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC.Jakarta.
8. Mukherjee et al., 2008. *Determinants of Nutritional Status School Children*. MJAFI, 64
9. Depkes RI, 2013, *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013* [Online], dari : [http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan\\_Riskesdas2013.PDF](http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.PDF) [16 Desember 2014]
10. Baker J. 2008. *Strategies For Improving Nutrition of Children*, <http://www.globalhealth.org>
11. Anonim, 2012, Anak Usia Sekolah [Online] dari : <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/145/jtptunimus-gdl-widywidaya-7224-3-7babii-y.pdf> [17 Maret 2015].
12. Putri, 2011., *Status Gizi Anak Usia Sekolah Dasar* [Online], dari : <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/31241/Chapter%20II.pdf> [6 april 2015].
13. Hidayat, A. Aziz Alimul, 2011, *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*, Salemba Medika, Jakarta.
14. (Anggraeni, 2012 ). Anggraeni, A. Cynthia, 2012, *Asuhan Gizi Nutritional Care Process*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
15. Sulistyoningsih, Hariyani, 2011, *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*, Graha Ilmu, Yogyakarta
16. Salimar, 2009., *Karakteristik Masalah Pendek (Stunting) pada Balita di Seluruh Wilayah Indonesia*. Info Pangan dan Gizi, 19 (2)
17. Beaton dan Bengoa., 1973. *Nutrition in Preventive Medicine*. WHO Monograph (62).
18. Depkes RI, 2006. SK MenKes No.424/ Menkes/SK/VI/2006 tentang Pedoman Pengendalian Kecacingan. Online. <http://hukor.depkes.go.id>
19. Soekirman, 2000., *Ilmu Gizi dan aplikasinya : untuk Keluarga dan Masyarakat*, Jakarta.: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. Depdiknas
20. Mulyono, 2000., *Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Bayi di Kelurahan Lor Kodya Semarang*. Tesis IPB. Bogor:2000 dikutip dari Info Pangan dan Gizi Direktorat Gizi Masyarakat Volume XI (2),2000
21. Tarigan, P.T., 2011. *Hubungan Infeksi Soil Transmitted Helminths dengan Kejadian Underweight pada Siswa Sekolah Dasar Negeri 067244 Kecamatan Selayang, FK USU*. dari <http://repository.usu.ac.id/handle>
22. Khomsan, Ali, 2012, *Ekologi Masalah Gizi, Pangan dan kemiskinan*, Alfabeta, Bandung Astuti dan Irdawati, 2011
23. Pahlevi, A.E. & Indarjo, S., 2011, *Determinan Status Gizi pada Siswa Sekolah Dasar* [Online], dari : <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/2807> [16 Desember 2014].
24. Safriana, 2012, *Perilaku Memilih Jajanan pada Siswa Sekolah dasar di SDN Garot Kecamatan Darul Imarah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2012* [Online], dari : [http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20314062-S\\_Safriana.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20314062-S_Safriana.pdf) [17 Maret 2015].
25. Lazzeri et al. 2006., *Nutrition Surveillance in Tuscany; Maternal*

*Perception of Nutrition Status of 8-9 year old School-Children, Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 47*

26. Aprilia, B. Ariandani, 2011, *Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Makanan Jajanan pada Anak Sekolah Dasar* [Online], dari : [http://eprints.undip.ac.id/32606/1/403\\_Bondika\\_Ariandani\\_aprillia\\_G2C007016.pdf](http://eprints.undip.ac.id/32606/1/403_Bondika_Ariandani_aprillia_G2C007016.pdf) [19 Maret 2015].
27. Adiana dan Karmini, 2012., *Pengaruh Pendapatan, Jumlah Anggota Keluarga, dan Pendidikan Terhadap Pola Konsumsi Rumah Tangga Miskin Di Kecamatan Gianya* [Online], dari : <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=14876&val=981> [6 Februari 2015].
28. Lubis et., 1997, *Status Gizi Batita* [Online], dari : <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/991> [12 Maret 2015].

**PENGARUH PUCUK DAUN KACANG PANJANG  
(VIGNA SINENSIS)  
TERHADAP PENINGKATAN PRODUKSI AIR SUSU IBU**

Tri Ratna Ariestini<sup>1</sup>, Ova Emilia<sup>2</sup>, Toto Sudargo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Poltekkes Kemenkes Palangka Raya ([triratna\\_70@yahoo.com](mailto:triratna_70@yahoo.com))

<sup>2,3</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Penelitian untuk meningkatkan produksi ASI dengan menggunakan pucuk daun kacang panjang yang merupakan bahan alamiah, aman, murah, tidak memerlukan tenaga ahli dan tidak menggunakan prosedur *invasive* sangat diperlukan di Kalimantan Tengah.

**Tujuan:** Memberikan kontribusi terhadap ketersediaan air susu ibu dalam jumlah yang cukup melalui pemanfaatan pucuk daun kacang panjang sebagai usaha untuk meningkatkan produksi ASI. **Metode:** Jenis penelitian ini *quasi experiment (pretest-posttest control group design)*. intervensi sayur pucuk daun kacang panjang dibandingkan dengan kelompok kontrol. *Follow up* selama 15 hari dengan penilaian produksi ASI. Sampel sebanyak 134 orang dengan kriteria inklusi ibu yang menyusukan bayinya, melahirkan aterm dengan berat lahir  $\geq 2500$  gram dan usia ibu 20-35 tahun. Kriteria eksklusi yaitu ibu dan bayi dalam keadaan sakit, ibu mengkonsumsi alkohol dan merokok.

**Hasil:** Terjadi peningkatan produksi ASI pada kelompok intervensi yang mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang sebesar 262,96 ml sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan ASI sebesar 126,46 ml. dengan nilai  $\rho = 0,0000$  ( $\rho < 0,05$ ).

**Kesimpulan:** Produksi air susu ibu yang mengkonsumsi pucuk daun kacang panjang lebih banyak dari pada kelompok kontrol yang tidak mengkonsumsi pucuk daun kacang panjang.

**Kata Kunci:** pucuk-daun-kacang-panjang-produksi-ASI

**ABSTRACT**

**Background:** There has been a need on studies which do not require an involvement of experts and invasive procedures in Kalimantan Tengah Province. An example is, among others, a study on *Vigna Sinensis* (span bean young leaves) used to increase the production of breast milk which is considered natural, safe and cheap.

**Objective:** To contribute availability of breast milk in sufficient amount to help mothers successful in breastfeeding by making use of *Vigna Sinensis* to increase the production of breast milk.

**Method:** This study was quasi-experiment (pretest-posttest control group design) intervention of making use of *Vigna Sinensis* compared to control group. Follow up was done seen from the assessment of breast milk production. The samples were as many as 134 persons who met inclusion criteria, which were breastfeeding mothers, atterm delivery with birth weight of  $\geq 2500$  gram, mothers' age 20-35 years, babies' age  $< 6$  months and the babies having not received any additional food in addition to breastfeeding. The exclusive criteria were either mothers or babies who were sick, mothers who consumed alcohol and mothers who smokes.

**Result:** *There was an increased production of breast milk in the intervention group as much as 262.96 ml while in the control group 126.46 ml. with  $p = 0,0000$  ( $p < 0,05$ ).*

**Conclusion:** *Mothers who consumed Vigna Sinensis had higher production of breast milk than those who did not.*

**Keywords:** *Vigna Sinensis, Production of breast milk*

## Pendahuluan

Masalah kekurangan produksi air susu ibu (ASI) bisa terjadi selama masa laktasi dan telah dinyatakan dalam beberapa penelitian, dengan kejadian antara 11-54% (Ahluwalia *et al.*, 2005, Taveras *et al.*, 2003, Li *et al.*, 2008). Diantara keluhan ibu *postpartum* yang melahirkan di rumah sakit Kalimantan Tengah, sebanyak 30% mengeluhkan mengenai kekurangan produksi ASI (Ariestini *et al.*, 2009)

Berdasarkan pengetahuan lokal masyarakat Dayak Maanyan dan Dayak Ngaju di Kalimantan Tengah, kekurangan produksi ASI dapat diatasi dengan mengkonsumsi pucuk daun kacang panjang yang dibuat sayur. Sayur pucuk daun kacang panjang ini selain diyakini berkhasiat untuk memperbanyak produksi ASI juga mempercepat pengeluaran air susu ibu yang pertama (Hasil wawancara dengan masyarakat Dayak Kalimantan Tengah).

Beberapa upaya telah dilakukan untuk meningkatkan produksi ASI baik melalui klinik laktasi maupun penelitian ilmiah. Upaya melalui penelitian seperti pemberian obat *donperidone* dan akufungtur walaupun berhasil meningkatkan produksi ASI tetapi tidak terhindar dari efek samping dan menggunakan prosedur *invasive* (Campbell-Yeo *et al.*, 2010, Wan *et al.*, 2008).

Penelitian untuk meningkatkan produksi ASI dengan menggunakan pucuk daun kacang panjang merupakan bahan alamiah, lebih aman, murah, tidak memerlukan tenaga ahli dan menggunakan prosedur *invasive*.

Penelitian memperbanyak produksi ASI dengan menggunakan pucuk

daun kacang panjang belum pernah dilakukan sebelumnya, beberapa penelitian yang terkait yang ditemukan seperti memperbanyak produksi ASI dengan obat *donperidone* (Campbell-Yeo *et al.*, 2010), Volume ASI dan frekuensi menyusui (Kent *et al.* 2006), Daun katuk dan produksi ASI (Sa'roni *et al.*, 2004), Ekstrak kacang panjang dan proliferasi sel epitel payudara (Meiyanto *et al.*, 2008).

Kita memerlukan generasi yang sehat sejak lahir dengan memberikan ASI yang baik, tanpa tercemar narkoba dan zat adiktif lainnya. Ibu menyusui perlu menghindarkan diri dari zat tersebut karena akan menghasilkan ASI yang tercemar dan menyebabkan bayi terpapar. Sebaiknya ibu mengkonsumsi makanan yang bermanfaat untuk ketersediaan ASI seperti pucuk daun kacang panjang.

Tujuan penelitian ini ingin mengetahui khasiat pucuk daun kacang panjang terhadap peningkatan produksi ASI. Apabila pembuktian menghasilkan peningkatan produksi ASI yang signifikan, penelitian ini akan memberikan kontribusi terhadap ketersediaan ASI dalam jumlah yang cukup pada masa laktasi. Hasil penelitian ini lebih lanjut dapat membantu keberhasilan ibu-ibu yang ingin memberikan ASI secara eksklusif.

## Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan rancangan *pretest-posttest control group design* (Campbell and Stanley, 1966, WHO, 2001). Berdasarkan rancangan ini, sampel kelompok perlakuan dan kontrol terpisah dalam dua lokasi dan dilakukan dua kali pengukuran produksi ASI yaitu sebelum dan sesudah



perlakuan. Intervensi yang diberikan yaitu sayur pucuk daun kacang panjang sebanyak 500 ml perhari (250 ml pucuk daun kacang panjang dan 250 ml kuah sayur). Intervensi diberikan selama 15 hari pada kelompok perlakuan, pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi hanya dilakukan pengukuran. Lokasi dalam penelitian ini yaitu kota Palangka Raya. Teknik sampling yang dipilih *quota sampling*, yaitu menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu. Pengambilan sampel dilakukan sesuai dengan kuota yang sudah ditetapkan (Singh, 2006). Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu ibu *postpartum*, melahirkan bayi *aterm* dan berat lahir  $\geq 2500$  gram, menyusui bayinya, usia ibu 20-35 tahun, usia bayi  $\geq 0,5$  bulan sampai  $< 6$  bulan dan belum mendapat makanan tambahan. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu ibu dan atau bayinya dalam keadaan sakit yang membutuhkan perawatan di rumah sakit, cacat bawaan pada bayi yang mempengaruhi proses pengisapan ASI, dan ibu dengan perokok dan mengkonsumsi alkohol. Jumlah sampel yang dibutuhkan  $N1 = 61$  dan  $N2 = 61$ .

Pengukuran estimasi produksi air susu ibu selama 24 jam, dilakukan dengan menggunakan perhitungan dari *Lactation Education Resources*. Estimasi produksi air susu ibu dilakukan dengan cara menghitung selisih penimbangan berat badan bayi sebelum dan sesudah menyusui atau *ante cibum post cibum (AC PC Weights)*.

$$\frac{(\text{Selisih AC PC Weights}) \times (\text{Frekuensi menyusui selama 24 jam})}{\text{Berat jenis ASI matur (1,03)}}$$

Penimbangan bayi sebelum dan sesudah menyusui harus menggunakan pakaian yang sama. Untuk menghindari tidak tertimbangnya air kencing dan kotoran bayi, pada saat menyusui diberi alas kain yang cukup tebal/pempers. Pengukuran berat badan bayi yang

pertama dilakukan satu hari sebelum jadwal perlakuan. Pengukuran kedua dilakukan hari ke 16 atau satu hari setelah selesai perlakuan.

Alat ukur yang digunakan untuk menimbang bayi digital dengan keakuratan 1-2 ml gram. Penimbangan bayi dilakukan oleh petugas yang sebelumnya telah dilatih..

Menentukan kecukupan ASI berdasarkan standar kebutuhan bayi. Bayi memerlukan kalori sebesar 100-120 kkal perkilogram berat badan perhari, protein 1,5-2 gram perkilogram berat badan, karbohidrat 50-60% dari total kebutuhan kalori perhari dan lemak 20 persen dari total kebutuhan kalori perhari. Untuk memenuhi kecukupan kebutuhan ASI 100-120 kkal perkilogram berat badan perhari, bayi rerata memerlukan 150-160 ml ASI perkilogram berat badan perhari. (Academy for Educational Development (AED), 2002).

Intervensi yang diberikan yaitu 100 gram pucuk daun kacang panjang yang dibuat sayur santan sebanyak 500 ml perhari (250 ml sayur daun kacang panjang ditambah 250 ml kuah sayurnya). Intervensi diberikan setiap hari selama 15 hari. Kelompok kontrol tidak diberikan intervensi, hanya dilakukan pengukuran.

Subjek dinyatakan *drop out* apabila tidak mematuhi aturan intervensi yaitu tidak mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang lebih dari tiga hari berturut-turut, subyek atau bayinya sakit berat selama penelitian.

### Hasil Penelitian Dan Pembahasan

Hasil analisis *paired t test* perubahan produksi ASI. Hasil uji pada kelompok kontrol memperlihatkan nilai  $\rho < 0,05$  dan nilai interval kepercayaan 95% tidak terdapat angka nol. Kesimpulan hasil berarti terdapat perbedaan rerata produksi ASI sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan yang bermakna pada kelompok kontrol dengan perbedaan rerata sebesar 126,46 ml. Hasil uji pada kelompok intervensi memperlihatkan nilai  $\rho < 0,05$

dan nilai interval kepercayaan 95% tidak terdapat angka nol. Kesimpulan hasil berarti terdapat perbedaan rerata produksi ASI sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan yang bermakna pada kelompok intervensi dengan perbedaan rerata sebesar 262,96 ml.

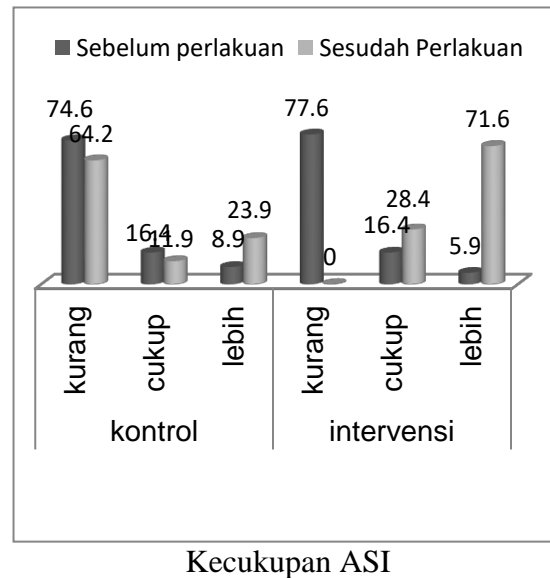
Analisis Paired T Test Perubahan Produksi ASI

Kelompok	Pengukuran		Selisih rerata (IK 95%)	t	p
	Sebelum Perlakuan	Sesudah Perlakuan			
	Rerata (Sb)	Rerata (Sb)			
Kontrol	587,99 (149,50)	714,45 (164,76)	126,46 (112,35-140,58)	17,88	0,0000
Intervensi	596,25 (124,89)	859,21 (136,92)	262,96 (252,84-273,07)	51,91	0,0000

Sb = simpangan baku IK = interval kepercayaan

Data kuantitatif tersebut didukung oleh pernyataan ibu pada kelompok intervensi yang mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang yang mengatakan bahwa air susunya semakin bertambah banyak. Pernyataan ini sudah mereka ungkapkan ketika waktu intervensi baru berlangsung setengahnya atau satu minggu perlakuan.

Setelah intervensi ada penurunan jumlah subjek yang mengalami ASI kurang sebesar 77,6% pada kelompok yang mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang. Pada kelompok kontrol terjadi penurunan jumlah subjek yang mengalami ASI kurang sebesar 10,4%. Perubahan lain yang diperoleh yaitu ada peningkatan ASI lebih pada kelompok intervensi sebesar 65,7%, dan kelompok kontrol juga terjadi peningkatan ASI lebih sebesar 15%. Setelah intervensi tidak satupun sampel mengalami kekurangan ASI pada kelompok yang mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang.



Hasil uji *independent t test* tersebut. Hasil uji memperlihatkan nilai  $p < 0,05$  dan nilai interval kepercayaan 95% tidak terdapat angka 0. Kesimpulan hasil berarti terdapat perbedaan rerata yang bermakna antara kelompok kontrol dan intervensi dengan selisih perbedaan sebesar -136,49 ml. Peningkatan produksi ASI lebih banyak pada kelompok intervensi sebesar 107,93% dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Analisis Independent T Test Beda Perubahan Produksi ASI pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Selisih Rerata (SD)	Beda Selisih Rerata (CI)	Statistik	
			t	p
Kontrol	126,46 (57,87)	-136,49 [[-153,69]-[-119,29]]	-15,69	0,0000
Intervensi	262,96 (41,47)			

Sb = simpangan baku IK = interval kepercayaan

Hasil uji bivariabel antara variabel luar dengan produksi ASI. Hasil uji variabel indek massa tubuh ibu memperlihatkan nilai  $p < 0,05$ . Kesimpulan hasil berarti korelasi antara indek massa tubuh ibu dan perubahan produksi ASI juga bermakna. Arah korelasi positif berarti semakin besar nilai indek massa tubuh ibu maka semakin besar perubahan produksi ASI. Nilai r berkisar antara interval 0,20-0,399 yang berarti mempunyai kekuatan hubungan yang lemah terhadap perubahan produksi ASI.

Pengaruh Variabel Luar Terhadap Volume ASI

Variabel	Volume ASI		$\rho$
	r	t	
Inisiasi menyusui dini	-	0,769	0,4435
Frekuensi menyusui ASI	-0,0777	-	0,3722
Status Gizi ibu / IMT ibu	0,3341	-	0,0001
Asupan zat gizi ibu perhari	0,1214	-	0,1624

r = kekuatan korelasi t = t hitung

Variabel inisiasi menyusui dini mempunyai nilai  $\rho > 0,05$  yang berarti tidak terdapat perbedaan perubahan produksi ASI pada kelompok IMD dan tidak IMD. Variabel frekuensi menyusui ASI, usia bayi dan asupan zat gizi ibu perhari mempunyai nilai  $\rho > 0,05$  hal ini berarti secara statistik korelasi tidak bermakna terhadap peningkatan produksi ASI. Semua variabel ini tidak diikutkan kembali dalam analisis multivariabel.

Hasil analisis dua macam permodelan. Hasil analisis menunjukkan bahwa semua permodelan memiliki nilai  $\rho < 0,05$ . Artinya ada hubungan bermakna antara perlakuan mengkonsumsi pucuk daun kacang panjang dengan perubahan produksi ASI baik sebelum maupun sesudah dikontrol dengan variabel luar yaitu indeks massa tubuh ibu.

Analisis Regresi Linier Pengaruh Pucuk Daun Kacang Panjang Terhadap Perubahan Produksi ASI dengan dikontrol Variabel Luar

Variabel	Model.1	Model.2
	Koefisien IK $\rho$ value	Koefisien IK $\rho$ value
Perlakuan	136,49 119,29-153,69 0,000	133,89 118,86-148,93 0,000
Indek massa tubuh ibu		7,83 5,45-10,21 0,000
Adjusted R <sup>2</sup>	0,65	0,73
Constanta	126,46	-42,88
N	134	134

Model kedua yang dipilih yaitu pengaruh pucuk daun kacang panjang terhadap produksi ASI dengan mengontrol variabel luar yaitu indeks massa tubuh ibu. Nilai  $\rho$  pada model ini adalah 0,000 mengindikasikan poin, dimana garis dapat melewati sumbu y (*intercept point* peningkatan produksi ASI). Sedangkan nilai 133,89 dan 7,83 adalah koefisien regresi atau slope pada garis regresi, untuk menjelaskan peningkatan perubahan produksi ASI.

Aplikasi dari persamaan yang diperoleh untuk memprediksi nilai perubahan produksi ASI diformulasikan dalam persamaan regresi linier sebagai berikut:

Peningkatan produksi ASI = -42,88 + 133,89(jumlah pucuk daun kacang panjang dalam ml) + 7,83(IMT ibu)

Dengan model persamaan tersebut dapat diperkirakan perubahan produksi ASI dengan menggunakan variabel pucuk daun kacang panjang dan indeks massa tubuh ibu.

### Pembahasan

Peningkatan volume ASI pada penelitian ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan peningkatan volume ASI yang dilakukan oleh Sa'roni *et al.* (2004) bahwa peningkatan volume ASI sebesar 66,7 ml atau 50,7% dengan perlakuan ekstrak daun katuk.

Faktor utama yang menyebabkan kenaikan volume ASI pada kelompok intervensi yang mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang karena daun kacang panjang berfungsi sebagai fitoestrogen. Fitoestrogen adalah suatu bahan atau substrat yang memiliki khasiat seperti estrogen berasal dari tumbuhan. Rumus bangun kimia fitoestrogen sangat berbeda dengan estrogen namun pada bagian intinya memiliki kemiripan. Ditemukan kandungan fitoestrogen yang sangat bermakna pada tanaman kacang panjang (Hernawati, 2010). Mekanisme kerja estrogen tubuh dalam melakukan fungsinya membutuhkan reseptor estrogen (ER). Fitoestrogen dapat berikatan dengan -ER. Pada saat kadar estrogen tubuh menurun seperti masa *postpartum*, akan terdapat banyak kelebihan reseptor estrogen yang tidak terikat. Apabila tubuh mendapatkan suplai fitoestrogen, maka akan terjadi pengikatan fitoestrogen dengan reseptor estrogen. Reseptor estrogen  $\alpha$  dan  $\beta$  memiliki 96% identitas asam amino dalam domain ikatan DNA.

Reseptor estrogen memiliki afinitas lebih besar terhadap fitoestrogen, menyebabkan ikatan estrogen afinitas tinggi dalam fraksi subseluler non-nuklear, membran plasma dan mitokondria. Hal ini meningkatkan level transkrip gen yang dikode DNA pada mitokondria. Reseptor  $\alpha$  dan  $\beta$  memudahkan *cross-talk*, aktivasi protein kinase, dan meningkatkan level *massenger* kedua yang berperan penting dalam proliferasi sel payudara dan inhibisi apoptosis (Koswara, 2006).

Fitoestrogen memberikan efek estrogenik tanpa menyebabkan efek samping yang biasa terjadi pada kondisi, dimana kadar estrogen tubuh berlebih atau pada penggunaan *hormonal replacement therapy* (HRT). Penggunaan fitoestrogen memiliki efek keamanan yang lebih baik dibandingkan dengan estrogen sintesis (Achadiat, 2007). Fitoestrogen dapat mencegah efek samping yang biasa timbul pada kondisi estrogen tubuh tinggi atau pada penggunaan estrogen sintesis, karena fitoestrogen mampu melancarkan ASI, mengurangi *hot flushes*, menghambat aterosklerosis, mengurangi perdarahan rahim, menghambat sel kanker payudara dan kanker rahim, meningkatkan massa tulang dan menstabilkan tekanan darah (Achadiat, 2007, Conklin *et al.*, 2007, Glazier and Bowman, 2001, Kaspers *et al.*, 2004, Ross *et al.*, 2003, Ross *et al.*, 2001, Schabath *et al.*, 2005, Shu *et al.*, 2009, Trock *et al.*, 2006, Waite *et al.*, 2005, Welty *et al.*, 2007, Wu *et al.*, 2002, Yamamoto *et al.*, 2003, Zhang *et al.*, 2005). Kandungan fitoestrogen berfungsi menyeimbangkan hormon estrogen, oksitosin, dan prolaktin selama masa menyusui (Muhsin, 2010). Fitoestrogen ekstrak etanolik kacang panjang memberikan kontribusi pada aktivitas peningkatan proliferasi duktus dan lobulus sel payudara tikus (MCF-7) dan sel payudara manusia (T47D) menjadi dua kali lipat, tanpa menimbulkan efek toksik bahkan dapat berfungsi sebagai antioksidan (Fitriasari *et al.*, 2007, Meiyanto *et al.*, 2008). Duktus dan

lobulus payudara berperan penting dalam produksi ASI. Kelenjar payudara atau sel epitel kelenjar lobulus payudara yang biasa dikenal dengan sebutan kelenjar susu (*mammary alveoli*) berfungsi sebagai pabrik susu pada payudara ibu. Sedangkan duktus atau saluran susu (*ductus lactiferous*) berfungsi sebagai tempat menampung ASI yang telah diproduksi (Leung AKC *et al.* 2005).

Kandungan enzim daun kacang panjang merupakan faktor kedua yang mendukung pucuk daun kacang panjang dapat meningkatkan produksi ASI. Enzim tersebut membantu dalam mempercepat proses pembentukan ASI. Enzim daun kacang panjang memungkinkan mempercepat proses fisiologis pembentukan ASI karena perannya dalam mempercepat proses pemasok energi dari makanan dan cadangan tubuh ibu untuk bahan pembentuk ASI. Energi pada masa laktasi diperlukan untuk empat kegiatan yaitu pembentukan ASI, kehilangan dalam proses produksi ASI, pemeliharaan dan aktivitas (Lawrence, 1989, Lawrence and Lawrence, 2008). Enzim daun kacang panjang antara lain Nikotinamida Adenin Dinukleotida (NAD<sup>+</sup>) dan Nikotinamida Adenin Dinukleotida Fosfat (NADP<sup>+</sup>) adalah bentuk aktif sari niasin yang berperan sebagai koenzim pada banyak enzim dehidrogenase. Koenzim akan memperbesar kemampuan katalitik sebuah enzim sehingga menjadi jauh melebihi kemampuan yang ditawarkan hanya oleh gugus fungsional asam aminonya. NAD<sup>+</sup> adalah pengemban elektron utama pada oksidasi molekuler. Apabila eletrom-elektron ini berikatan pada oksigen molekuler, sejumlah besar energi bebas akan dilepaskan dan dapat digunakan untuk menghasilkan energi berupa Adenosina trifosfat (ATP) (Murray *et al.*, 2003). Glutamat dehidrogenase adalah enzim dehidrogenase yang berperan dalam metabolisme dan homeostasis energi, juga berfungsi baik dalam sintesis dan katabolisme. Enzim dehidrogenase lain dikandung daun kacang panjang yaitu

gliseraldehid-3-fosfat dehidrogenase. Enzim ini menghasilkan ikatan fosfat energi tinggi. Fosfat berenergi tinggi ini dirubah menjadi ATP (Murray *et al.*, 2003, Smith *et al.*, 2002).

Faktor ketiga yang melengkapi kemampuan pucuk daun kacang panjang untuk meningkatkan produksi ASI adalah kandungan zat gizi daun kacang panjang. Nutrisi yang adekuat sangat dibutuhkan selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein diatas kebutuhan normal sebesar 17-20 gram perhari. Peningkatan kebutuhan ini ditunjukkan bukan hanya untuk transformasi menjadi protein susu, tetapi untuk sintesis hormon *prolaktin* berfungsi merangsang produksi ASI serta sintesis hormon *oksitosin* berfungsi mengeluarkan ASI (Arisman, 2004, Menkes, 2005). Kelenjar susu mungkin harus menghasilkan susu dengan mengorbankan organ-organ lain jika persediaan nutrisi tidak adekuat. (Lawrence and Lawrence, 2008). Dari 23 tanaman tropis yang diteliti kandungan protein daun kacang panjang tersebut merupakan tertinggi ketiga setelah daun jarak dan daun pare. Kadar protein daun yang lebih tua yaitu 30,5% hampir serupa dengan kadar protein biji kacang panjang yaitu 30,9%, sedangkan kadar protein daun muda lebih besar yaitu 43% (David *et al.*, 1997, Duke, 1983, Hall *et al.*, 1975, Kasangi *et al.*, 2010). Kandungan protein yang banyak dari daun kacang panjang memungkinkan sebagai pilihan tambahan makanan selama laktasi agar dapat dipergunakan untuk sintesis ASI juga sintesis hormon prolaktin dan oksitosin.

### Kesimpulan Dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penelitian ini membuktikan bahwa pucuk daun kacang panjang sebagai salah satu herbal yang berkhasiat meningkatkan produksi ASI pada ibu dalam masa menyusui. Ibu menyusui yang mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang menghasilkan

perubahan produksi ASI lebih banyak dan bermakna bila dibandingkan dengan ibu menyusui yang tidak mengkonsumsi sayur pucuk daun kacang panjang. Pucuk daun kacang panjang cocok diterapkan sebagai alternatif meningkatkan produksi ASI pada masyarakat yang taraf hidupnya masih sederhana karena memiliki keunggulan bersifat alami, aman, murah, mudah, teruji, dan tersedia sepanjang musim.

2. Variabel lain yang berpengaruh terhadap peningkatan produksi ASI yaitu berat badan bayi dan status gizi ibu yang dinilai dari indeks massa tubuh ibu. Variabel ini berkorelasi positif terhadap peningkatan produksi ASI.

### Daftar Pustaka

- Academy for Educational Development (AED) (2002) *Pemberian ASI Eksklusif atau ASI saja : Satu-Satunya Sumber Cairan Yang Dibutuhkan Bayi Usia Dini*, Washington: LINKAGES.
- Achadiat, C. M. (2007) *Fitoestrogen untuk Wanita Menopause*, Surabaya: <http://primary-ip.kespro.info>.
- Ariestini, T. R., Berthiana & Lestari, M. (2009) *Effect Of Postoperative Teaching To Mother's Complaint Of Post Sectio Caesaria*, Jakarta: Departemen Kesehatan Pusdiknakes.
- Arisman, M. B. (2004) *Gizi Dalam Daur Kehidupan*, Jakarta: EGC.
- Campbell-Yeo, M. L., Allen, A. C., Joseph, K. S., Ledwidge, J. M., Caddell, K., Allen, V. M. & Dooley, K. C. (2010) Effect of Domperidone on the Composition of Preterm Human Breast Milk. *Pediatrics*, 125(1): e107-14.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1966) *Experimental And Quasi-*

- Experimental Designs For Research*, Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Conklin, C. M. J., Bechberger, J. F., Fabe, D. M., Guthrie, N., Kurowska, E. M. & Naus, C. C. (2007) Genistein and Quercetin Increase Connexin43 and Suppress Growth of Breast Cancer Cells. *Carcinogenesis*, 28(1): 93-100.
- David, L. S. S. N., Mitchell, C. A., Bubenheim, D. L., Cary, B. M. A. & Nielsen, S. S. (1997) Utilization of Cowpea as A Leafy Vegetable May Provide Nutritional *HortScience*, 23(9): 117-25.
- Duke, J. A. (1983) *Handbook of Energy Crops* Washington: USGPO.
- Fitriasari, A., Wijayanti, N. K., Fitriyah, N. Q., Dewi, I. P., Mayasari, M. P. & Meiyanto, E. (2007) Efek proliferasi ekstrak etanolik kacang Glazier, M. G. & Bowman, M. A. (2001) A Review of the Evidence for the Use of Phytoestrogens as a Replacement for Traditional Estrogen Replacement Therapy. *Arch Intern Med*, 161(1): 1161-72.
- Hall, N. T., Nagy, S. & Berry, R. E. (1975) Leaves For Food: Protein and Amino Acid Contents of Leaves From 23 Tropical and Subtropical Plants. *Florida State Horticultural Society*, 88(5): 486-90.
- Hall, W. A., Shearer, K., Mogan, J. & Berkowitz, J. (2002) Weighing Preterm Before&After. *MCN*, 27(5): 318-27.
- Hernawati. (2010) *Perbaikan Kinerja Reproduksi Akibat Pemberian Isoflavon dari Tanaman Kedelai*. FPMIPA Universitas Pendidikan Indonesia.
- Kasangi, D. M., Shitandi, A. A., Shalo, P. L. & Mbugua, S. K. (2010) Effect of spontaneous fermentation of cowpea leaves (*Vigna unguiculata*) on proximate composition, mineral content, chlorophyll content and beta-carotene content. *International Food Research Journal*, 17721-32.
- Kaspers, S. K., Kok, L., Grobbee, D. E., Haan, E. H. F., Aleman, A., Lampe, J. W. & Schouw, Y. T. V. (2004) Effect of Soy Protein Containing Isoflavones on Cognitive Function, Bone Mineral Density, and Plasma Lipids in Postmenopausal Women. *JAMA*, 29265-74.
- Koswara, S. (2006) *Isoflavon, Senyawa Multi Manfaat Dalam Kedelai*: <http://www.ebookpangan.com/ARTIKEL/ISOFLAVON.ZATMULTIMANFAATDALAMKEDELAJ>.
- Lawrence, R. A. (1989) Breast-feeding. *pediatrics in review* 11(6): 163-71.
- Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2008) *Nutrition in Pediatrics; Approach to Breast-feeding*, Canada: BC Decker Inc.
- Leung, A. K. C., Reginald S. Sauve, R. S., Calgary. & Alberta. (2005) Breast Is Best for Babies. *NMAJ*, 97(7): 1010-9.
- Meiyanto, E., Handayani, S. & Jenie, R. I. (2008) Snake beans (*vigna sinensis* (L) Savi ex Hassk) extract increases breast epithelial cell proliferation. *Farmasi*, 19(4): 191-7.
- Menkes (2005) *Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Bagi Bangsa Indonesia*, Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Muhsin, B. (2010) *10 Tanaman Ajaib*, Jakarta: <http://www.kapanlagi.com>
- Murray, R. K., Granner, D. K., Mayes, P. A. & Rodwell, V. W. (2003) *Harper's Illustrated Biochemistry*, Jakarta: EGC.
- Ross, P. L. H., John, E. M., Canchola, A. J., Stewart, S. L. & Lee, M. M. (2003) Phytoestrogen Intake and Endometrial Cancer Risk. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15): 1158-64



- Ross, P. L. H., John, E. M., Lee, M., Stewart, S. L., Koo, J., Sakoda, L. C., Shiau, A. C., Goldstein, J., Davis, P. & Stable, E. J. P. (2001) Phytoestrogen Consumption and Breast Cancer Risk in a Multiethnic Population. *American Journal of Epidemiology*, 154(5): 434-41.
- Sa'roni, Tonny Sadjimin, T., Mochammad Sja'bani, M. & Zulaela (2004) Effectiveness of the sauropus androgynus (L.) merr leaf extract in increasing mother's breast milk production. *Media Litbang Kesehatan*, 15(3): 20-4.
- Schabath, M. B., Hernandez, L. M., Wu, X., Pillow, P. C. & Spitz, M. R. (2005) Dietary Phytoestrogens and Lung Cancer Risk. *JAMA*, 294(12): 1493-1504.
- Shu, X. O., Zheng, Y., Cai, H., Gu, K., Chen, Z., Zheng, W. & Lu, W. (2009) Soy Food Intake and Breast Cancer Survival. *JAMA*, 302(22): 2437-43.
- Singh, Y. K. (2006) *Fundamental of Research Methodology and Statistics*, New Delhi: New Age International (P) Limited Publishers.
- Smith, T. J., Schmidt, T., Fang, J., Wu, J., Siuzdak, G. & Stanley, C. A. (2002) The structure of apo human glutamate dehydrogenase details subunit communication and allostery. *J. Mol. Biol.*, 318(3): 765-77.
- Trock , B. J., Clarke , L. H. & Clarke, R. (2006) Meta-Analysis of Soy Intake and Breast Cancer Risk. *J Natl Cancer Inst* 98459-71
- Waite, K. A., Sinden, M. R. & Eng, C. (2005) Phytoestrogen exposure elevates PTEN levels. *Human Molecular Genetics*, 14(11): 1457-63.
- Welty, F. K., Lee, K. S., Lew, N. S. & Zhou, J. R. (2007) Effect of Soy Nuts on Blood Pressure and Lipid Levels in Hypertensive, Prehypertensive, and Normotensive Postmenopausal Women. *Arch Intern Med*, 167(1): 1060-67
- Wu, C. H., Yang, Y. C., Yao, W. J., Lu, F. H., Wu, J. S. & Chang, C. J. (2002) Epidemiological Evidence of Increased Bone Mineral Density in Habitual Tea Drinkers. *Arch Intern Med*, 162(2): 1001-6.
- Yamamoto, S., Sobue, T., Kobayashi, M., Sasaki, S. & Tsugane, S. (2003) Soy, Isoflavones, and Breast Cancer Risk in Japan. *J Natl Cancer Inst* 95(1): 906-13
- Zhang, X., Shu, X. O., Li, H., Yang, G., Li, Q., Gao, Y. T. & Zheng, W. (2005) Prospective Cohort Study of Soy Food Consumption and Risk of Bone Fracture Among Postmenopausal Women. *Arch Intern Med*, 165(1): 1890-5

## **KONTRIBUSI *SCHOOL FEEDING* TERHADAP STATUS GIZI BALITA DI TPA DARUSSALAM PALANGKA RAYA**

Oleh :

Munifa, Dhini, Dwirina Hervilia

Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Masa balita disebut juga sebagai “*golden periode*”, dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir, berbicara, serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Tempat penitipan anak (TPA) menyelenggarakan makanan bagi balita. Berdasarkan hasil analisis pada tahun 2014, kesesuaian zat gizi makan siang yang disajikan di Taman Penitipan Anak (TPA) Darussalam Palangka Raya, untuk energi 98,70 % , protein 140,11 % , vitamin A 125,29%, vitamin C 88,16%, kalsium 55,97% dan zat besi 88,35% (maya, 2014). Kontribusi energi dan protein dari makanan di sekolah akan mempengaruhi total konsumsi energi dan protein yang juga akan berdampak terhadap status gizi siswa, di mana makan siang memiliki kontribusi sebesar 2/5 dari total konsumsi

**Tujuan :** Mengetahui kontribusi school feeding terhadap status gizi di TPA Darussalam Palangka Raya.

**Metode Penelitian :** Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional* , dengan jumlah subjek penelitian 26 siswa. Pengumpulan data diperoleh dari pengukuran berat badan, tinggi badan, dan metode *food weighing* untuk mengetahui asupan makanan yang diberikan sekolah, kemudian data diolah dan dianalisis secara deskriptif analitik menggunakan uji *Chi Square*.

**Hasil :** Kontribusi zat gizi makro untuk kelompok umur 1-3 tahun baik laki-laki maupun perempuan untuk energi, protein, lemak dan karbohidrat kategori kurang. , kemudian untuk kelompok umur 4-5 tahun baik untuk energi, protein, lemak, dan karbohidrat rata-rata kurang dari 80%. Dari hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi energi, protein, lemak, dan karbohidrat dengan status gizi siswa TPA Darussalam Palangka Raya.

**Kesimpulan :** Kontribusi zat gizi makro untuk kelompok umur 1-3 dan 4-5 tahun untuk energi dan karbohidrat rata-rata kategori kurang. Dari hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi energi, protein, lemak, dan karbohidrat dengan status gizi siswa TPA Darussalam Palangka Raya.

**Kata Kunci :** TPA, Kontribusi zat gizi makro, Status gizi.

### **ABSTRACT**

**Background:** The toddler is also known as the "golden period", which formed the foundations of keinderaan abilities, thinking, talking, and intellectual growth of intensive mental and moral growth early. Daycare (TPA) held food for balita. Berdasarkan results of the analysis in 2014, the suitability of nutrients lunch served at TPA (TPA) Darussalam Palangkaraya, for energy 98.70%, 140.11% protein, vitamin A 125.29%, 88.16% vitamin C, calcium and iron 55.97% 88.35% (maya, 2014). The contribution of energy and protein from food in schools will affect the total consumption of energy and protein that will also



*impact on the nutritional status of students, where lunch has accounted for 2/5 of total consumption*

**Objectives:** *To contribute to the nutritional status of school feeding in TPA Darussalam Palangkaraya.*

**Methods:** *This study was an observational study with cross sectional design, with a number of research subjects 26 students. The collection of data obtained from measurements of weight, height, and weighing to determine the method of food intake of food provided by schools, then the data is processed and analyzed by descriptive analysis using Chi Square.*

**Results:** *Contributions macro nutrients for the age group 1-3 tahun baik men and women for energy, protein, fat and carbohydrates less category. , Then for the age group 4-5 years is good for energy, protein, fats, and carbohydrates on average less than 80%. Statistical analysis of the results showed that there was no relation between the contributions of energy, protein, fats, and carbohydrates with nutritional status of students TPA Darussalam Palangkaraya.*

**Conclusion:** *Contribution of macro-nutrients for age groups 1-3 and 4-5 years for energy and carbohydrate category average less. Statistical analysis of the results showed that there was no relation between the contributions of energy, protein, fats, and carbohydrates with nutritional status of students TPA Darussalam Palangkaraya.*

**Keywords:** *TPA, Contributions macro nutrients, nutritional status.*

## **Pendahuluan**

Masa balita sangat penting untuk mendapat perhatian besar karena sebagai masa “*golden period*” atau masa keemasan, dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral (Maryunani, 2010). Anak balita merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat, sehingga memerlukan zat gizi yang tinggi setiap kg berat badannya dan paling sering menderita akibat kekurangan gizi (Sediaoetama, 2014).

Upaya dalam menanggulangi kekurangan gizi di negara maju telah mendidik anak - anak memahami dan mempraktekkan pedoman gizi seimbang melalui pelajaran di kelas dan program makan siang di sekolah (*School Lunch*) (Soekirman, 2000). Di Indonesia juga telah ada lembaga pendidikan yang mengadakan program makan siang dalam rangka pemenuhan gizi para siswa yang dikenal dengan sistem *full day school*. Tempat penitipan anak (TPA) juga

menyelenggarakan makanan untuk balita yang dititipkan.

Kontribusi energi dan protein dari makanan di sekolah akan mempengaruhi total konsumsi energi dan protein yang juga akan berdampak terhadap status gizi siswa, di mana makan siang memiliki kontribusi sebesar 2/5 dari total konsumsi, makan pagi (1/5) dan sama dengan makan malam (2/5). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Prasetyowati dan Gunanti (2003) menyebutkan tidak ada perbedaan tingkat konsumsi energi dan protein antara siswa yang berstatus gizi normal dan siswa berstatus gizi lebih dengan kontribusi energi makanan di sekolah pada siswa yang berstatus gizi normal adalah 39%, sedangkan siswa yang berstatus gizi lebih 36%. Kontribusi protein makanan di sekolah yang berstatus gizi normal adalah 38% sedangkan siswa yang berstatus gizi lebih adalah 35%.

Dari uraian diatas, membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang kontribusi zat gizi makro

makanan yang diberikan oleh TPA Darussalam terhadap status gizi siswa.

## Metode

Penelitian ini adalah penelitian dalam bidang Gizi Institusi dilakukan untuk dilaksanakan di TPA Darussalam Palangka Raya pada tahun 2014. Penelitian *Cross Sectional* dan dianalisis secara deskriptif analitik. Waktu penelitian dilaksanakan selama bulan September 2014. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak TPA Darussalam. Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih secara *purposive sampling* dengan kriteria sebagai berikut Kriteria Inklusi (1) Anak TPA usia 1 – 6 tahun (2) hadir pada saat penelitian, (3) makanan yang diberikan dikonsumsi di sekolah dan kriteria eksklusi dalam keadaan sakit dan tidak hadir pada saat hari pengumpulan data. Cara Pengumpulan data kontribusi sumbangan energi dan zat gizi makro yaitu membandingkan konsumsi zat gizi makro dari makan siang dengan kecukupan sesuai dengan standar yang telah

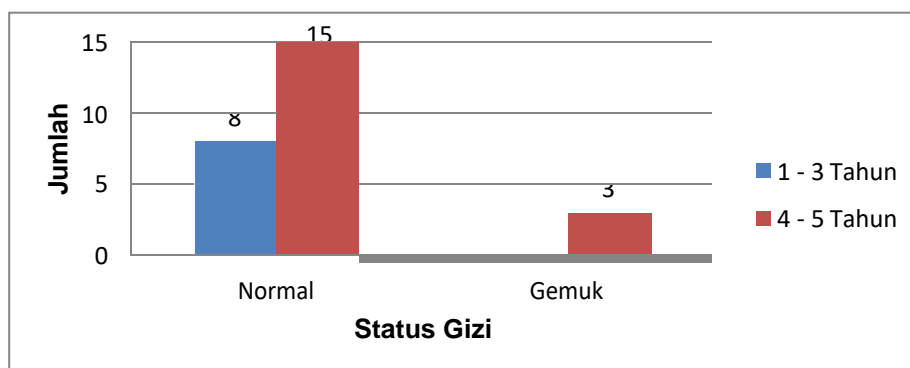
ditetapkan dan data status gizi diperoleh dengan menggunakan indeks BB/TB dengan standar WHO NCHS. Untuk mengetahui hubungan kontribusi zat gizi makro terhadap konsumsi dengan status gizi pada siswa TPA Darussalam dengan uji *Chi Square*.

## Hasil

### 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian berjumlah 26 orang dari total yang terdiri dari 8 siswa kelompok umur 1-3 tahun terbagi atas 5 siswa berjenis kelamin laki – laki dan 3 siswa berjenis kelamin perempuan, sedangkan pada kelompok umur 4-5 tahun berjumlah 18 orang terdiri dari 5 siswa laki – laki dan 13 siswa perempuan.

Status gizi subjek penelitian ditentukan berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dengan standar WHO NCHS, distribusinya dapat dilihat pada Gambar berikut ini :

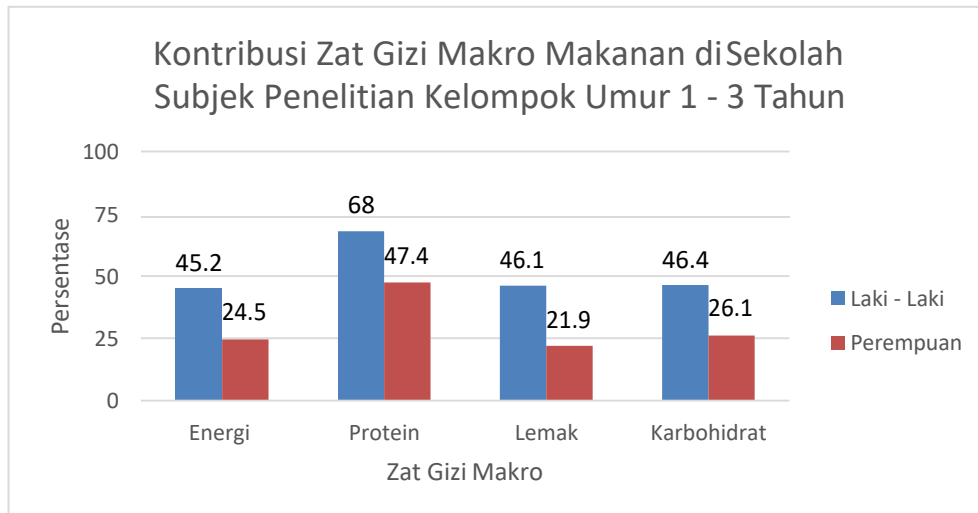


Gambar 1. Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Pada Status Gizi

Berdasarkan Gambar 4, pada kelompok umur 1-3 tahun ada 8 siswa yang berstatus gizi normal dan tidak ada siswa berstatus gizi gemuk, sedangkan untuk kelompok umur 4-5 tahun ada 15 siswa berstatus gizi normal dan 3 siswa berstatus gizi gemuk.

### 2. Kontribusi Zat Gizi Makro dari Makanan di Sekolah

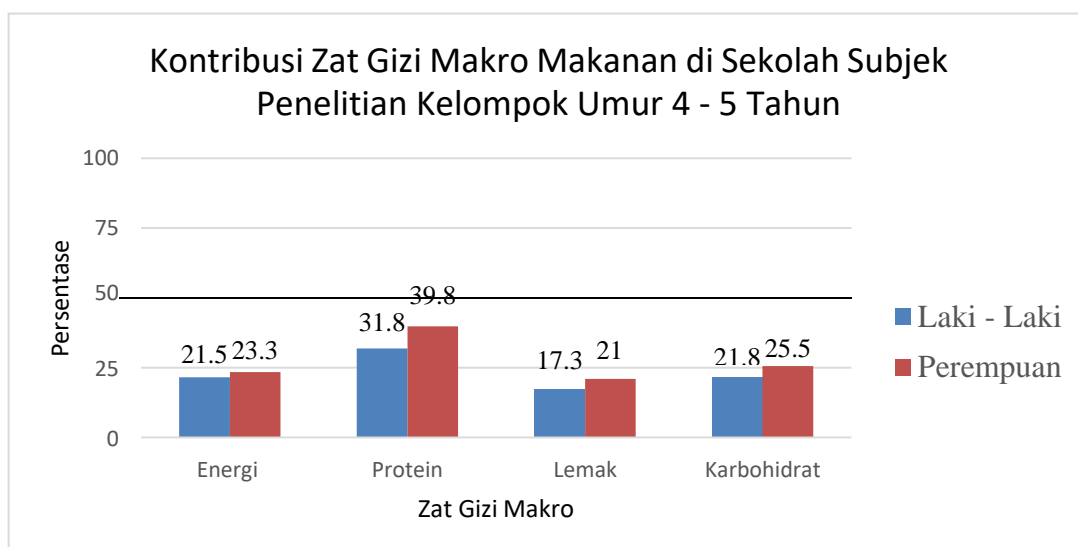
Kontribusi zat gizi makro adalah perbandingan asupan rata - rata berupa energi, protein, lemak, dan karbohidrat dari makanan yang diberikan oleh sekolah selama 5 hari penelitian dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG), meliputi snack dan makan siang. Distribusi kontribusi zat gizi makro subjek penelitian kelompok umur 1-3 tahun laki-laki dan perempuan dapat dilihat pada Gambar :



Gambar 2. Distribusi Kontribusi Zat Gizi Makro Makanan di Sekolah Subjek Penelitian Kelompok Umur 1-3 Tahun

Berdasarkan pada Gambar 5, dapat diketahui rata – rata kontribusi zat gizi makro makanan yang diberikan oleh sekolah pada subjek laki – laki umur 1-3 tahun untuk energi sebesar 45,2 % termasuk dalam kategori kurang, protein sebesar 68 % termasuk dalam kategori kurang, lemak sebesar 46,1 % termasuk dalam kategori kurang , dan karbohidrat sebesar 46,4 % termasuk dalam kategori kurang.

Untuk subjek perempuan rata – rata kontribusi makanan yang diberikan oleh sekolah terdiri dari energi sebesar 24,5 % termasuk kategori kurang, protein 47,4 % termasuk kategori kurang , lemak 21,9 % termasuk kategori kurang, dan karbohidrat 26,1 % termasuk kategori kurang. Distribusi kontribusi zat gizi makro makanan yang diberikan oleh sekolah untuk kelompok umur 4-5 tahun dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 3. Distribusi Kontribusi Zat Gizi Makro Makanan di Sekolah Kelompok Umur 4-5 Tahun

Berdasarkan pada Gambar diatas, dapat diketahui rata - rata kontribusi zat gizi makro makanan yang diberikan oleh sekolah pada subjek laki - laki umur 4 -5 tahun rata - rata dalam kategori kurang yaitu berturut - turut untuk energi 21,5%, protein 31,8 %, lemak 17,3 %, dan karbohidrat 21,8 %. Untuk subjek perempuan rata - rata kontribusi makanan yang diberikan oleh sekolah termasuk kategori

kurang yaitu berturut - turut untuk energi sebesar 23,3 %, protein 39,8 %, lemak 21 %, dan karbohidrat 25,5%.

### 3. Hubungan Kontribusi Zat gizi Makro Makan Siang di Sekolah Terhadap Status Gizi Siswa

Untuk mengetahui hubungan kontribusi energi dari makan siang yang diberikan sekolah dengan status gizi maka dibuat tabulasi silang yang dapat dilihat pada Tabel 1 berikut :

**Tabel 1. Kontribusi zat gizi Makan Siang di sekolah Terhadap Status Gizi Siswa**

Variabel	Status Gizi				Total		p-value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Kontribusi energi							
Baik ( $\geq 80\%$ )	1	3,8	0	0	1	3,8	
Kurang ( $< 80\%$ )	22	84,6	3	11,6	25	96,2	1,000
Total	23	88,4	3	11,6	26	100	
Kontribusi protein							
Baik ( $\geq 80\%$ )	3	11,5	1	3,8	4	15,3	0,408
Kurang ( $< 80\%$ )	20	76,9	2	7,8	22	84,7	
Total	23	88,5	3	11,5	26	100	
Kontribusi lemak							
Baik ( $\geq 80\%$ )	1	3,8	0	0	1	3,8	1,000
Kurang ( $< 80\%$ )	22	84,6	3	11,6	25	96,2	
Total	23	88,4	3	11,6	26	100	
Kontribusi karbohidrat							
Baik ( $\geq 80\%$ )	1	3,8	1	3,8	2	7,6	0,222
Kurang ( $< 80\%$ )	22	84,7	2	7,7	24	92,4	
Total	23	88,5	3	11,5	26	100	

Dari hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh hasil bahwa nilai  $P > 0,05$ , maka dapat diambil kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi energi makan siang di sekolah dengan status gizi. nilai  $P > 0,05$  , sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi protein makan siang di sekolah dengan status gizi. Nilai  $P > 0,05$ , sehingga diambil kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi lemak makan siang di sekolah dengan status gizi. Nilai  $P > 0,05$  sehingga diambil kesimpulan bahwa

tidak ada hubungan antara kontribusi karbohidrat makan siang di sekolah dengan status gizi.

Kontribusi energi setiap kelompok umur yang diperoleh dari analisis yang dilakukan yaitu dengan membandingkan antara rata - rata asupan makanan siang dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2014, kecukupan energi anak umur 1-3 tahun baik laki - laki maupun perempuan sebesar 1250 kkal/hari dan anak umur 4-6 tahun baik laki - laki maupun perempuan sebesar 1750 kkal.

Berdasarkan hasil penelitian selama 5 hari diperoleh asupan energi makan siang pada umur 1-3 tahun, pada siswa laki - laki adalah 142,4 kkal sehingga diperoleh kontribusi sebesar 45,2 % maupun perempuan adalah 77,2 kkal sehingga diperoleh kontribusi sebesar 24,5 % termasuk dalam kategori kurang. Sedangkan pada kelompok umur 4-6 tahun laki - laki adalah 100,13 kkal sehingga diperoleh kontribusi sebesar 21,5 % dan siswa perempuan adalah 108,15 kkal sehingga di peroleh kontribusi sebesar 23,3 % termasuk dalam kategori kurang.

### **Pembahasan**

Secara umum kandungan energi makanan yang diberikan oleh sekolah belum memenuhi kebutuhan. Hal ini terjadi bukan hanya disebabkan oleh asupan yang kurang seharusnya 315 kkal untuk umur 4-6 tahun dan 465 kkal untuk umur 4-5 tahun , oleh karena itu perlu mendapat perhatian bagi pihak sekolah untuk pemenuhan kebutuhan energi dengan cara membedakan jumlah porsi antar kelompok umur.

Menurut Prasetyowati dan Gunanti (2003) makan siang sebaiknya menyumbangkan energi sebesar 2/5 bagian atau sekitar 40% dari total konsumsi sehari. Menurut Moehyi (1997), salah satu faktor yang harus diperhatikan dalam penyelenggaraan makanan adalah kebutuhan gizi penerima makanan, selain itu kurang tercukupinya energi bagi tubuh mengakibatkan tubuh akan menjadi lesu, kurang bergairah untuk melakukan berbagai aktifitas.( Kartasapoetra & Marsetyo, 2003 ).

Perbandingan antara rata – rata asupan makan siang dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2004, kecukupan protein untuk makan siang anak umur 1-3 tahun adalah 6 gram, dan umur 4-6 tahun 8,4 gram untuk laki - laki maupun perempuan. Rata - rata kontribusi protein untuk

makan siang masih kurang yaitu rata - rata < 80%. Kontribusi protein dari makanan yang diberikan oleh sekolah sebesar 3,3 gram, hal ini menunjukkan bahwa protein makan siang yang diberikan masih kurang artinya belum sesuai dengan kebutuhan siswa.

Protein yang diberikan oleh pihak sekolah sebagian besar berasal dari lauk hewani, karena tidak setiap menu harian menyajikan menu dari lauk nabati, pemenuhan protein sangat penting karena zat ini berfungsi sebagai sumber zat pembangun yang tidak dapat digantikan fungsinya oleh karbohidrat dan lemak, zat ini terdapat pada bahan lauk nabati dan lauk hewani ( Urip,2004 ). Selain itu jika susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh baik dari sudut kualitas maupun kuantitas maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan gizi yang baik ( Sedioetama, 2004 ).

Berdasarkan hasil penelitian selama 5 hari dengan membandingkan antara rata - rata asupan makan siang dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2004, kebutuhan akan lemak yaitu 25 - 35% dari total kalori diperoleh kecukupan lemak untuk anak umur 1-3 tahun adalah 12 gram/hari , dan umur 4-6 tahun adalah 18 gram/hari untuk laki - laki maupun perempuan. Kontribusi lemak dari makanan yang diberikan oleh sekolah pada makan siang sebesar 3,8 gram di mana asupan rata - rata baik siswa laki – laki maupun perempuan termasuk kategori kurang (< 80%).

Secara umum kontribusi lemak dari makan siang yang diberikan oleh sekolah belum memenuhi kebutuhan siswa , ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Sedioetama ( 2004 ) bahwa komposisi lemak dalam hidangan rakyat Indonesia masih sangat rendah.

Asupan lemak yang kurang adekuat akan terjadi gambaran klinis defisiensi asam lemak essensial dan

nutrien yang larut di dalam lemak serta pertumbuhan yang buruk (Soetjningsih, 2004). Sebaiknya kebutuhan energi dipasok terutama oleh karbohidrat, lemak, dan minyak yang merupakan sumber energi terbesar yang menghasilkan 9 kalori untuk tiap gram, yaitu 2 ½ kali besar energi yang dihasilkan oleh karbohidrat dan protein (Almatsier, 2002).

Perbandingan antara rata - rata asupan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2004 dimana kebutuhan akan karbohidrat yaitu 60 – 70% dari total kalori sehingga diperoleh kecukupan karbohidrat untuk anak umur 1-3 tahun 43,5 gram/hari, dan umur 4-6 tahun adalah 63 gram/hari baik laki - laki maupun perempuan.

Kontribusi karbohidrat dari makan siang yang diberikan oleh sekolah sebesar 15,7 gram dimana asupan rata - rata baik siswa laki - laki maupun perempuan umur 1-3 tahun 20,2 gram sehingga diperoleh kontribusi sebesar 46,4 % untuk laki - laki termasuk kategori kurang dan perempuan sebesar 26,1% termasuk kategori kurang. Pada usia 4-5 tahun, rata-rata kontribusi karbohidrat pada siswa laki-laki sebesar 21,8 % sedangkan perempuan sebesar 25,5% hal ini berkaitan dengan rata - rata berat badan untuk siswa kelompok umur 4-6 dibawah berat badan standar dalam Angka Kecukupan Gizi (AKG).

Secara umum kontribusi karbohidrat dari makan siang yang diberikan oleh sekolah belum memenuhi kebutuhan untuk porsi makan siang siswa. Hal ini disebabkan karena jumlah porsi yang diberikan sama untuk semua golongan umur. Semakin bertambah umur, maka semakin meningkat kebutuhan akan zat gizi akan meningkat, terutama untuk anak umur 4-6 tahun di mana mereka lebih banyak melakukan aktifitas fisik seperti olahraga, bermain dan banyak menghabiskan waktu di sekolah ( RSCM & Persagi, 1994 ).

Menurut Kartasapoetra & Marsetyo (2003), dengan tercukupinya kebutuhan karbohidrat dalam tubuh, maka ketersediaan energi beserta cadangannya akan selalu menunjang aktifitas fisik. Namun bila karbohidrat tidak mencukupi maka protein akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi untuk menunjang aktifitas tubuh ( Almatsier, 2002).

Dari hasil analisis statistik Tabel 1 dengan diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi energi makan siang dengan status gizi, hal ini disebabkan faktor yang mempengaruhi status gizi bukan hanya dari faktor asupan baik asupan satu kali makan atau asupan sehari. Status gizi dipengaruhi oleh faktor primer dan sekunder, faktor primer antara lain pemilihan bahan makanan baik, dari segi kualitas maupun kuantitasnya sedangkan, faktor sekunder meliputi semua faktor yang menyebabkan zat – zat gizi sampai ke sel – sel tubuh setelah makanan dikonsumsi ( Huriyati, 2005).

Diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi protein makan siang dengan status gizi, hal ini terjadi karena makanan di luar makan siang juga berpengaruh terhadap status gizi, dimana makan siang hanya 2/5 dari total kebutuhan sehari atau sekitar 40%, dengan pembagian 1/5 bagian makan pagi dan 2/5 bagian untuk makan malam, dengan pembagian seperti itu penyediaan zat gizi dapat disesuaikan dengan kebutuhan gizi ( Moehyi, 2004 ).

Diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi lemak makan siang dengan status gizi. Hal ini berkaitan dengan kontribusi lemak dari makan siang belum memenuhi kebutuhan porsi makan siang siswa, pemenuhan lemak ini dapat dilakukan dengan modifikasi bahan makanan seperti dengan penambahan menu lauk nabati karena selain mengandung protein, juga mengandung

asam lemak tak jenuh yang baik bagi tubuh ( Sediaoetama, 2004 ).

Menurut Uripi (2004), jika asupan lemak kurang maka protein akan dipecah untuk memenuhi kebutuhan energi, hal ini akan menyebabkan fungsi protein sebagai zat pembangun hilang dan pertumbuhan anak akan terhambat yang terlihat dari status gizinya. Gangguan yang bersifat akut menyebabkan anak kurus kering yang disebut *wasting*.

Diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara kontribusi karbohidrat makan siang dengan status gizi. Kontribusi karbohidrat dari makan siang yang diberikan oleh sekolah belum memenuhi kebutuhan karena rata – rata < 80% termasuk kategori kurang. Menurut Uripi (2004), status gizi merupakan status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan asupan gizi, utamanya keseimbangan yang berasal dari zat gizi penghasil energi yaitu karbohidrat, lemak, dan protein. Kekurangan asupan energi dari karbohidrat dan lemak akan mengambil porsi protein sehingga fungsi protein sebagai zat pembangun akan terganggu.

### **Kesimpulan**

Kontribusi zat gizi makro makan siang yang diberikan oleh sekolah untuk kelompok umur 1-3 dan 4-6 tahun rata - rata untuk energi,protein,lemak dan karbohidrat termasuk kategori kurang. Tidak ada hubungan antara kontribusi energi,Protein, Lemak dan Karbohidrat makan siang yang diberikan oleh sekolah dengan status gizi.

### **Daftar Pustaka**

Almatsier, Sunita, 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta

Fatimah, 2005. Tinjauan Sumbangan Energi, Protein, Dan Vitamin

A Dari Makanan Yang Diberikan Sekolah Dalam Rangka Pemenuhan Kebutuhan Anak Prasekolah Di TKIT Salman Al. Farissi Yogyakarta. Program Studi Gizi Kesehatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Skripsi

Huriyati, E, 2005. Hubungan Asupan Zat Gizi dan Status Gizi dengan Erupsi Gigi Desidul Pada Anak Umur 6-36 Bulan di Kecamatan Pengasih Kabupaten Kulon Progo DIY. Gizi Kita Vol 7 (3)

Junaidi, P, 2004. Kota Yang Sehat Untuk Anak. Jurnal Kesehatan Perkotaan. Vol 11 (1)

Kartasapoetra. G & Marsetyo, 2003. Ilmu Gizi ( Korelasi, Kesehatan, Dan Produksi Kerja ). PT. Rineka Cipta. Jakarta

Mariastuti, N , 2000. Hubungan Konsumsi Kalori Dan Protein Pada Makanan Yang Disediakan Terhadap Tumbuh Kembang Anak Prasekolah Di TPA Pasar Beringharjo, Yogyakarta, Akademi Gizi Depkes RI. Karya Tulis Ilmiah

Moehyi, Sjahmien, 1992. Penyelenggaraan Makanan Institusi Dan Jasa Boga. PT. Bharatara Naga Media. Jakarta

Prasetyo, Y.B dan Djauhari, T, 2005. Kajian Program Makanan Tambahan Anak Sekolah Di Kabupaten Pasuruan. Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran Keluarga. Vol 2 (1)

- Prasetyowati, I dan Gunanti,IR. 2003 Hubungan Antara Tingkat Konsumsi ( Energi dan Protein) Dan Tingkat Aktifitas Fisik Dengan Status gizi Lebih Pada Siswa SDIT ( Studi Kasus Di yayasan pendidikan Al. Muslim Sidoarjo, Jawa Timur, Prosiding: Pertemuan Ilmiah Nasional , Dietetic Update-asosiasi Dietision Indonesia)
- Rehena, Z, 2005. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian KEP Pada Anak Balita Pengungsi Di Daerah Konflik, Baguala, Ambon Maluku. Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Tesis
- RSCM & Persagi, 1994 Penuntun Diet Anak. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Sediaoetama, A.D, 2004. Ilmu Gizi. PT. Dian Rakyat. Jakarta
- Suhardjo, 1996. Berbagai Cara Pendidikan Gizi. Sinar Grafika Offset. Jakarta
- Soekirman, 2000. Ilmu Gizi Dan Aplikasinya Untuk Keluarga Dan Masyarakat. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional
- Soetjiningsih, 2004. Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya CV. Sagung Seto. Jakarta
- Uripi, Vera, 2004. Menu Sehat Untuk Balita. Puspa Swara. Jakarta



## HALUSINASI BERDASARKAN FAKTOR PREDISPOSISI DI RUMAH SAKIT JIWA KALAWA ATEI PALANGKA RAYA

Maria Magdalena Purba<sup>1\*</sup>  
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya  
magdadasuha@yahoo.co.id

### ABSTRAK

Organisasi kesehatan dunia memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa dan perilaku. Sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa. Saat ini, 25% penduduk di dunia diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya.

Di Indonesia diperkirakan jumlah penduduk yang mengalami gangguan jiwa terus meningkat, hal ini dipicu oleh faktor ekonomi yang semakin berat. Gangguan jiwa berat seperti Skizofrenia dengan perilaku halusinasi jumlahnya bisa mencapai 6 juta orang dari jumlah penduduk Indonesia. penelitian ini bertujuan untuk mengetahui halusinasi berdasarkan faktor predisposisi (faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya) di Rumah Sakit Jiwa Kalawa Atei Palangka Raya. Metode Penelitian *cross sectional* deskriptif, Purposive Sampling dengan 30 responden. Instrumen atau alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan 14 item pertanyaan. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa usia responden halusinasi terbanyak adalah rentang usia 26-50 tahun sebanyak 73,3% didominasi oleh laki-laki sebesar 63,3% , Mayoritas berpendidikan SMA sebesar 33,3% dan kebanyakan responden tidak bekerja sebesar 56,7%. Faktor predisposisi yang mempengaruhi halusinasi adalah faktor biologis, faktor sosial budaya dan faktor psikologis. Pada penelitian ini faktor yang paling dominan menyebabkan halusinasi adalah faktor psikologis yaitu sebesar 53,3%.

**Kata Kunci:** Halusinasi, Faktor Predisposisi, Gangguan jiwa.

### ABSTRACT

*World Health Organization (WHO), in 2003 estimated 450 million people worldwide suffered mental and behavioral disorders. About 10% of adults experience a mental disorder. Currently, 25% of the world population is expected to experience a mental disorder at a given age during his lifetime.*

*In Indonesia the estimated number of people who experience mental illness continues to increase, it is triggered by economic factors are increasingly heavy. Severe mental disorders such as schizophrenia with hallucinatory behavior that number could reach 6 million people of the total population of Indonesia. This study aims to determine hallucinations based on predisposing factors (biological factors, psychological factors and socio-cultural factors) in the Mental Hospital Kalawa Atei Palangkaraya. Methods descriptive cross sectional study, purposive sampling with 30 respondents. Instrument or a measuring tool used is a questionnaire with 14 items. Results from the study showed that the age of the respondents is the highest hallucinations age range 26-50 years as many as 73.3% are dominated by men amounted to 63.3%, majority of high school educated 33.3% and most respondents do not work amounted to 56.7%. Predisposing factors influencing the hallucinations is biological, social and cultural factors and psychological factors. In*

*this study, the factors most dominant cause hallucination is a psychological factor that is equal to 53.3%.*

**Keywords:** *Hallucination, Predisposition's factor, mental disorders*

## **Pendahuluan**

Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan No.36 sehat adalah suatu kondisi sehat mental, fisik, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan sikap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan merupakan kondisi sehat fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau pun kelemahan. Saat ini fenomena gangguan jiwa mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Berdasarkan data WHO dalam Yosep (2013) memperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa dan perilaku. Sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa. Saat ini, 25% penduduk di dunia diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya.

Di Indonesia diperkirakan jumlah penduduk yang mengalami gangguan jiwa terus meningkat, hal ini dipicu oleh faktor ekonomi yang semakin berat. Bahkan khusus untuk gangguan jiwa berat seperti Skizofrenia, jumlahnya bisa mencapai 6 juta orang dari jumlah penduduk Indonesia.<sup>3</sup> Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) 2013, menunjukkan bahwa jumlah populasi penduduk Indonesia yang terkena gangguan jiwa berat mencapai 1-3 persen di antara total penduduk. Jika penduduk Indonesia diasumsikan 200 juta, maka 3 persen dari jumlah itu adalah 6 juta orang yang mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa yang umum terjadi adalah Skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di Indonesia mencapai tiga sampai lima perseribu penduduk. Bila diperkirakan jumlah penduduk sebanyak 220 juta

orang akan terdapat gangguan jiwa dengan skizofrenia kurang lebih 660 ribu sampai satu juta orang.<sup>1</sup>

Gejala yang sering muncul pada Skizofrenia adalah halusinasi.<sup>2</sup> Halusinasi adalah suatu proses yang berkaitan erat dengan kepribadian seseorang yang mengalami stress, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat diselesaikan sehingga mempengaruhi perilaku menjadi maladaptif, seperti suka menyendiri, tertawa sendiri, kurang perawatan diri dan respon verbal yang lambat.<sup>8</sup> Halusinasi yang berkelanjutan, dapat membuat seseorang akan menjadi terbiasa, dan menganggap bahwa halusinasi tersebut merupakan hal yang biasa. Namun pada fase yang lebih buruk, orang yang mengalami halusinasi dapat berpotensi menjadi perilaku kekerasan bahkan sampai kepada bunuh diri.<sup>9,11,12</sup> Stuart (2008) mengemukakan bahwa penyebab halusinasi dapat terjadi akibat faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dari halusinasi meliputi faktor biologi, faktor psikologi dan faktor sosial budaya. Sedangkan faktor presipitasi meliputi biologis, stress lingkungan dan sumber koping.

Data gangguan jiwa di Propinsi Kalimantan tengah masih belum diketahui secara pasti, namun berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kalimantan Tengah tahun 2010 tercatat bahwa jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa di 14 kabupaten dan kota selama 3 tahun berturut-turut mengalami peningkatan yaitu sejumlah 1597 kunjungan pada tahun 2010, sejumlah 2390 kunjungan pada tahun 2011 dan sejumlah 36.460 kunjungan pada tahun 2012. Kota Palangka Raya pada tahun 2012 menduduki peringkat kedua

(17,2%) dibawah Kotawaringin Timur (32,8%) dan diatas kabupaten Seruyan (15,2%) dari 2.390 jumlah kunjungan gangguan jiwa.<sup>4,5</sup>

Sedangkan di Rumah Sakit Jiwa Kalawa Atei Palangka Raya data kunjungan klien gangguan jiwa mengalami peningkatan tahun 2011 berjumlah 1.913 pasien, sedang tahun 2012 berjumlah 2.075 klien.

Hasil studi pendahuluan di RSJ Kalawa Atei menunjukkan bahwa perilaku halusinasi pada pasien skizoprenia tampak lebih dominan dibandingkan perilaku lainnya. Halusinasi yang terjadi berkaitan erat dengan kepribadian seseorang. Halusinasi juga merupakan kasus tertinggi yang terjadi dari semua kasus gangguan jiwa yang dikelompokkan ke dalam 10 kelompok besar berdasarkan PPDG IV. Data skizofrenia dengan perilaku halusinasi mengalami peningkatan sebesar sebesar 72,9% pada tahun 2011, dan 81,3% pada tahun 2012.<sup>6,7</sup> Untuk itu peran dan keterlibatan keluarga dalam proses penyembuhan dan perawatan klien gangguan jiwa dengan halusinasi sangat penting, karena peran keluarga dapat mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap, dan perilaku klien.

Berdasarkan paparan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran halusinasi berdasarkan faktor predisposisi di Rumah Sakit Jiwa Kalawa Atei Palangka Raya.

### Metode

Penelitian dilakukan dengan menggunakan metode deskriptif, dengan jumlah responden 30 orang pasien gangguan jiwa di RSJ Kalawa Atei Palangka Raya. Pengumpulan data dilakukan melalui Purposive Sampling melalui kuesioner yang dikembangkan dan dimodifikasi oleh peneliti, yang terbagi dalam 4 bagian yaitu, karakteristik responden, faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya Serta buku registrasi RS jiwa Kalawa

Atei. Data dianalisis menggunakan analisis univariat dengan menggunakan program SPSS 17.

### Hasil dan Pembahasan

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Kalawa Atei Palangka Raya, untuk melihat gambaran halusinasi yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan serta faktor predisposisi halusinasi.

Adapun gambaran halusinasi dari hasil penelitian berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan adalah sebagai berikut.

Tabel 1.1 Distribusi Frekuensi Penderita Halusinasi Berdasarkan Usia.

Usia	Jumlah (n)	Persentase (%)
>17 tahun	1	3,3
17-25 tahun	6	20
26-50 tahun	22	73,3
>50 tahun	1	3,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 1.1 tersebut menunjukkan bahwa dari 30 penderita halusinasi, sebagian besar berada pada kelompok usia 26-50 tahun, yaitu berjumlah 22 orang (73,3%). Sedangkan berdasarkan jenis kelamin terdapat laki-laki lebih besar dari perempuan, yaitu sebanyak dengan Selisih antara penderita halusinasi laki-laki dan perempuan adalah 8 orang (26,6%). Berikut dijelaskan pada tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1.2 Distribusi Penderita Halusinasi Berdasarkan Jenis Kelamin.

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Presentasi (%)
Laki-Laki	19	63,3
Perempuan	11	36,7
Total	30	100

Sedangkan hasil penelitian berdasarkan pendidikan ditemukan bahwa yang paling tinggi adalah dengan pendididn SMA sebesar yaitu 10 orang (33,3%). Seperti disajikan pada tabel 1.3 berikut ini.

Tabel 1.3 Distribusi Penderita Halusinasi Berdasarkan Pendidikan.

Pendidikan	Jumlah (n)	Presentasi (%)
Tidak Sekolah	1	3,3
SD	6	20
SMP	9	30
SMA	10	33,3
PT	4	13,3
Total	30	100

Sedangkan bila dilihat berdasarkan jenis pekerjaan, maka yang paling banyak adalah menderita halusinasi adalah yang tidak memiliki pekerjaan yaitu sebanyak sebanyak 17 orang (56,7%). Seperti yang disajikan pada tabel 1.4 berikut ini.

Tabel 1.4 Distribusi Penderita Halusinasi Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah (n)	Presentasi (%)
Tidak bekerja	17	56,7
Swasta	5	16,7
Wirausaha	2	6,7
Pelajar/Mahasi	6	20
-swa		
Total	30	100

Sedangkan untuk faktor predisposisi dari halusinasi dianalisis berdasarkan tiga faktor predisposisi yaitu meliputi: faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya. Faktor predisposisi ini diukur berdasarkan jenis dari masing-masing faktor, seperti faktor biologis diukur berdasarkan lima bagian yang meliputi

kelainan otak, herediter, gangguan bicara, gangguan daya ingat dan pengaruh obat-obatan dengan memberikan skor tinggi bila skor 4-5, sedang bila skor 2-3, rendah bila 0-1. Sedang Untuk mengukur faktor psikologis dilakukan melalui tujuh (7) bagian pertanyaan yang meliputi: hubungan terdekat, hubungan keluarga, hubungan lingkungan, emosional, kecemasan, dan kepercayaan diri, dengan skor nilai diberikan adalah faktor psikologis rendah bila skor 0 – 1, faktor psikologi sedang bila skor 2 – 3 dan faktor psikologi tinggi bila skor 4 – 6. Sedangkan untuk faktor sosial budaya ada tiga (3) bagian yang diteliti yaitu, meliputi, kerusuhan, bencana alam dan trauma, dimana faktor sosial budaya ada, bila ada salah satu dari 3 pertanyaan yang dijawab Ya.

Adapun hasil yang diperoleh berdasarkan kuesioner dari masing-masing faktor predisposisi adalah sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

Data faktor biologis yang dikumpulkan meliputi adanya kelainan anatomi otak (cacat) sejak lahir, adanya faktor keturunan dari anggota keluarga terdahulu, adanya gangguan bicara, adanya gangguan daya ingat dan pasien mengkonsumsi obat-obatan tertentu dalam dosis tinggi. Setelah dilakukan pengelompokkan maka dihasilkan faktor biologis dalam jumlah tinggi, sedang dan rendah. dari lima bagian faktor biologis, jumlah klien halusinasi dengan konsumsi obat-obatan lebih banyak dibandingkan dengan yang lainnya dan tidak ada yang mengalami kelainan anatomi otak sejak kecil.berikut dijelaskan pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.5 Distribusi Faktor Biologis Berdasarkan Penyebab Halusinasi

Faktor Biologis	Ya	Tidak	Jumlah (n)
Kelainan Anatomi Otak	-	30	30
Herediter	3	27	30

Gangguan Bicara	4	26	30
Gangguan Daya Ingat	6	24	30
Konsumsi Obat-Obatan	8	22	30

**Tabel 1.6 Distribusi Persentasi Halusinasi Berdasarkan Faktor Biologis**

No.	Faktor Biologis	Jumlah (n)	Presentase (%)
1.	Tinggi	0	0
2.	Sedang	6	20
3.	Rendah	24	80
Jumlah Penderita Skizofrenia		30	100

Berdasarkan tabel 1.6 tersebut diatas faktor predisposisi biologis memiliki pengaruh terhadap halusinasi walaupun faktor predisposisi biologis bukan merupakan penyebab tertinggi dari halusinasi.

#### b. Faktor Psikologis

Data faktor psikologis yang dikumpulkan meliputi, orang terdekat pasien, hubungan dengan keluarga, hubungan dengan lingkungan, emosional, kecemasan dan ketidakpercayaan diri.

**Tabel 1.3. Distribusi Faktor Psikologis Berdasarkan Penyebab Halusinasi**

Faktor Psikologis	Ya	Tidak	Jumlah (n)
Orang Terdekat	30	-	30
Membenci Keluarga	24	6	30
Hubungan Baik dengan Lingkungan	19	11	30
Emosional	16	14	30
Kecemasan	13	17	30
Percaya diri	19	11	30

Berdasarkan tabel 1.3 tersebut dari 30 responden semua mengatakan memiliki orang terdekat dan sebagian besar tidak memiliki hubungan yang baik dengan keluarga (membenci keluarga). Dengan skor nilai adalah sebagai berikut, tinggi ada sebanyak 14 orang atau 46,7%,

sedang 16 orang atau 53,3%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penyebab terbanyak halusinasi adalah faktor psikologis.

#### c. Faktor Sosial Budaya

Data faktor sosial budaya yang dikumpulkan meliputi, pernah terlibat kerusuhan, pernah mengalami kejadian bencana alam dan pernah mengalami trauma terhadap suatu keadaan, dari faktor sosial budaya ini diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden pernah mengalami trauma terhadap lingkungannya yaitu 46,6% pernah mengalami trauma. Berikut disajikan pada tabel 1.4 dan 1.5 berikut ini.

**Tabel 1.4 Distribusi Faktor Sosial Budaya Berdasarkan Penyebab Halusinasi**

Faktor Sosial Budaya	Ya	Tidak	Jumlah (n)
Pernah Terlibat Kerusuhan	1	29	30
Pernah Terkenan Bencana Alam	-	30	30
Pernah Mengalami Trauma	14	16	30

**Tabel 1.5 Distribusi Persentasi Halusinasi Berdasarkan Faktor Sosial Budaya**

No.	Faktor Sosial Budaya	Jumlah (n)	Presentasi (%)
1.	Ya	14	46,6
2.	Tidak	16	53,3
Jumlah Penderita Skizofrenia		30	100

Dari tabel tersebut terlihat selisih antara faktor sosial budaya yang menjadi penyebab kejadian halusinasi adalah 6,6 % dari 30 responden halusinasi.

#### Pembahasan

Hasil penelitian untuk data karakteristik responden diperoleh hasil bahwa mayoritas responden yang

mengalami halusinasi berada pada rentang usia 26 – 56 tahun sebanyak 22 orang atau sebesar (73,3%), hal ini menunjukkan bahwa klien berada pada perkembangan usia dewasa muda dan dewasa menengah. Dimana pada tahap itu peran dan tanggung jawab semakin bertambah besar dan tidak bergantung secara ekonomis, sosiologis dan psikologis pada orang tua atau orang lain. Individu berusaha untuk membuktikan dirinya sebagai seorang pribadi dewasa yang mandiri. Segala urusan ataupun masalah yang dialami dalam hidupnya sedapat mungkin akan ditangani sendiri tanpa bantuan orang lain termasuk orang tua<sup>12</sup>. Berbagai pengalaman baik yang berhasil maupun yang gagal dalam menghadapi suatu masalah akan dapat dijadikan pelajaran berharga guna membentuk seorang pribadi yang matang, tangguh dan bertanggung jawab terhadap masa depannya. Kegagalan dalam pengembangan diri, harapan yang tidak sesuai dengan kenyataan pada usia ini akan dapat menimbulkan masalah gangguan jiwa pada individu.<sup>11</sup> Berdasarkan jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan yaitu sebanyak 19 orang (63,3%). Menurut Kaplan perempuan dan laki-laki mempunyai risiko yang sama untuk menderita gangguan jiwa maupun perubahan perilaku seperti halusinasi. Namun, derajat keparahan gangguan jiwa berat lebih besar pada laki-laki, sehingga laki-laki lebih banyak yang harus dirawat di Rumah Sakit. Hasil penelitian ini sependapat dengan penelitian<sup>1,2</sup> yang menyatakan mayoritas klien yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa adalah laki-laki. Dari hasil penelitiannya tersebut didapatkan laki-laki lebih banyak mengalami halusinasi dibandingkan dengan perempuan. Hal ini disebabkan karena laki-laki cenderung mengalami perubahan peran dan penurunan interaksi sosial, kehilangan pekerjaan, putus alkohol serta intoksikasi kokain. Hal sedana juga dikemukakan oleh Kaplan

dan Saddock bahwa laki-laki cenderung memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami Skizofrenia dengan perubahan perilaku halusinasi.

Namun bila Dilihat dari tingkat pendidikan, hasil penelitian ini didapatkan rata-rata berpendidikan reponden aalah SMA sebanyak 10 orang (33,3%) dan hanya ada satu responden yang tidak sekolah (3,3%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa reponden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi.

Hasil penelitian ini tidak sependapat dengan penelitian yang dilakukan oleh Sri Wahyuni tentang Hubungan Lama Hari Rawat dengan Kemampuan Pasien Dalam mengontrol halusinasi di ruang MPKP RSJ Tampan, Pekanbaru. Dalam hasil penelitiannya karakteristik tingkat pendidikan responden adalah SD sebanyak 11 orang (32,4%) dari 34 orang responden. Hasil ini menggambarkan masih rendahnya tingkat pendidikan klien. Hal ini juga didukung oleh Notoatmojo bahwa rendahnya tingkat pendidikan seseorang akan menyulitkan seseorang untuk memahami masalah yang terjadi dan sulit menerima ilmu yang didapat. Namun dari hasil penelitian menunjukkan tingkat pendidikan responden tinggi, dengan ini menggambarkan bahwa responden lebih banyak dapat memahami masalah dan mudah menerima ilmu dan informasi. Penyebab perbedaan ini adalah, peneliti tidak melakukan penelitian terhadap keseluruhan klien yang mengalami gangguan jiwa tapi hanya meneliti klien yang mengalami halusinasi. Sehingga tidak diketahui tingkat pendidikan tertinggi yang dimiliki semua klien dengan gangguan jiwa untuk dibandingkan dengan tingkat pendidikan tertinggi klien dengan halusinasi. Sedangkan menurut karakteristik pekerjaan responden, sebagian besar tidak bekerja. Skizofrenia dengan perubahan perilaku halusinasi adalah penyakit pervasif yang mempengaruhi lingkup yang luas dari proses psikologis,

mencakup kognisi, afek dan perilaku. Orang-orang yang mengalami skizofrenia dengan perubahan perilaku halusinasi menunjukkan kemunduran yang jelas dalam fungsi pekerjaan sosial. Mereka mungkin memiliki kesulitan dalam mempertahankan pembicaraan, membentuk pertemanan, mempertahankan pekerjaan atau memperhatikan kebersihan pribadi mereka<sup>11,12</sup> Dengan demikian dikatakan bahwa klien skizofrenia dengan perubahan halusinasi akan sulit mendapatkan pekerjaan.

Sedangkan hasil penelitian faktor predisposisi halusinasi yang meliputi empat bagian didapatkan gambaran yang mempengaruhi halusinasi yang tertinggi di RSJ Kalawa Atei Palangka Raya adalah faktor predisposisi psikologi, yaitu item peran orang terdekat yang sangat mempengaruhi terjadinya halusinasi. Yaitu sebesar 46,7%,

Peran orang terdekat menjadi penyebab tertinggi faktor psikologis pada penderita halusinasi. karena Orang terdekat selalu memiliki pengaruh yang besar terhadap terbentuknya seseorang. Seseorang yang hidup dengan pola asuh yang berbeda juga akan menjadi seseorang dengan karakter yang berbeda. Dalam penelitian kali ini, penyebab psikologi pada klien kebanyakan adalah karena sifat klien yang mudah marah (emosional) dan kurang percaya diri. Hal ini dapat terbentuk dalam proses ketika klien tumbuh dengan pengaruh orang terdekat. sedangkan faktor biologis, yang mempengaruhi halusinasi berdasarkan tabel 1.1 dengan 5 item yang diteliti yang paling banyak adalah akibat penyalahan obat-obatan sebanyak 8 responden atau sebesar 26,6%. Hal ini sesuai dengan pendapat yang mengemukakan bahwa Obat psikotropik dapat mempengaruhi tempat reseptor neurotransmitter dan juga neurotransmitter itu sendiri<sup>12</sup> Dalam penelitian yang berfokus pada hipotesis dopamin, yang menyatakan bahwa aktivitas dopamin yang berlebihan di

bagian kortikal otak, berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia dengan perilaku halusinasi tempat dimana reseptor untuk neurotransmitter tertentu juga penting. Perubahan jumlah dan jenis reseptor untuk neurotransmitter dapat mempengaruhi tingkat neurotransmitter. Sedangkan untuk faktor predisposisi sosial budaya dari 3 item yang diteliti dapat menyebabkan halusinasi adalah akibat trauma, ada sebesar 14 orang (46,6%). Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Sosial budaya sangat mempengaruhi seseorang dan dapat pula menimbulkan pola asuh beberapa kejadian yang membuat klien merasa terganggu dan menyebabkan trauma sehingga dapat menimbulkan halusinasi.

### **Kesimpulan**

Ada tiga faktor predisposisi yang dapat menyebabkan halusinasi, yaitu faktor biologis, psikologis dan sosial budaya. Dari ketiga faktor tersebut semua mempunyai pengaruh terhadap penyebab skizofrenia dengan perilaku halusinasi. Namun pada penelitian ini diperoleh gambaran bahwa faktor predisposisi psikologis lebih tinggi menyebabkan skizofrenia dengan perilaku halusinasi dibandingkan faktor biologis dan faktor sosial budaya.

### **Daftar Pustaka**

1. Ernawati, Endah Dwi. 2013. Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Halusinasi Pendengaran Di Ruang Pringgodani Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta [Online], dari: <http://www.primopdf.com> [26 Februari 2014]
2. Enkeng, Maslina, 2013, Faktor presipasi yang berhubungan dengan terjadinya halusinasi [www.e.bookspdf.org](http://www.e.bookspdf.org)[3Maret 2014)
3. Setiarini, F., 2012, Efektifitas Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Presepsi Halusinasi Terhadap Penurunan

- Kecemasan Klien Halusinasi Pedengaran [Online], dari: [www.e-bookspdf.org](http://www.e-bookspdf.org) [3 Maret 2014]
4. Hawari. 2001, Pedekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
  5. Departemen Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah. 2010, Profil Kesehatan Kalimantan Tengah Palangka Raya.
  6. Departemen Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah. 2011, Profil Kesehatan Kalimantan Tengah Palangka Raya.
  7. Balai Kesehatan Kalawa Atei. 2010, Laporan Tahunan Balai Kesehatan Kalawa Atei Tahun 2010, Palangka Raya.
  8. Balai Kesehatan Kalawa Atei. 2011, Laporan Tahunan Balai Kesehatan Kalawa Atei Tahun 2011, Palangka Raya.
  9. Balai Kesehatan Kalawa Atei. 2012, Laporan Tahunan Balai Kesehatan Kalawa Atei Tahun 2012, Palangka Raya.
  10. Keliat, B.A. 2011, Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: EGC
  11. Faizah. 2013, Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Tn.I Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Di Ruang Abimayu Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta [Online], dari: <http://www.primopdf.com> [26 Februari 2014]
  12. Isaacs, Anna. 2004, Keperawatan Dan Kesehatan Jiwa Dan Psikiatrik. Edisi Jakarta: EGC
  13. Kaplan & Saddock., 2008, Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jakarta: Binarupa Aksara



## **HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN KANKER PAYUDARA**

Theresia Ivana<sup>1</sup>, Theresia Labetubun<sup>2</sup>, Mario Kustanto<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Suaka Insan  
Banjarmasin, Kalimantan Selatan  
Email: theresiaivana88@gmail.com

### **ABSTRAK**

Kanker payudara merupakan penyakit yang dapat mempengaruhi setiap aspek kehidupan manusia dan dapat menimbulkan berbagai masalah-masalah fisiologis, psikologis dan sosial. Reaksi psikologis yang dapat muncul setelah pasien didiagnosis kanker payudara pada umumnya merasa shock mental, takut tidak bisa menerima kenyataan sampai pada depresi. Seorang pasien kanker payudara yang menderita depresi biasanya diawali dengan persepsi yang negatif terhadap stressor dan kondisi ini diperburuk dengan tidak adanya support system yang adekuat dari keluarga, sahabat, ibu, tetangga, terutama keyakinan pada Tuhan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara di Ruang Edelweis Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien kanker payudara yang diambil dengan teknik *Accidental sampling* dengan populasi berjumlah 244 dan sampel berjumlah 41 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga pada pasien kanker payudara sebanyak 28 responden (68,3%), tingkat depresi ringan sebanyak 22 responden (53,7%). Sehingga, ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara di Ruang Edelweis RSUD Ulin Banjarmasin.

**Kata Kunci:** Keluarga, Kanker, Dukungan, depresi, payudara

### **ABSTRACT**

*Breast cancer is a disease that can affect every aspect of human life and can cause various problems physiological, psychological and social. Psychological reactions that can occur after a patient is diagnosed with breast cancer such as general feeling of mental shock, fear cannot accept the condition until depression. A breast cancer patient who suffers from depression usually begins with a negative perception of the stressor and the condition is exacerbated by the absence of an adequate support system of family, friends, parents, neighbour, especially belief in God. This study aimed to analyse the relationship between family support with the level of depression in patients with breast cancer at Edelweis General Hospital Ulin Banjarmasin. This research is quantitative research with cross-sectional approach. The sample in this study were patients with breast cancer were taken by accidental sampling technique with 244 amount of population and 41 respondents. Collecting data were using questionnaires. The results showed that the family*

*support for breast cancer patients were 28 respondents (68.3%), mild depression levels were 22 respondents (53.7%). Thus, there is a significant association between family support with the level of depression in breast cancer patients in Edelweiss Unit General hospital Ulin Banjarmasin.*

---

## **Pendahuluan**

Penyakit kanker merupakan penyakit yang sangat berbahaya dan mematikan. Akibat ganasnya penyakit ini, ribuan orang meninggal karena penyakit kanker diberbagai belahan dunia. Di Indonesia sendiri, persentase kematian akibat kanker telah mencapai 6,6% dan diprediksikan akan terus meningkat sampai 60% sampai tahun 2030. Bahkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kanker disebut sebagai penyakit tidak menular yang paling banyak menyebabkan kematian nomor dua sedunia, setelah penyakit jantung (Purwoastuti, 2008).

Kementerian Kesehatan (Kemkes) mencatat dari sekian banyak kanker yang menyerang penduduk Indonesia, kanker payudara dan kanker leher Rahim tertinggi kasusnya di seluruh Rumah Sakit. Sistem Informasi rumah sakit (SIRS) melaporkan jumlah pasien rawat jalan maupun rawat inap pada kanker payudara terbanyak yaitu 12.014 orang (28,7%) dan kanker serviks sebanyak 5.349 orang (12,8) (Indonesia, 2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dan pengumpulan data pada tanggal 6-12 Maret 2014 di RSUD Ulin Banjarmasin disimpulkan bahwa jumlah pasien kanker payudara di ruang Edelweis dari bulan September tahun 2013 sampai dengan bulan Februari tahun 2014 sebanyak 244 orang, hasil wawancara yang dilakukan kepada 10 pasien kanker payudara menyimpulkan bahwa 5 atau (50%) pasien mengatakan mendapatkan dukungan keluarga dari suami dan orang tua serta kerabat seperti dukungan emosional, nasihat serta saran tentang masalah pengobatan yang dijalani dan didapat responden dengan tanda dan gejala

depresi seperti mengatakan sudah putus asa dan tidak harapan lagi dalam menjalani pengobatan penyakitnya, hilangnya semangat dan minat, dan mengatakan sering mengalami gangguan tidur karena memikirkan masalah penyakit yang diderita, 4 atau (40%) pasien mengatakan mendapat dukungan keluarga dari suami, anak, orang tua, saudara dan kerabat seperti dukungan moril, nasihat tentang masalah pengobatan yang baik, dukungan untuk biaya pengobatan serta dukungan perhatian.

Pasien mengakui bahwa mereka selalu semangat dalam menjalani pengobatannya dan optimis bahwa penyakit yang dideritanya akan sembuh walaupun secara fisik tidak akan kembali seperti sediakala. Satu atau (10%) tidak bersedia dilakukan wawancara. Hasil observasi menunjukkan bahwa beberapa pasien kanker payudara terlihat memiliki tanda dan gejala depresi seperti murung, sedih, tampak tidak semangat.

Penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien yang mengidap kanker payudara di ruang terapi kanker RSUD Ulin Banjarmasin.

## **Metode Penelitian**

### **Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian dalam bentuk kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat depresi.

## Sasaran Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker payudara di ruang Edelweis RSUD Ulin, Banjarmasin. Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah pasien kanker payudara dari bulan September 2013 sampai bulan Februari 2014 sebanyak 244 orang. Dengan menghitung rata-rata pasien dalam satu bulan, diperoleh jumlah pasien sebanyak 41 orang. Sehingga sampel dalam penelitian ini adalah jumlah rata-rata pasien kanker payudara di ruang Edelweis dalam satu bulan yaitu 41 responden. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*.

## Pengembangan instrument dan teknik pengumpulan data

Tempat penelitian dilaksanakan di ruang Edelweis Rumah Sakit Umum Daerah Ulin, Banjarmasin. Waktu penelitian dilaksanakan dari tanggal 11 Agustus 2014 sampai dengan tanggal 20 Agustus 2014. Instrumen penelitian yang digunakan berupa lembar kuesioner dengan jumlah pernyataan 25 item dan menggunakan skala likert.

Uji validitas terhadap kuesioner dilakukan dengan menggunakan korelasi *Pearson Product Moment*. Untuk nilai konstanta  $r$  tabel (0,444) dengan  $n= 20$ , didapat hasil  $r$  hitung  $0,895 > r$  tabel  $0,444$  dari 12 item pertanyaan yang diolah untuk dukungan keluarga dan hasil  $r$  hitung  $0,939 > r$  tabel  $0,444$  dari 25 item pernyataan yang diolah untuk tingkat depresi. Uji reliabilitas pada kuesioner menggunakan aplikasi statistik dengan rumusan *alpha cronbach*. Hasil uji alat ukur pada penelitian ini adalah nilai  $r$  hitung  $0,895 > r$  tabel  $0,6$  untuk item pernyataan tentang dukungan keluarga sehingga instrument dikatakan reliabel dan untuk  $r$  hitung  $0,939 > r$  tabel  $0,6$  untuk item pertanyaan tentang tingkat depresi sehingga kesimpulan yang

didapatkan adalah instrument dikatakan reliabel.

Pelaksanaan penelitian dilakukan berlandaskan etika penelitian yang menitikberatkan pada *inform consent*, *anonymity* dan *confidentiality*.

## Teknik Analisa data

Analisa data univariate dilakukan dengan menggunakan analisa data bentuk persentasi atau statistic descriptive. Analisis Bivariate dilakukan dengan menggunakan korelasi tata jenjang melalui *Spearman Rank*.

## Hasil Penelitian

**Tabel. 1 Karakteristik responden berdasarkan rentang usia, jenis kelamin, dan pendidikan.**

Karakteristik	F	%
Umur		
<20 – 29 Tahun	6	14,6
30-49 Tahun	35	85,4
>50 tahun	0	0
Total	41	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	0	0
Perempuan	41	100
Total	41	100
Pendidikan		
SD	6	14,6
SMP	3	7,3
SMA	18	43,9
PT	14	34,2
Total	41	100
Status Perkawinan		
Kawin	39	95,2
Belum Kawin	2	4,8
Jumlah	41	100

**Tabel 2. Tabel Distribusi Frekuensi analisa univariate**

No	Variabel	F	%
	<b>Dukungan keluarga</b>		
1	Tidak	2	4,8

	mendukung		
2	Cukup	11	26,9
	mendukung		
3	Mendukung	28	68,3
	Total	41	100%
<b>Tingkat Depresi</b>			
1	Depresi ringan	22	53,7
2	Depresi sedang	17	41,5
3	Depresi berat	2	4,8
	Total	41	100%

**Tabel 3. Tabel hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien kanker payudara di Ruang Edelweis Rumah Sakit Umum Ulin Banjarmasin 2014**

Dukungan keluarga	Tingkat depresi						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		F	%
Tidak mendukung	0	0	0	0	2	100	2	4,9
Cukup mendukung	3	27,3	8	72,7	0	0	11	26,8
Mendukung	19	67,9	9	32,1	0	0	28	68,3
Total	22	53,7	17	41,5	2	4,9	41	100
Correlation coefficient = -0,491								
P = 0,000 < 0,05								
Ho ditolak								

## Pembahasan

Hasil penelitian pada Table 1 menunjukkan bahwa kelompok umur terbanyak menderita kanker payudara terletak pada rentang umur 30-49 tahun hal ini berkaitan dengan faktor usia karena wanita yang lebih tua memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita kanker payudara dibandingkan wanita yang berusia lebih muda. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Andrews, (2010) yang mengatakan bahwa Risiko kanker payudara pada wanita yang memiliki anak pertama setelah ia berusia 30 tahun dua kali lipat lebih dibandingkan wanita yang memiliki anak pertama sebelum usia 20 tahun.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan berjumlah 41 pasien (100%), sedangkan kategori responden berdasarkan jenis kelamin laki-laki tidak ada. Kanker payudara merupakan penyakit paling ditakuti oleh kaum wanita, meskipun

berdasarkan penemuan terakhir kaum pria pun bisa terkena kanker payudara ini, walaupun masih jarang terjadi (Purwoastuti, 2008).

Kategori responden berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan terbanyak adalah tingkat pendidikan SMA berjumlah 18 responden (43,9%). Tingkat pendidikan yang tinggi memiliki risiko terkena kanker payudara yang lebih rendah dibandingkan dengan wanita dengan pendidikan tinggi. Hal ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian yang diperoleh. Kemungkinan besar hal ini disebabkan oleh berbagai factor luaran lainnya.

Kategori status perkawinan terbanyak adalah status perkawinan sudah kawin berjumlah 39 responden (95,2%). Hal ini bertolak belakang dengan konsep yang disampaikan oleh (Weir, et al., 2007) yang mengatakan bahwa wanita yang tidak pernah melahirkan atau melahirkan pertama kali diatas umur 30 tahun memiliki risiko lebih besar untuk mengalami kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang melahirkan dibawah umur 30 tahun.

Berdasarkan hasil data pada Table 2 sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden menerima dukungan emosional seperti mendapatkan suntikan semangat, perhatian dan pemberian pujian serta dukungan penilaian seperti perasaan didengarkan dari keluarga. Dukungan ini memberikan dampak positif bagi responden seperti tumbuhnya rasa diperhatikan dan merasa nyaman. Intervensi yang diberikan oleh keluarga ini dapat menurunkan mortalitas dan juga morbiditas pada pasien (Surbone, et al., 2009).

## Kesimpulan

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien penderita kanker payudara.

## Ucapan Terimakasih

Penelitian ini dapat terselesaikan berkat kerja dukungan yang luar biasa dariketua STIKES Suaka Insan Banjarmasin, Sr. Imelda Ingir Ladjar, SPC., BSN., MHA dan bidang pendidikan dan penelitian Rumah Sakit umum Daerah Ulin Banjarmasin, terkhusus kepada Kepala ruang Kemoterapi RSUD Ulin Banjarmasin.

## Daftar Pustaka

Andrews, 2010. *Buku ajar kesehatan Reproduksi Wanita*. 1st ed. Jakarta: EGC.

Indonesia, Y. K., 2014. *Yayasan Kanker Indonesia*. [Online]

Available at:

<http://yayasankankerindonesia.org/tentang-kanker>

[Accessed 20 Maret 2014].

Purwoastuti, E., 2008. *Kanker Payudara*. 1st ed. Yogyakarta: Kanisius.

Surbone, A. et al., 2009. Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Support Care Cancer*, Volume 18, pp. 255-263.

Weir, R., Day, P. & Ali, W., 2007. *Risk factors for breast cancer in woman*, New Zealand: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).

## PANTANGAN MAKANAN BAGI IBU HAMIL DAN NIFAS DI WILAYAH KATINGAN KALIMANTAN TENGAH

Oleh:

Dhini\*, Santhy K. Samuel\*\*, Dwirina Hervilia\*

1. \*Dosen Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya.
2. \*\*Dosen Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya.

Alamat korespondensi email : andendhini@yahoo.com

### ABSTRAK

Faktor budaya sering kali memberi peranan dan nilai yang berbeda terhadap pangan dan makanan. Misalnya tabu makanan yang merupakan bagian dari budaya yang menganggap makanan tertentu berbahaya karena alasan tertentu yang sering bertolak belakang dengan konsep kesehatan.

Tujuan dari penelitian ini adalah diketahuinya pola makan ibu hamil dan ibu nifas pada masyarakat Suku Dayak di Kabupaten Katingan serta sikap dan faktor sosial budaya ibu terhadap tabu makanan bagi kelompok tersebut. Metode yang dipergunakan melalui pendekatan kualitatif dengan cara mengeksplorasi sumber-sumber informasi melalui wawancara mendalam kepada ibu dan juga “*bidan kampung*” sebagai informan, observasi partisipatif bagi ibu yang bersedia diamati untuk mempelajari pola makannya.

Hasil penelitian hampir semua ibu memiliki pantangan makanan ketika hamil dan masa nifas. Jenis makanan yang menjadi pantangan beragam mulai dari sumber protein hewani, buah-buahan dan sayur-sayuran lokal, hal ini mempengaruhi rendahnya berbagai konsumsi zat gizi. Penghitungan *Food Recall* menunjukkan kebutuhan protein saja yang memenuhi kecukupan AKG, sedangkan zat gizi seperti energi, lemak, karbohidrat, serat dan zat besi dalam kategori kurang. Hasil wawancara dengan “*bidan kampung*” diketahui ada makanan yang dianggap tabu dan dipercaya dapat menimbulkan “*Maruyan*” pada ibu selama nifas bahkan 3 bulan setelah melahirkan tidak diperbolehkan dimakan, anggota masyarakat masih meyakini hal ini meskipun beberapa informan memiliki latar belakang pendidikan lulus perguruan tinggi.

Kesimpulan penelitian ini adalah menurut informan sosial budaya sangat mempengaruhi, ibu sangat terpaku dan patuh dengan adat kebiasaan. Karena banyak informasi-informasi yang berdasar pada sosial budaya tidak relevan dengan informasi kesehatan.

**Kata kunci** : Pantangan makan, Ibu hamil-nifas.

### ABSTRACT

*Cultural factors often give a different role and value of the food and meals. Example food taboos that are part of a culture that considers certain foods harmful for some reason that is often contrary to the concept of health.*

*The purpose of this research is knowing the diet of pregnant women and postpartum mothers in the Dayak community in Katingan and the attitudes and socio-cultural factors of mothers towards taboo food for the group. The method used by the qualitative approach by means of exploring the sources of information through in-depth interviews to the mother and also the "village midwife" as informants, participant observation for mothers who are willing observed to learn his diet.*

*The results of the study nearly all maternal dietary restrictions during pregnancy and the postpartum period. Type of food become taboo ranging from animal protein sources, fruits and vegetables locally, it is affecting low consumption of various nutrients. Counting Food Recall shows the protein requirements are adequate levels of AKG, while nutrients such as energy, fat, carbohydrates, fiber and iron in the poor category. According to interviews with "village midwife" is known to have foods that are considered taboo and is believed to cause "Maruyan" on the mother during the postpartum even 3 months after childbirth are not allowed to be eaten, members of the public still believe this even though some informants have college education background.*

*The conclusion of this study is to informants socio-cultural influence, my mother was very stunned and compliant with customs. Because a lot of information based on the socio-cultural is not relevant to health information.*

**Keywords:** *Food Taboo, Pregnantcy and postpartum, social and cultural*

## **Pendahuluan**

Masyarakat tradisional di Indonesia melihat konsepsi budaya yang terwujud berbeda dengan konsepsi kesehatan modern. Foster dan Anderson (2009) mengatakan masalah kesehatan selalu berkaitan dengan dua hal yaitu sistem teori penyakit dan sistem perawatan penyakit. Sistem teori penyakit lebih menekankan pada penyebab sakit, Baik masalah kematian maupun masalah kesakitan sesungguhnya tidak terlepas dari faktor-faktor sosial budaya dan lingkungan dalam masyarakat dimana mereka berada. Disadari atau tidak faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab akibat dan kondisi sehat sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan seringkali membawa dampak positif maupun negatif.

Faktor budaya sangat mempengaruhi tingkah laku kehidupan masyarakat termasuk perilaku kesehatan. Banyak praktek-praktek budaya yang berpengaruh secara negatif terhadap perilaku kesehatan masyarakat, sehingga berisiko lebih besar untuk mengalami infeksi. Selain itu, faktor budaya sangat berperan penting dalam status gizi seseorang. Budaya memberi peranan dan nilai

yang berbeda terhadap pangan dan makanan. Misalnya tabu makanan yang masih dijumpai di beberapa daerah. Tabu makanan yang merupakan bagian dari budaya yang menganggap makanan-makanan tertentu berbahaya karena alasan-alasan yang tidak logis. Hal ini mengindikasikan masih rendahnya pemahaman gizi masyarakat dan oleh sebab itu perlu berbagai upaya untuk memperbaikinya. Pantangan atau tabu adalah suatu larangan untuk mengkonsumsi suatu jenis makanan tertentu karena terdapat ancaman bahaya atau hukuman terhadap yang melanggarnya. Dalam ancaman bahaya ini terdapat kesan magis yaitu adanya kekuatan supernatural yang berbau mistik yang akan menghukum orang-orang yang melanggar pantangan atau tabu tersebut (Suhardjo. 1989).

Menurut A. Berg (1986) dalam buku Kartasa poetra dan Marsetyo (2010: 12) menyatakan bahwa di berbagai negara atau daerah terdapat tiga kelompok masyarakat yang biasanya mempunyai makanan pantangan yaitu balita, ibu hamil, dan ibu nifas. Khusus mengenai hal itu Indonesia antara lain dikemukakan bahwa pada anak kecil di banyak daerah, makanan yang bergizi di jauhkan dari anak-anak karena takut

akan akibat- akibat sebaliknya. Di beberapa daerah ikan dilarang untuk anak-anak karena menurut kepercayaan mereka ikan menyebabkan penyakit cacangan, sakit mata atau kulit. Di tempat lain kacang-kacangan yang kaya dengan protein sering kali tidak di berikan kepada anak-anak karena khawatir perut anaknya akan kembung. Pada ibu yang sedang hamil, berdasarkan studi di Kalimantan tengah ditemukan fakta adanya beberapa jenis ikan yang merupakan makanan pantangan dengan alasan apabila ikan-ikan itu dimakan dapat menyebabkan gangguan kesehatan pada ibu, mabuk, merusak badan, sulit melahirkan, air susu ibu berbau amis dan mengakibatkan bayinya sakit perut.

Berdasarkan pada jenis masalah gizi yang dijumpai pada ibu hamil dan menyusui serta dampak negatif yang ditimbulkan karena status gizi yang buruk pada ibu hamil dan menyusui tidak hanya mengenai diri yang bersangkutan, tetapi juga pada perkembangan janin yang akan dilahirkan serta perkembangan dan pertumbuhan anak dikemudian hari (Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa status gizi ibu tidak hanya memberikan dampak negatif terhadap status kesehatan dan resiko kematian dirinya, tetapi juga terhadap kelangsungan hidup dan perkembangan janin yang dikandung dan lebih jauh terhadap pertumbuhan janin tersebut sampai usia dewasa (Achadi, E. L, 2007).

Gizi yang kurang berpengaruh terhadap proses persalinan yang mengakibatkan persalinan sulit dan lama, premature, pendarahan setelah persalinan yang mengakibatkan resiko angka kematian ibu (AKI), serta persalinan operasi yang semakin meningkat. Proses pertumbuhan janin

pun akan terhambat ketika seorang ibu hamil mengalami kekurangan gizi. Keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, mati dalam kandungan serta lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) akan terjadi apabila gizi tidak terpenuhi dengan baik (Lubis, 2003).

Angka kematian ibu (AKI) masih menjadi pekerjaan rumah yang harus diselesaikan Indonesia hingga saat ini. Tercatat 228 kematian ibu untuk setiap 100.000 kelahiran hidup pada 2007 dan bahkan menjadi 359 kematian ibu pada 2012. Kenyataan tersebut bertolak belakang dengan keinginan pemerintah Indonesia sendiri, yang menargetkan penurunan AKI sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada 2015 sebagai bagian dari upaya pencapaian Millenium Development Goals (MDGs). Lebih ironis, kondisi AKI saat ini tidak berbeda jauh dengan kondisi 22 tahun lalu yang angkanya mencapai 390 kematian ibu (Kemenkes RI, 2013).

Prevalensi bayi BBLR diperkirakan 15 % dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3 % - 38 % dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram (WHO, 2005).

Menurut data kesehatan Kabupaten Katingan bahwa bumil menderita kurang energi kronis (KEK) di Kabupaten Katingan sebesar 254/3159 ibu hamil atau sebesar 8%. Berdasarkan data SDKI Tahun 2012 AKI sebanyak 359/100.000 dan AKB sebanyak 32/1000, sedangkan berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Katingan Tahun 2013 AKI sebanyak 322/100.000 kelahiran



hidup, dan AKB 16/1000 kelahiran hidup).

Pada beberapa budaya, pantang makan pada ibu hamil dapat berpengaruh terhadap asupan gizi. Seperti halnya pada kepercayaan masyarakat suku Dayak tentang pantangan makanan pada ibu nifas yaitu ibu yang baru melahirkan pantang makan daging, telur, ikan, sayuran yang bersifat dingin seperti labu air, timun, perenggi (waluh), dan sayuran berbumbu. Lamanya pantangan tergantung dari jenis makanannya. Makanan yang dianjurkan yaitu nasi putih dengan garam dan daun bungkal selama 3 hari (Suprabowo, 2006).

Berdasarkan data di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pantangan makanan yang berhubungan dengan budaya Dayak dengan judul penelitian analisis kualitatif budaya pantangan makan pada ibu hamil dan nifas Suku Dayak di kabupaten Katingan Kalimantan Tengah.

## Metode Penelitian

### 1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif dan dilaksanakan pada bulan september tahun 2015 di wilayah kecamatan katingan Hilir, Kabupaten Katingan Kalimantan Tengah.

### 2. Sumber data dan subjek penelitian

Informan adalah ibu hamil dan nifas yang suku Dayak Ngaju yang ada di kecamatan Katingan Hilir, dipilih sebagai informan karena informasi mengenai sikap, pengalaman dengan makanan selama masa kehamilan digali secara mendalam dari para ibu tersebut, orang yang dituakan dimasyarakat suku Dayak Ngaju disebut "*Uluh Bakas Lewu*", orangtua kandung (ibu) maupun mertua dari si ibu hamil-nifas serta seorang bidan kampung.

### 3. Sasaran penelitian

Sasaran penelitian adalah para ibu hamil dan nifas dari Suku Dayak Ngaju dipilih dengan Purposive sampling yaitu ibu hamil yang sudah trisemester III dan ibu nifas ( $\leq 40$  hari).

### 4. Pengembangan Instrumen dan Teknik Pengumpulan data

Pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara yang sudah disusun.

#### a. Wawancara Mendalam

Dilakukan terhadap ibu-ibu hamil dan nifas, diperlukan wawancara mendalam pada ibu-ibu untuk menggali informasi lebih lanjut. Wawancara mendalam juga dilakukan bagi tokoh masyarakat dan tokoh adat untuk mengetahui tentang budaya dan pantangan makan bagi ibu hamil dan nifas yang diketahui oleh para tokoh.

#### b. Observasi Partisipatif

Dilakukan kepada ibu hamil dan nifas yang bersedia diamati selama dua hari untuk melihat dan mempelajari pola makan yang dilakukan. Sehingga dapat melihat pola makan yang terjadi secara langsung. Menggunakan form observasi.

### 5. Teknik Analisis Data

Triangulasi metode adalah wawancara mendalam, observasi partisipatif dan telaah dokumen. Penyajian untuk data penelitian ini disajikan dengan narasi dan tabel.

## Hasil Penelitian

Karakteristik pendidikan dari informan ada keberagaman yaitu paling sedikit terdapat 3 orang ibu merupakan tamatan SD, informan 6 orang merupakan tamatan SMP, terbanyak 9 orang tamatan SMA, 2 orang tamatan Diploma 2, sebanyak 1 orang tamatan Diploma 3 dan yang terakhir dengan pendidikan paling tinggi sarjana sebanyak 4 orang. Usia infroman yang termuda adalah 18 tahun

sebanyak 2 orang yang merupakan informan ibu nifas. Paling tua berusia 46 tahun sebanyak 1 orang yang merupakan

informan ibu hamil. Sedangkan sisanya berada di rentang usia 25-45 tahun.

**Tabel 1. Karakteristik Informan Ibu**

Karakteristik	Jumlah	%
<b>Pendidikan</b>		
Tamat SD	3	12
Tamat SLTP	6	24
Tamat SMA	9	36
Tamat Perguruan Tinggi	7	28
<b>Pekerjaan</b>		
Ibu Rumah Tangga	19	76
PNS	5	20
Swasta	1	4

\*Hasil dari wawancara mendalam dengan ibu hamil dan nifas

Informasi dari ibu hamil dan ibu nifas menyatakan hampir semuanya memiliki pantangan makanan ketika hamil dan masa nifas, seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

*“adanya makanan yang dipantang untuk dimakan bagi ibu nifas dan bagi ibu hamil sudah dekat melahirkan itu dikarenakan takut terkena maruyan”.*

*“Pantangan tidak boleh makan sayur yang ada sulurnya karena sifatnya menjulur dan melilit menempel kuat pada apa saja yang ada di dekatnya tumbuh, ikan patin, baung, salap, pantik”.*

*“Ya, ada pantangan makanan kalau sembarangan makan takut bayinya sakit perut, malah bisa buang air besarnya hitam”.*

Jenis makanan yang menjadi pantangan atau ibu hamil dan nifas pun beragam mulai dari sumber protein hewani, buah-buahan juga sayur-sayuran lokal, hal ini bisa menjadi pengaruh rendahnya berbagai konsumsi zat gizi seperti serat, contohnya seperti yang dituturkan oleh informan sebagai berikut :

*“nangka, sulur, cabe karena kalau dimakan bisa berbahaya bagi ibu sendiri”.*

*“jamur, manggis, tomat, kecamba, rebung, ikan pipih, ikan karandang kalau dimakan bisa terkena maruyan dan bisa meninggal”.*

*“ikan patin, ikan baung, ikan salap, ikan lawang, ikan papuyu dan tahuman memiliki sirip yang tajam tidak boleh*

*karena saat akan melahirkan takut perdarahan saat akan melahirkan, bayi dan ari-ari susah keluar, ikan laut juga dilarang alasannya tidak jelas, hanya saja tidak berani karena dilarang oleh orang tua. Pengalaman dari orang tua secara turun temurun di daerah tersebut baru berani makan ikan laut saat hamil tua dan setelah melewati masa 40 hari”.*  
*“ketan hitam dan merah, cabe, terasi, dan bumbu penyedap, MSG, serai, daging, dan telur ayam ras (broiler), ikan yang pakannya BR tidak boleh, buah nangka, cempedak, salak, nanas, selain itu jika memasak ikan gabus segar hanya bagian tengah (badan ikan yang boleh dimakan) sedangkan bagian kepala dan bagian ekor harus dibuang”.*

Wawancara juga dilakukan dengan Bidan Kampung, *“Uluh Bakas Lewu”* dan orang tua maupun mertua ibu yang hamil dan atau nifas untuk lebih mendapatkan informasi terkait makanan pantangan dan penyebabnya. *Bidan Kampung* adalah seseorang yang dianggap memiliki kemampuan dalam membantu proses persalinan atau kelahiran dan memiliki pengetahuan tentang obat-obatan tradisional, kemampuannya diperoleh secara turun-temurun dalam membantu proses bersalin dipercaya memiliki kekuatan supranatural. *Bidan kampung* dalam masyarakat Dayak Ngaju dimana lokasi penelitian dilaksanakan ini bukanlah bidan nakes. Masih adanya kepercayaan masyarakat yang kental akan kemampuan

*Bidan kampung* dalam pengalamannya dan tidak sembarang orang bisa jadi *Bidan kampung* mengakibatkan dalam 2 sampai 3 kampung hanya terdapat 1 orang *Bidan kampung*.

Hasil wawancara dari seorang *bidan kampung* diperoleh beberapa keterangan mengenai apa dan mengapa ada makanan yang dianggap *Pali* atau *Pamali* oleh masyarakat dan dipercaya dapat menimbulkan “*Maruyan*” bagi ibu selama nifas bahkan sampai 3 bulan setelah melahirkan ada jenis makanan tertentu yang tidak diperbolehkan dimakan, anggota masyarakat masih meyakini hal ini meskipun beberapa informan ada memiliki latar belakang pendidikan lulus pendidikan tinggi. Hal itu seperti yang dikatakan oleh informan menjelaskan bahwa sudah mendapat informasi dari tenaga kesehatan setiap kali kunjungan untuk memeriksakan kehamilannya bahwa tidak perlu memantang makanan asalkan hal tersebut halal menurut agama, setiap anjuran minum obat dilakukan sesuai anjuran, namun untuk makanan selama hamil tua hingga nifas tetap melaksanakan pantangan dikarenakan saat melahirkan selain dibantu oleh bidan nakes juga didampingi oleh bidan kampung dengan alasan karena lebih banyak pengalamannya dari bidan-bidan (nakes) sekarang, selain itu orangtua (ibu kandung) dari si ibu sendiri yang bertanggungjawab menyiapkan makanan bagi ibu selama nifas.

**Tabel 2. Perbandingan Asupan dan AKG Ibu Hamil**

IBU HAMIL	E (Kkal)	P (gr)	L (gr)	KH (gr)	Serat (gr)	Ferrous (mg)
Asupan (Rata-rata)	1714.2	74.2	58.0	224.1	10.6	17.2
Kecukupan	2475.0	76.0	77.5	350.0	31.0	39.0
(%)	69.3	97.7	74.9	64.0	34.1	44.2

\*Perhitungan rata-rata kecukupan gizi Ibu Hamil (AKG 2013)

Rata-rata energi yang dikonsumsi oleh 20 orang ibu. Masing – masing 10 orang ibu hamil konsumsi energi sebanyak 1714,22 kkal jika dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) untuk ibu hamil pada trimester ketiga maka diperoleh angka seharusnya ibu hamil mengkonsumsi 2475,00 kkal, jadi konsumsi 10 orang bumil ini hanya memenuhi 69,26 % kebutuhan energinya. 10 orang ibu nifas adalah diperoleh rata-rata konsumsi energinya adalah 1454,16 kkal jika dibandingkan dengan AKG maka seharusnya ibu nifas mengkonsumsi sebanyak 2505,00 kkal, jadi konsumsi yang dilakukan hanya memenuhi 58,05 % kebutuhan energi dari AKG. Nilai energi maksimum yang diperoleh adalah 3190,20 kkal dan nilai minimum energi yang dikonsumsi adalah 782,90 kkal.

Gambaran rata-rata serat yang dikonsumsi ibu hamil adalah 10,56 gram, perhitungan kecukupan AKG untuk ibu hamil adalah 31,00 gram, maka konsumsi 10 orang ibu hamil hanya memenuhi 34,06 % kecukupan AKG. Gambaran konsumsi serat untuk ibu nifas adalah 16,23 gram, perhitungan kecukupan AKG ibu nifas adalah 31,00 gram, maka konsumsi hanya memenuhi 52,35 % kecukupan AKG. Nilai maksimum konsumsi serat adalah 29,70 gram dan nilai minimum untuk konsumsi serat adalah 4,90 gram.

Gambaran rata-rata zat besi yang dikonsumsi oleh ibu hamil adalah 17,24 mg, perhitungan kecukupan AKG Zat besi adalah 39,00 gram, konsumsi yang dilakukan hanya mencapai 44,21 % dari kecukupan AKG. Rata-rata konsumsi zat besi ibu nifas adalah 16,37 mg, perhitungan kecukupan AKG yang harus dikonsumsi adalah 32,00, jumlah yang dikonsumsi hanya memenuhi 51,16 % kecukupan AKG. Nilai maksimum konsumsi zat besi adalah 30,00 mg dan nilai minimum konsumsi zat besi adalah 5,70 mg.

**Tabel 3. Perbandingan Asupan dan AKG Pembahasan Ibu Nifas**

IBU NIFAS	E (Kkal)	P (gr)	L (gr)	KH (gr)	Serat (gr)	Fe (mg)
Asupan (Rata-rata)	1454.2	78.6	30.1	218.3	16.2	16.4
Kecukupan	2505.0	75.0	78.5	355.0	31.0	32.0
(%)	58.0	104.7	38.3	61.5	52.4	51.4

\*Perhitungan rata-rata kecukupan gizi Ibu Nifas (AKG 2013)

Beberapa informan lain menuturkan bahwa mereka tidak mengetahui apa-apa saja yang harus dilakukan selama masa kehamilan. Selama kehamilan biasanya orangtua (ibu) atau ibu mertua merekalah yang memberikan banyak pengetahuan, khususnya mengenai apa saja yang harus dilakukan dan apa saja yang menjadi *Pali* selama kehamilan. Begitu juga ketika masa-masa awal mereka mempunyai anak, mereka menyatakan tidak mengetahui apa yang harus dilakukan, terlebih lagi ketika anak sakit. Pada saat anak sakit mereka biasanya lebih mengandalkan orang tua mereka untuk membantu merawat anak, seperti yang digambarkan informan berikut ini :

*“Waktu saya hamil ibu saya cerita kalau waktu hamil dia ada sakit panas badan, keringat dingin malam ya panggil bidan kampung, nanti kata ibu saya ya “basangiang”, terus “basambur”... besoknya ya kalau mau sembuh ya sembuh.... disini itu bidan kampung turun temurun diajarin sama bidan kampung yang lebih tua... yang sekarang itu bidan kampungnya masih berkerabat dengan bidan yang sudah meninggal...”*

Selain itu informan R.022 saat diwawancara didampingi oleh orangtua (ibu kandung), juga mengatakan *“saya kalau masalah makanan selama hamil dan setelah melahirkan ini tidak berani makan yang macam-macam hanya nurut yang kata orangtua, saya tidak pernah tanya-tanya alasannya kalau sudah dibilang tidak boleh.*

Pada penelitian ini ibu hamil dan as hanya kebutuhan protein saja yang memenuhi kecukupan AKG, sedangkan gizi mulai dari energi, lemak, karbohidrat, serat dan zat besi masih dalam kategori kurang.

Pada penelitian di Suku Tengger ditinjau dari tabu makanan yang ada, terdapat beberapa zat gizi yang mungkin terhindarkan pada ibu hamil Tengger Ngadas. Zat gizi tersebut antara lain serat, mineral, vitamin, dan protein (Sholihah dan Sartika, 2014).

Konsumsi zat gizi ibu hamil dan nifas masih sangat kurang dari AKG, hanya konsumsi protein yang jumlah konsumsinya sudah sesuai AKG. Sedangkan jumlah konsumsi yang harus ditingkatkan adalah energi, lemak, karbohidrat, serat, dan zat besi. Pada ibu hamil tingkat konsumsi zat gizi yang paling rendah adalah serat hanya 34,06 % dari kecukupan AKG, sedangkan pada informan ibu nifas konsumsi zat gizi yang paling rendah adalah lemak hanya 38,32 % dari kecukupan AKG yang dianjurkan.

Dalam Wahit (2012) menjelaskan jika pembatasan asupan gizi pada masa kehamilan memiliki dampak yang begitu besar, di masyarakat pembatasan mengenai gizi disebabkan adanya kepercayaan pantangan terhadap beberapa makananyang sebenarnya sangat dibutuhkan wanita hamil. Hal ini menjadi salah satu faktor predisposisi terjadinya kasus anemia dan kasus kurang gizi pada ibu hamil terutama di pedesaan.

Hasil penelitian ini menunjukkan dari segi budaya bahwa pada umumnya ibu hamil masih memiliki kepercayaan tentang berpantang makan, perilaku, mengikuti nasehat pantangan ataupun anjuran saat hamil dan masih melaksanakannya.

Fauzia dalam penelitiannya tentang mitos kehamilan menyatakan bahwa pengetahuan terbagi menjadi dua

bersumber yaitu; (1) dari kesehatan modern yang berupa konsultasi atau anjuran dari dokter dan bidan. Sedangkan (2) pengetahuan tradisional berupa kepercayaan terhadap berbagai pantangan dan anjuran selama kehamilan. Walaupun masyarakat sudah dipengaruhi oleh semakin berkembangnya pengetahuan dan informasi modern, pengetahuan tradisional tidak sepenuhnya ditinggalkan masyarakat dengan alasan terjalin hubungan yang erat dalam komunitas sosial sehingga kebiasaan yang melingkupi tempat tinggal masyarakat akan mempengaruhi sikap dan perilakunya.

Penelitian kualitatif pada Suku Tengger, mendapatkan makanan yang dipantang ibu hamil suku tengger di ngadas Malang dapat dikelompokkan menjadi kelompok buah dan sayur yang dipantang pada kelompok ini adalah buah melodi, salak, mangga kweni, durian, nangka, pisang rajamala, dan makanan dempet. Kelompok lauk yang dipantang adalah bandeng, lele, babi (untuk yang beragama muslim), semua jenis daging (bagi kelompok vegetarian). kelompok makanan yang dianggap panas seperti cabai, merica, tapai, durian dan nanas (Sholihah dan Sartika, 2014).

Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara, mendapatkan bahwa ada hubungan antara budaya pantang makan dengan status gizi pada ibu hamil pada trimester III. Ibu hamil dengan status gizi KEK lebih banyak melakukan pantang makan (Susanti, Rusnoto, Asiyah, 2013).

Di Jawa Tengah, ada kepercayaan bahwa ibu hamil pantang makan telur karena akan mempersulit persalinan dan pantang makan daging karena akan menyebabkan perdarahan yang banyak (Mass, 2004). Selain telur masih ada beberapa bahan makanan yang dipantangkan bagi ibu menyusui, yaitu 14 jenis sayuran, 14 jenis buah, 10 jenis ikan, 5 jenis daging, 3 jenis makanan fermentasi dan berbagai jenis gula.

Beberapa alasannya yaitu karena makanan tersebut dianggap berdampak negatif bagi kesehatan ibu dan janin, karena nasihat orang tua atau mertua, serta menghormati orang-orang sekitarnya yang dianggap peduli pada mereka (Nurhikmah, 2009). Sedangkan penelitian Elvayanie dan Sumarmi (2003) *cit* Nurhikmah (2009) di wilayah kerja Puskesmas Turak Kabupaten Hulu sungai utara propinsi Kalimantan Selatan, masyarakat setempat memiliki keyakinan berkaitan dengan pantang pada masa nifas yaitu ibu nifas pantang makan ikan (ikan bersisik, ikan tauman) karena diyakini ikan membuat daerah genitalia gatal dan berbau, pantang makanan pedas dan asam karena bisa menyebabkan bayi diare, pantang makan buah tertentu karena bisa menyebabkan air susu terasa asam dan bayi tidak mau menyusu. Di masyarakat Betawi berlaku pantangan makan ikan asin, ikan laut, udang dan kepiting karena dapat menyebabkan ASI menjadi asin (Mass, 2004).

Wanita yang menyusui kadang-kadang diberitahu untuk menghindari makanan yang menghasilkan gas, seperti bawang, kubis, kacang-kacangan, cokelat dan makanan pedas. Terdapat sedikit alasan untuk larangan tersebut. Sangat jarang seorang ibu akan mengingat bahwa beberapa makanan yang dimakan menyebabkan urtikaria, diare dan iritabilitas pada bayinya dengan alasan yang jelas. Biasanya dengan menghindari makanan ini sudah memperbaiki keadaan. Ibu yang minum alkohol selama menyusui tampaknya mempunyai efek yang merugikan pada perkembangan motorik bayi.

Ibu yang menderita alergi harus menghindari kacang-kacangan, atau makanan berisiko tinggi menyebabkan alergi seperti susu sapi, gandum, telur, ikan, kacang selama kehamilan dan menyusui (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Pantangan terhadap makanan tentu akan merugikan ibu hamil apabila

berbeda dengan tinjauan medis. Dalam pantangan agama, tahayul, dan kepercayaan tentang kesehatan, terdapat bahan makanan bergizi yang tidak boleh dimakan (Foster dan Anderson, 2009).

Penelitian di Desa Kecamatan Miri Sragen, ibu nifas menyatakan tetap mengkonsumsi daging, ikan, telur saat masa nifas adalah 27 ibu (77,1%), menyatakan tetap mengkonsumsi makanan tersebut. Sedangkan 8 ibu (27,9%) menyatakan tidak mengkonsumsi daging, ikan, telur saat masa nifas. Berdasarkan praktek perawatan nifas pada hasil penelitian 7 ibu (20,0%) menyatakan tetap mengkonsumsi makanan yang pedas selama masa nifas, sedangkan 28 (80,0%) ibu menyatakan tidak mengkonsumsi makanan yang pedas selama masa nifas. Berdasarkan praktek perawatan nifas sebanyak 19 ibu (54,3%) menyatakan ada makanan yang dianjurkan untuk ibu pada masa nifas (Yulianti, 2014).

Sebanyak 20 informan yang bersedia untuk di ikuti proses dan pola makannya, sedangkan 5 tidak bersedia dikarenakan alasan pekerjaan dan orangtua dari si ibu tidak bersedia. Berdasarkan pada hasil observasi yang dilakukan mengenai pemberian makanan bagi ibu dari yang diamati, semua ibu yang hamil dan nifas ini memiliki pola makan yang sama dimana semua membatasi makanan tertentu bahkan menghindari memakan bahan makan yang menurut masyarakat setempat "*Pali*" untuk dikonsumsi selama hamil tua dan waktu nifas. Menurut pengamatan peneliti dimana semua yang disampaikan dalam wawancara dengan apa yang ada dilapangan para informan dalam konsumsinya melakukan pantangan makan, meskipun menurut mereka kebutuhan mereka akan makanan itu masih kurang, namun dengan adanya pantangan dari lingkungan mereka tidak bisa menolak. Karena adanya rasa khawatir jika melanggar pantangan tersebut akan berdampak pada janin

nantinya saat melahirkan dan bagi mereka sendiri saat masa nifas.

### **Kesimpulan**

Konsumsi zat gizi yang dilakukan oleh ibu hamil dan nifas masih sangat kurang dari AKG, hanya konsumsi protein yang jumlah konsumsinya sudah sesuai AKG. Sedangkan jumlah konsumsi yang harus ditingkatkan adalah energi, lemak, karbohidrat, serat, dan zat besi. Pada ibu hamil tingkat konsumsi zat gizi yang paling rendah adalah serat hanya 34,06 % dari kecukupan AKG, sedangkan pada informan ibu nifas konsumsi zat giz yang paling rendah adalah lemak hanya 38,32 % dari kecukupan AKG yang dianjurkan. Pantangan makan yang dialami oleh ibu hamil adalah dilarang makanan sayur yang bersulur karena takut bayi terlilit dan ikan patin, ikan baung, salap, lawang papuyu, tahuman memiliki sirip yang tajam tidak boleh karena saat akan melahirkan takut perdarahan saat akan melahirkan.

Pantangan makanan untuk ibu nifas adalah jamur, manggis, tomat, kecamba, rebung, ikan pipih, ikan karandang, umbut kalau dimakan bisa terkena maruyan dan bisa meninggal.

### **Ucapan Terima Kasih**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pemerintah kabupaten katingan, tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat serta ibu-ibu informan di wilayah kecamatan Katingan Hilir atas kerja sama dan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

### **Daftar Pustaka**

- Adriani, M., Wirjatmadi, B., 2012. Pengantar Gizi Masyarakat. Cetakan ke-1, Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Baumali A. 2009. *Pemenuhan Zat Gizi Ibu Nifas dan Budaya Se'l pada Masyarakat Suku Timor Dawan di Kecamatan Molo Selatan*

- Kabupaten Timor Tengah Selatan*.  
Universitas Gajah Mada. Tesis.
- Departemen Kesehatan. (2005).  
Keputusan Menteri Kesehatan  
Republik Indonesia Nomor  
1611/MENKES/SK/XI/2005  
tentang pedoman penyelenggaraan  
imunisasi. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Katingan.  
*Profil Kesehatan Kabupaten  
Katingan 2013*. Kasongan; 2013.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan  
Tengah. *Profil Kesehatan  
Kalimantan Tengah 2012*. Palangka  
Raya; 2012.
- Effendy, N. 1998. Dasar-dasar kesehatan  
masyarakat. Jakarta : EGC.
- Fauziah, C.A. 2008. *Mitos Tentang  
Kehamilan*. Aceh : Research  
Training Nangroe Aceh Darusalam.
- Foster G. M. dan Anderson B. G. 2009.  
*Antropologi Kesehatan*. In :  
Suryadarma P.K. dan Swasono  
M.F.H. *Medical Anthropology*.  
Jakarta : UI-Press.
- Mass L. 2004. *Kesehatan Ibu dan Anak :  
Persepsi Budaya dan Dampak  
Kesehatannya*.  
[http://library.usu.ac.id/download/fk  
m/fkm%20linda2.pdf](http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm%20linda2.pdf). 20 februari  
2016.
- Nurhikmah. 2009. *Hubungan Perilaku  
Ibu Berpantang Makanan Selama  
Nifas Dengan Status Gizi Ibu Dan  
Bayinya Di Kecamatan  
Banjarmasin Utara Di Kota  
Banjarmasin*. Universitas Gajah  
Mada. Tesis.
- Paath E, Rumdasih Y. dan Heryati. 2005.  
*Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*.  
Jakarta : EGC.
- Saifuddin, ABI, 2002. *Buku Pedoman  
Praktis Pelayanan Kesehatan  
Maternal Dan Neonatal*, Jakarta :  
Yayasan Bina Pustaka.
- Sholihah, Lini Anisfatus, Ratu Ayu Dewi  
Sartika. 2014. Makanan Tabu Pada  
Tabu Ibu Hamil Suku Tengger.  
*Jurnal Kesehatan Masyarakat*  
Volume 8 No.7. Februari 2014 :  
319 – 324
- Soetjiningsih (ed). 1997. *ASI Petunjuk  
Kesehatan Untuk Tenaga  
Kesehatan*. EGC : Jakarta.
- Suprabowo E. 2006. *Praktik Budaya  
Dalam Kehamilan, Persalinan, Dan  
Nifas Pada Suku Dayak Sanggau*.  
Dalam : *Jurnal Fakultas Kesehatan  
Masyarakat Universitas Indonesia*.  
Volume 1 No. 3.
- Suradi R. dan Tobing H. 2004.  
*Manajemen Laktasi. Program  
Manajemen Laktasi Perkumpulan  
Perinatologi Indonesia*. Jakarta.
- Susanti, Aisyah, Rusnoto, Nor Aisyah.  
2013. *Budaya Pantang Makan,  
Status Ekonomi, dan Pengetahuan  
Zat Gizi ibu Hamil Trimester III  
dengan Status Gizi*. JIKK Vol. 4,  
No. 1 Januari 2013 : 1 – 9.
- Wahit dkk. 2012. *Ilmu Sosial Budaya  
Dasar kebidanan*. Jakarta : EGC.
- Wiknjosastro H. 2005. *Ilmu Kebidanan*.  
Jakarta : Yayasan Bina Pustaka  
Sarwono Prawirohardjo.
- Yulianti, Lia. 2014. *Gambaran Perawatan  
Ibu Nifas Di Wilayah Kecamatan  
Miri Sragen*.  
[Eprint.ums.ac.id/31094/11/NASKA  
H\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprint.ums.ac.id/31094/11/NASKA_H_PUBLIKASI.pdf) diakses pada  
Kamis 18 februari 2016 13:54.

## POLA ASUH IBU DALAM PEMBERIAN MAKANAN DENGAN STATUS GIZI BALITA DI PESISIR PANTAI

Yena Wineini Migang<sup>1\*</sup>, Dina Ahdiani<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, E-mail: yenawineini.migang@yahoo.co.id

<sup>2</sup> Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram

\*Alamat korespondensi, E-mail: yenawineini.migang@yahoo.co.id; Telp. 081392975142

### ABSTRAK

Daerah pesisir pantai kaya akan makanan sumber zat gizi. Perlu pola asuh ibu sebagai pemberi asupan nutrisi kepada balita. Februari tahun 2014 Puskesmas Tanjung Karang di Kelurahan Tanjung Karang, 662 balita dengan jumlah status gizi menurut (indikator BB/U) yaitu 14 anak (2.15%) mengalami gizi buruk, 99 anak (15.21%) gizi kurang, 532 anak (81.72%) gizi baik, 5 anak (0.77%) gizi lebih. Dari hasil verifikasi BB/U yaitu menurut (PB/U atau TB/U) 13 anak (92.86%) pendek, 1 anak (7.14%) normal. Menurut (Indikator BB/PB atau BB/TB) yaitu anak dengan sangat kurus 0 (0.00%), 13 anak (92.86%) kurus, 1 anak (7.14%) normal, dan gemuk 0 (0,00) anak.

Penelitian ini mengetahui hubungan pola asuh ibu dengan status gizi balita merupakan deskriptif analitik dengan desain *cross-sectional*, *simple random sampling*, sampel sebanyak 45 balita dan ibu balita. Menggunakan *Software Anthro WHO 2011* dan instrumen wawancara, menggunakan analisa statistik *chi square analisis*.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar anak balita mempunyai status gizi baik yaitu sebesar 75,6%, pola asuh berdasarkan kategori baik sebesar 66,7%. Analisis data dengan menggunakan uji chi-square diperoleh nilai p value sebesar 0,210 dengan taraf signifikan 0,1 ( $p > 0,1$ ), karena  $0,210 > 0,1$ , Maka tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pola asuh ibu dengan status gizi balita di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat.

Diharapkan kepada ibu yang memiliki anak balita agar memodifikasi makanan menjadi bervariasi walaupun bahannya sama serta membuat tampilan makanan menjadi lebih menarik.

**Kata kunci** : pola asuh, status gizi, balita

### ABSTRACT

*The period of children aged 1-5 years (toddlers) is a time when children are still in desperate need of food and nutritional supplies in sufficient quantities and adequate. Lack of nutrition during this period may interfere with growth and development physically, mentally, socially and intellectually that are persistent and continue to be taken until the child becomes an adult. At this age, children are still totally dependent on the care and upbringing by his mother.*

*This study was conducted to determine the relationship of parenting mother with child nutritional status in the coastal areas of Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat descriptive analytic study conducted with a cross-sectional design. The population in this*



*study were all mothers with children under five years of 68 people, a sample of 45 people. The data obtained by observation and administration of the questionnaire respondents, ie mothers with children under five.*

*The results showed the majority of young children have good nutritional status that is equal to 75.6%, based on the category of good parenting by 66.7%. Analysis of the data by using the chi-square test  $p$  value obtained was 0.210 with a significance level of 0.1 ( $p > 0.1$ ), because  $0.210 > 0.1$ , then there is no significant relationship between parenting mothers with nutritional status of children in Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat. Expected to mothers who have children under five to modify food be varied although the same ingredients and make food look more attractive.*

*Keywords: Parenting, Nutrition, Toddler*

## **Pendahuluan**

Masyarakat yang sehat, berawal dari keluarga yang sehat. Anak adalah bagian dari masyarakat serta generasi penerus bangsa, dan selama hidupnya, anak di asuh dalam lingkungan keluarga.

Seorang anak yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya. Tetapi pertumbuhan ini juga akan dipengaruhi oleh intake zat gizi yang dikonsumsi dalam bentuk makanan. Kekurangan atau kelebihan gizi akan dimanifestasikan dalam bentuk pertumbuhan yang menyimpang dari pola standar. Pertumbuhan fisik sering dijadikan indikator untuk mengukur status gizi baik individu maupun populasi. Oleh karena itu, orang tua perlu menaruh perhatian pada aspek pertumbuhan anak bila ingin mengetahui keadaan gizi mereka (Khomsan, 2003).

Masalah gizi dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling mempengaruhi secara kompleks. Ditingkat rumah tangga, keadaan gizi dipengaruhi oleh kemampuan rumah tangga menyediakan pangan di dalam jumlah dan jenis yang cukup serta pola asuh yang dipengaruhi oleh faktor pendidikan, perilaku dan keadaan kesehatan rumah tangga. Salah satu penyebab timbulnya kurang gizi pada anak balita adalah akibat pola asuh pemberian makan pada anak yang kurang memadai (Soekirman, 2000).

Pola pengasuhan merupakan faktor yang mempengaruhi status gizi anak, salah satu pola pengasuhan yang berhubungan dengan status gizi anak adalah pola asuh dalam pemberian makan. Masa anak usia 1-5 tahun (balita) adalah masa dimana anak masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang cukup dan memadai. Kekurangan gizi pada masa ini dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang secara fisik, mental, sosial dan intelektual yang sifatnya menetap dan terus dibawa sampai anak menjadi dewasa. Secara lebih spesifik, kekurangan gizi dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan badan, lebih penting lagi keterlambatan perkembangan otak dan dapat pula terjadinya penurunan atau rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Pada masa ini juga, anak masih benar-benar tergantung pada perawatan dan pengasuhan oleh ibunya. Pengasuhan kesehatan dan makanan pada tahun pertama kehidupan sangatlah penting untuk perkembangan anak (Santoso, 2005).

Pola asuh yang baik akan mempengaruhi status gizi. Jika pola asuh anak di dalam keluarga sudah baik maka status gizi akan baik juga. Praktek pengasuhan yang memadai sangat penting tidak hanya bagi daya tahan anak tetapi juga mengoptimalkan perkembangan fisik dan mental anak serta baiknya kondisi

kesehatan anak. Pengasuhan juga memberikan kontribusi bagi kesejahteraan dan kebahagiaan serta kualitas hidup yang baik bagi anak secara keseluruhan. Sebaliknya jika pengasuhan anak kurang memadai, terutama keterjaminan makanan dan kesehatan anak, bisa menjadi salah satu faktor yang menghantarkan anak menderita kurang gizi (Zeiten, 2000),

Hasil data status gizi balita berdasarkan RISKESDAS 2010 Status Gizi Balita menurut indikator BB/U yaitu Secara nasional, prevalensi berat kurang pada 2010 adalah 17,9% yang terdiri dari 4,9% gizi buruk dan 13,0 gizi kurang. Bila dibandingkan dengan pencapaian MDGS tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi berat kurang secara nasional harus diturunkan minimal sebesar 2,4% dalam periode 2011-2015. Berdasarkan indikator TB/U Prevalensi kependekan secara nasional tahun 2010 sebesar 35,6% yang terdiri dari 18,5% sangat pendek dan 17,1% pendek. Berdasarkan indikator BB/TB Prevalensi sangat kurus secara nasional tahun 2010 masih cukup tinggi yaitu 6,0% dan tidak banyak perbedaan dengan keadaan 2007 sebesar 6,2%. Demikian pula halnya dengan prevalensi kurus sebesar 7,3% pada tahun 2010 yang tidak berbeda banyak dengan keadaan tahun 2007 sebesar 7,4%.

Berdasarkan laporan hasil kegiatan pekan penimbangan bulan februari 2014 Puskesmas Tanjung Karang di Kelurahan Tanjung Karang terdapat 662 jumlah balita, hasil pengukuran antropometri menurut (indikator BB/U) yaitu; 14 anak (2.15%) mengalami gizi buruk, 99 anak (15.21%) gizi kurang, 532 anak (81.72%) gizi baik, 5 anak (0.77%) gizi lebih. Hasil verifikasi BB/U yaitu menurut (PB/U atau TB/U) 13 anak (92.86%) pendek, 1 anak (7.14%) normal. Menurut (Indikator BB/PB atau BB/TB), anak dengan sangat kurus 0 (0.00%), 13 anak (92.86%) kurus, 1 anak (7.14%) normal, dan gemuk 0 (0,00) anak.

Kelurahan Tanjung Karang terdiri dari 6 (enam) lingkungan yaitu lingkungan Batu

Dawe, Batu Ringgit Utara, Batu Ringgit Selatan, Bendega, Bangsal dan Sembalun. Ke enam lingkungan tersebut yang memiliki tingkat status gizi buruk tertinggi menurut indikator (BB/U) adalah lingkungan Bangsal dengan jumlah pendataan balita sebanyak 68 anak, status gizi menurut (BB/U) yaitu gizi lebih sebanyak 0 anak (0.00%), 48 anak (8,33%) gizi baik, 15 anak (2.15%) gizi kurang, 4 anak (0,68%) gizi buruk.

Penelitian serupa pernah dilakukan oleh Yabancı, dkk, tahun 2013, dimana sikap ibu yang memiliki pengetahuan tinggi tentang gizi, memiliki hubungan dengan status gizi anak, menggunakan analisa Chi-Square, dengan nilai  $P < 0,05$ . Penelitian ini meneliti ke pola pengasuhan dalam pemberian makanan, tidak meneliti pengetahuan ibu sebagai salah satu pengasuh. Penelitian Husein tahun 2008 juga membuktikan ada hubungan pola asuh orangtua dengan status gizi balita umur 24 -59 bulan pada pasca Tsunami Aceh secara proporsional sampling, yang berbeda dengan penelitian ini adalah situasi bukan pasca bencana tetapi memang di daerah pesisir pantai yang kaya akan sumber protein dan tehnik sampling menggunakan total sampling.

Berdasarkan pemaparan tersebut, maka penelitian ini ingin mencari tahu, bagaimana hubungan pola asuh ibu dalam pemberian makanan dengan status gizi balita di daerah pesisir pantai tanjung karang nusa tenggara barat (NTB).

### **Metode Penelitian**

#### **Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan *Deskriptive analitic* dengan studi potong lintang (*Cross-Sectional*).

#### **Subyek penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan di daerah pesisir pantai lingkungan bangsal kelurahan tanjung karang (NTB) dan subyek dalam penelitian ini adalah ibu dan balita di lingkungan Bangsal kelurahan Tanjung Karang.

### Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak balita di daerah pesisir pantai lingkungan bangsal kelurahan tanjung karang. Jumlah populasi pada penelitian ini adalah sebanyak 68 anak balita.

### Sampel

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak balita di daerah pesisir pantai lingkungan bangsal kelurahan tanjung karang pada bulan februari 2014. Tingkat Kepercayaan yang diinginkan (90%), jadi jumlah sampel yang akan diambil sebanyak 41 anak balita yang berada didaerah pesisir pantai lingkungan bangsal kelurahan tanjung karang, Dan untuk menghindari kerusakan data ditambah 10% dari total sampel yaitu 45 sampel.

### Tehnik pengambilan sampel

Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *simple random sampling*. Untuk mencapai sampling ini, setiap elemen diseleksi secara acak. Jika sampling sama kecil, nama bias ditulis pada secarik kertas, diletakkan di kotak, diaduk, dan diambil secara acak setelah semuanya terkumpul (Nursalam, 2008).

### Tehnik pengumpulan dan Pengolahan Data

Data pada penelitian ini menggunakan data primer. Tehnik pengumpulan menggunakan pedoman kuesioner yang berupa pola asuh ibu dalam memberikan makanan kepada balita. Hasil ujicoba validitas kuesioner, seluruh kuesioner dinyatakan valid yaitu nilai probabilitas korelasi [ $\text{sig.}(2\text{-tailed}) < (\alpha)$ ] sebesar 0,05. Hasil ujicoba reliabilitas kuesioner, seluruh kuesioner dinyatakan valid yaitu Nilai koefisien reliabilitas adalah 0,940. Sesuai kriteria, nilai ini sudah lebih besar dari 0,60. Data status gizi balita diperoleh dengan *software Anthro* WHO 2011. Nilai status gizi dihitung. Gizi buruk, bila nilai Z-Skore  $< -3$  SD; Gizi kurang bila nilai Z-skore  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD; Gizi

baik bila nilai Z-skore  $-2$  SD sampai dengan  $2$  SD. Gizi lebih bila nilai Z-Score  $> 2$  SD.

### Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 45 responden di daerah pesisir pantai Lingkungan Bangsal Kelurahan Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat.

Uraian hasil penelitian yaitu: (1) Mendiskripsikan Pola Asuh Ibu Dalam Pemberian Makanan Di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat. (2) Mengidentifikasi Status gizi balita di daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat. (3) Menganalisa Hubungan Pola Asuh Ibu Dalam Pemberian Makanan Di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat. Selanjutnya dilakukan uji statistik tentang hubungan pola asuh ibu dalam pemberian makanan dengan status gizi balita di daerah Pesisir Pantai Tanjung karang Nusa Tenggara Barat. Analisis data yang dilakukan menggunakan chi-square pada taraf nyata 90% ( $\alpha=0,1$ ) dengan bantuan komputer program SPSS 16.

**Data umum** ini akan menyajikan hasil penelitian tentang karakteristik ibu dan karakteristik anak balita. Dapat dilihat sebagai berikut:

#### a. Karakteristik ibu

Karakteristik ibu meliputi umur ibu, pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak balita. Hal ini dapat dilihat pada tabel-tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi responden menurut umur di daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat

No	Usia	Jumlah (n)	%
1	< 18 tahun	0	0,0
2	18-35 Tahun	41	91,1
3	> 35 tahun	4	9,9
Total		45	100,0

sumber: Data primer 2014

**Tabel 2. Distribusi Responden Menurut Pendidikan di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat**

No	Pendidikan	Jumlah (n)	%
1	Tidak Sekolah	3	6,7
2	SD	16	37,8
3	SMP	19	42,2
4	SMA	6	12,3
5	Perguruan tinggi	0	0,0
Total		45	100,0

Sumber: Data primer 2014

**Tabel 3. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Kota Mataram**

No	Pekerjaan	Jumlah (n)	%
1	IRT	40	88,9
2	Pembantu	4	8,9
3	Swasta	1	2,2
Total		45	100,0

Sumber: Data primer 2014

**Tabel 4. Distribusi Responden Menurut Paritas di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Kota Mataram**

No	Jumlah anak	Jumlah (n)	%
1	1 orang	19	42,2
2	2 orang	14	31,1
3	3 orang	10	22,2
4	4 orang	2	4,4
Total		45	100,0

Sumber: Data primer 2014

#### b. Karakteristik Anak Balita

Karakteristik anak dapat dilihat dengan menggunakan kuesioner melalui wawancara kepada ibunya yang meliputi jenis kelamin dan umur. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5:

**Tabel 5. Distribusi Responden Balita Menurut Jenis Kelamin di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Kota Mataram**

No	Jenis kelamin	Jumlah (n)	%
1	Laki-laki	19	42,2
2	Perempuan	26	57,8
Total		45	100,0

Sumber: Data primer 2014

## 2. Data khusus

Data khusus ini menyajikan hasil penelitian tentang pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat, Status gizi balita di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat serta Hubungan pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat sebagai berikut:

a. Pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Kota Mataram.

Dari data yang diperoleh melalui observasi dan pembagian kuesioner dari 45 responden yang diteliti, pola asuh ibu dengan kategori baik lebih tinggi dibandingkan pola asuh dengan kategori tidak baik, hal ini dapat dilihat pada tabel 7, berikut:

**Tabel 7. Distribusi Pola Asuh Ibu Dalam Pemberian Makanan di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Kota Mataram**

No	Pola asuh ibu	Jumlah (n)	%
1	Baik	30	66,7
2	Tidak baik	15	33,3
Total		45	100,0

Sumber: Data primer 2014

Data pada tabel 7 dapat diketahui bahwa pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah pesisir pantai Tanjung Karang dengan kategori baik berjumlah 30 orang (66,7%), sedangkan pola asuh dengan kategori tidak baik berjumlah 15 orang (33,3%).

a. Status gizi balita di Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Kota.

Responden yang diteliti 45 orang, status gizi baik memiliki persentase tertinggi dibandingkan status gizi kurang dan gizi buruk. Hal ini dapat dilihat pada tabel 8

Tabel 8. Distribusi Status Gizi Balita di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Kota Mataram

No	Status gizi	Jumlah (n)	%
1	Gizi Buruk	3	6,6
2	Gizi Kurang	8	17,8
3	Gizi Baik	34	75,6
4	Gizi lebih	0	0,0
Total		45	100,0

Sumber: Data primer 2014

b. Hubungan Pola Asuh Ibu Dalam Pemberian Makanan Dengan Status Gizi Balita Di daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat

c.

Dari 45 responden yang di teliti, status gizi baik pada ibu yang pola asuhnya baik lebih besar dibandingkan status gizi baik pada ibu yang pola asuhnya tidak baik, hal ini dapat di lihat pada tabel 9 berikut ini:

Tabel 4.9 Distribusi Silang Hubungan Pola Asuh Ibu Dalam Pemberian Makanan dengan Status Gizi Balita di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Kota Mataram

No	Pola Asuh Ibu	Status Gizi Balita						Total	Uji chi-square	
		Baik		Kurang		Buruk				
		n	%	n	%	n	%			n
1	Baik	22	73,3	7	23,3	1	3,3	30	100,0	α: 0,1 P: 0,210
2	Tidak baik	12	80,0	1	6,7	2	13,3	15	100,0	
Total		34	73,6	8	17,8	3	6,7	45	100,0	

Sumber: Data primer 2014

Tabel 9 menunjukkan bahwa status gizi anak yang baik pada ibu yang pola asuhnya baik sebesar 73,3% lebih besar dibandingkan ibu yang pola asuhnya tidak baik sebesar 80,0% status gizi anak yang kurang pada ibu yang pola asuhnya baik sebesar 23,3% lebih besar dibandingkan ibu yang pola asuhnya tidak baik sebesar 6,7% sedangkan status gizi anak yang buruk pada ibu yang pola asuhnya tidak baik sebesar 13,3% lebih besar dibandingkan ibu yang pola asuhnya baik sebesar 3,3%. Hasil uji Chi-square nilai  $\alpha$  : 0,1 dan P : 0,210.

## Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian Hubungan pola asuh ibu dalam pemberian makanan dengan status gizi balita di daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat terhadap 45 responden dilaksanakan mulai dari tanggal 23 juni 2014 sampai dengan tanggal 23 juli 2014.

Pengumpulan data pola asuh ibu di dapatkan melalui observasi dan pemberian kuesioner, Sedangkan Pengumpulan data status gizi balita dengan menggunakan indikasi penilaian status gizi menurut WHO NCHS tahun 2011, dimana perhitungan status gizi menggunakan software antro 2011 dengan nilai Z-Score.

1. Pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 45 responden yang diteliti didapatkan pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat dengan kategori baik sebesar (66,7%), sedangkan pada kategori tidak baik sebesar (33,3%).

Pada penelitian ini terdapat 66,7% yang memiliki pola asuh terhadap balitanya baik, dikategorikan di lihat dari nilai rentang kuesioner 38-43 ( $\geq 84\%$ ) responden mampu menjawabnya. Selain itu, mereka mampu menyusun makanan sehat dan bergizi yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Selain dalam menyusun makanan mereka juga mampu membeli makanan yang baik seperti sayur, lauk dan buah, dalam membeli jenis makanan mereka selalu memilih makanan yang masih segar dan beraroma enak, dan juga selalu membelikan jajanan sehat untuk anaknya seperti roti, biskuit dan makanan sehat lainnya. Selain dalam membeli makanan sehat mereka juga mampu memberi makan anak dengan makanan pokok lebih dari 3 kali sehari dengan waktu makan teratur seperti makan pagi pukul (07.00 wita), makan siang pukul (13.00 wita) dan

makan malam pukul (18.00 wita), selain makanan pokok mereka juga memberi makanan selingan yang sehat seperti bubur kacang hijau, roti, biskuit, dan kue buatan sendiri, makanan yang di berikan selalu dihabiskan oleh anak.

Pada penelitian ini juga terdapat 33,3% responden yang memiliki pola asuh terhadap balitanya yang tidak baik, dikategorikan dilihat dari nilai rentang kuesioner  $< 38$  ( $\leq 84\%$ ) responden tidak mampu menjawabnya. Selain itu mereka tidak mampu menyusun makanan sehat seperti yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Selain tidak mampu menyusun makanan, dalam membeli makanan mereka hanya membeli makanan seperti mie, telur dan jajanan yang kurang dari kandungan gizi, jenis makanan yang dibelipun yang sudah tidak segar dan berbau, selain itu dalam membeli jajanan untuk anak mereka membeli makanan seperti snack, permen dan es cream. Selain tidak mampu membeli makanan sehat, dalam memberi makan anaknya, mereka hanya memberi anak makan  $< 3$  kali sehari dengan waktu makan yang tidak teratur, serta makanan yang diberikan tidak di habiskan oleh anak.

Pola asuh ibu dikategorikan baik atau tidak di pengaruhi oleh beberapa faktor, seperti pendidikan, pengetahuan, aktivitas ibu, jumlah anak dan umur. Faktor pendidikan, terdapat (13,3 %) responden yang memiliki pendidikan tinggi dalam mengasuh anak, hal ini merupakan salah satu faktor penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan orangtua dapat menerima segala informasi dari luar terutama cara mengasuh anak dengan baik.

faktor pengetahuan, responden yang memiliki pengetahuan baik yaitu mereka yang mamiliki pengetahuan dalam menyediakan makanan yang bergizi guna mendapatkan kesehatan yang baik dan anak dapat tumbuh dengan baik, namun berbeda dengan mereka yang tidak memiliki pengetahuan, mereka tidak

mampu menyediakan makanan yang bergizi sehingga menyebabkan kesehatan anak terganggu dan tidak dapat tumbuh kembang dengan baik.

faktor aktivitas ibu, responden yang berperan ganda selain sebagai ibu rumah tangga juga sebagai pembantu dan pekerja swasta sebesar (11,1%) tidak dapat mengasuh anaknya dengan baik karena mereka sibuk mengurus keuntungan material, berbeda dengan ibu yang tidak berkerja (88,9%) mereka dapat mengasuh anaknya dengan baik dan mencurahkan kasih sayangnya.

faktor jumlah anak, responden yang memiliki jumlah anak banyak sebanyak (4,4%) pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya kurang, hal ini mengakibatkan selain kurangnya perhatian dan kasih sayang pada anak juga kebutuhan primer seperti makanan, sandang dan perumahan tidak terpenuhi. sedangkan responden yang memiliki jumlah anak sedikit sebanyak (42,2%) mereka mampu memberikan perhatian dan kasih sayang penuh pada anak dan juga kebutuhan primer dapat terpenuhi.

faktor umur, terdapat (91,1%) responden yang berumur 18-35 tahun, pada kenyataannya ibu yang menikah dibawah umur 20 tahun secara fisik dan mental mereka belum siap untuk hamil dan melahirkan, dan ibu muda tersebut belum siap merawat, mengasuh serta membesarkan anaknya, sebaliknya responden yang berusia di atas 35 tahun (9,9%) akan lebih sering menghadapi kesulitan selama hamil dan pada saat melahirkan serta akan mempengaruhi kelangsungan hidupnya.

Berdasarkan teori faktor pendidikan menurut Soetjiningsih, (2004) yang menyatakan bahwa Pendidikan merupakan proses seseorang mengembangkan kemampuan, sikap dan bentuk-bentuk tingkah laku lainnya didalam masyarakat tempat dia hidup. Pendidikan ibu dalam hal ini adalah latar belakang pendidikan ibu. Pendidikan orangtua merupakan salah satu faktor

penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orangtua dapat menerima segala informasi dari luar terutama cara pengasuhan anak yang baik, menjaga kesehatan anaknya, pendidikan anaknya, dan sebagainya.

Teori faktor pengetahuan yang mempengaruhi pola asuh menurut Djaeni,(2000) yang menyatakan bahwa, Seorang ibu rumah tangga bukanlah ahli gizi, tetapi juga harus dapat menyusun dan menilai makanan yang akan disajikan kepada anggota keluarganya. Pengetahuan gizi ibu merupakan pengetahuan seorang ibu dalam menyediakan makanan yang bergizi guna mendapat kesehatan yang baik serta mempertahankan kesehatan.

Teori faktor aktivitas ibu menurut Soetjiningsih,(2004) yang menyatakan bahwa, dewasa ini makin banyak ibu yang berperan ganda selain sebagai ibu rumah tangga juga sebagai wanita karier semua ini menciptakan keluarga yang lebih mapan tapi juga menimbulkan pengaruh terhadap hubungan dengan anggota keluarga terutama pada anaknya. Seorang ibu yang tidak berkerja dapat mengasuh anaknya dengan baik dan mencurahkan kasih sayangnya.

Teori faktor jumlah anak yang mempengaruhi pola asuh ibu menurut Soetjiningsih,(2004) yang menyatakan bahwa, jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak lebih-lebih kalau jarak anak terlalu dekat. Sedangkan keadaan keluarga dengan sosial ekonominya yang kurang jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan selain kurangnya perhatian dan kasih sayang pada anak juga kebutuhan primer seperti makanan, sandang dan perumahan tidak terpenuhi oleh karena itu keluarga berencana tetap diperlukan.

Teori faktor umur yang mempengaruhi pola asuh menurut Djaeni,(2005) yang menyatakan bahwa, saat ini masih banyak perempuan yang menikah pada usia

dibawah 20 tahun. Secara fisik dan mental mereka belum siap untuk hamil dan melahirkan. Hal ini karena rahimnya belum siap menerima kehamilan, dan ibu muda tersebut belum siap untuk merawat, mengasuh serta membesarkan bayinya. Bayi yang lahir oleh seorang ibu muda kemungkinan lahir belum cukup bulan. Berat Badan Lahir Rendah dan mudah meninggal sebelum bayinya berusia satu tahun. Sebaliknya wanita yang berusia diatas 35 tahun akan lebih sering menghadapi kesulitan selama kehamilan dan pada saat melahirkan serta akan mempengaruhi kelangsungan hidupnya.

Berdasarkan hasil Penelitian terdahulu yang pernah dilakukan oleh Husin (2008) di wilayah terkena tsunami kabupaten pidie Propinsi Nanggru Aceh Darussalam menunjukkan bahwa pola asuh responden menurut praktek pemberian makanan lebih banyak pada kategori baik yaitu sebanyak 94 orang (94,0%), sedangkan pada kategori tidak baik sebanyak 6 orang (6,0%)

## 2. Status Gizi Balita Di Daerah Pesisir Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat

Dari tabel 4.8 menunjukkan bahwa status gizi baik lebih besar (75,6%) dibandingkan status gizi kurang (17,8%) dan status gizi buruk (6,6%).

Pada penelitian ini terdapat 75,6% yang memiliki status gizi baik, dikategorikan berdasarkan nilai BB/U dengan Z-skort -2 SD s/d 2 SD, selain itu karena keadaan asupan zat gizi sesuai dengan adanya penggunaan untuk aktivitas tubuh anak, sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

Terdapat 17,8% yang memiliki status gizi kurang, dikategorikan berdasarkan nilai BB/U dengan Z-skort -3 SD s/d < -2 SD, dan terdapat 6,6% yang memiliki status gizi buruk, dikategorikan berdasarkan nilai BB/U dengan Z-skort < -3 SD, selain itu yang menyebabkan gizi kurang dan gizi buruk adalah dikarenakan kekurangan zat gizi yang dikonsumsi atau mungkin

mutunya rendah, kekurangan zat gizi ini banyak yang menimpa anak khususnya anak dibawah usia 5 tahun karena merupakan golongan yang rentan terhadap timbulnya berbagai penyakit, seperti: KEP, Anemia defisiensi zat besi, Gaky dan KVA.

Status gizi balita di pengaruhi oleh faktor eksternal (tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan dan pendidikan), dan faktor internal (umur dan jenis kelamin)

Faktor tingkat pendapatan, terdapat (24,4%) responden dengan tingkat pendapatan tinggi, hal ini dikarenakan dengan pendapatan tinggi dapat mencukupi kebutuhan hidup sehingga dapat memenuhi kebutuhan gizi, sebaliknya mereka yang memiliki pendapatan rendah (42,2%), hal ini dikarenakan daya beli berkurang sehingga kemungkinan kebiasaan makan dan cara-cara lain menghalangi perbaikan gizi sehari-hari kurang efektif untuk anak.

Faktor pengetahuan, tingkat pengetahuan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi status gizi, responden yang memiliki pengetahuan gizi dapat memenuhi kebutuhan gizi cukup, namun berbeda dengan keluarga yang memiliki pengetahuan gizi rendah, mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan gizi balitanya karena ketidaktahuannya.

Faktor pendidikan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi status gizi, pendidikan dalam keluarga merupakan lingkungan anak yang pertama dan merupakan dasar bagi pendidikan.

Faktor umur merupakan salah satu faktor internal yang dapat mempengaruhi status gizi balita, pada penelitian ini, balita umur 13-25 bulan dengan kategori status gizi baik (31,1%) lebih besar dibandingkan status gizi kurang (4,4%). Hal ini dikarenakan pada saat usia 13-25 tahun anak sudah bisa memilih makanan sendiri dan sudah mampu makan sendiri tanpa di temani oleh ibunya, Selain itu anak usia di atas 2 tahun anak semakin mandiri dan mempunyai jaringan sosial lebih luas serta

ketergantungan dengan sosok ibu mulai berkurang.

Jenis kelamin merupakan faktor internal yang dapat mempengaruhi status gizi balita, pada penelitian ini, status gizi balita berdasarkan jenis kelamin perempuan (57,8%) lebih besar dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki (42,2%). Karena kebutuhan gizi bagi anak laki-laki berbeda dengan kebutuhan gizi bagi anak perempuan, hal ini di karenakan anak laki-laki mendapat paritas lebih tinggi dari anak perempuan.

Berdasarkan teori faktor tingkat pendapatan Menurut Adisasmito (2007) yang menyatakan di Indonesia dan Negara lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok akar masalah gizi buruk, proporsi anak gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Semakin kecil pendapatan penduduk, semakin tinggi persentase anak yang kekurangan gizi sebaliknya semakin tinggi pendapatan semakin kecil persentase gizi buruk.

Teori faktor pengetahuan menurut Adisasmito, (2007) yang menyatakan Pada keluarga pengetahuan yang rendah sering kali tidak puas dengan makanan dan tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan ibu, seperti Air Susu Ibu (ASI) dan sesudah usia enam bulan tidak mendapat makanan pendamping ASI (MPASI) yang tepat baik jumlah atau kualitasnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disajikan dan dipersiapkan di rumah tangga

Teori faktor pendidikan menurut Bitai dkk, (1998) yang menyatakan bahwa Pendidikan dalam keluarga merupakan lingkungan anak yang pertama dan merupakan dasar bagi pendidikan anak selanjutnya. Disamping keluarga sebagai tempat awal bagi proses sosialisasi anak, keluarga juga merupakan tempat sang anak mengharapkan dan mendapatkan



pemenuhan kebutuhan hidupnya, tidak terkecuali kebutuhan gizi dan kesehatan.

Teori faktor umur menurut Angria R, dkk, (2012) yang menyatakan bahwa, pada tahap perkembangan anak balita cenderung sulit untuk mendapatkan makanan yang sesuai keinginannya, sehingga mencoba memilih-milih makanan yang di sukainya saja.

Faktor jenis kelamin menurut Khumaidi,(2005) menyatakan bahwa anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi dari pada anak perempuan. Dari penelitian diperoleh data bahwa kekurangan gizi banyak terdapat pada anak-anak perempuan dari pada anak laki-laki. Anak laki-laki cenderung memiliki tumbuh kembang yang lebih baik daripada anak perempuan karena pengaruh perilaku ibu dan keluarga dalam mengasuh anak. Khususnya dalam memberi nilai yang lebih tinggi pada anak laki-laki.

Penelitian yang pernah dilakukan Ratna Sari (2013) Di Desa Kali Jambe Bringin Kabupaten Semarang menunjukkan Dari hasil pengukuran terhadap anak balita dengan menggunakan indeks BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan) yang disesuaikan dengan standart WHO-NCHS ditemukan sebagian besar anak mempunyai status gizi yang normal yaitu sebesar 77%, anak yang mempunyai status gizi yang gemuk 17% dan anak yang mempunyai status gizi yang kurus 6%. Hal ini di sebabkan karena ibu selalu memperhatikan keadaan gizi dan kesehatan anaknya.

3. Hubungan pola asuh ibu dalam pemberian makanan dengan status gizi balita di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji chi-square didapatkan hasil nilai p value sebesar 0,210 dengan taraf signifikan 0,1 ( $p > 0,1$ ), karena  $0,210 > 0,1$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh ibu dengan status gizi balita di Daerah Pesisir

Pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat.

Faktor umur merupakan faktor yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Pada penelitian ini, Balita umur 2 tahun sebesar (17,8%), hal ini dikarenakan pada umur 2 tahun anak sudah bisa memilih makanan sendiri dan sudah mampu makan sendiri tanpa di temani oleh ibunya, sehingga meskipun ibu sudah memberikan pola asuh yang baik dalam memberi makan anak namun anak tidak menerimanya karena tidak sesuai dengan keinginannya. Selain itu anak usia di atas 2 tahun anak semakin mandiri dan mempunyai jaringan sosial lebih luas serta ketergantungan dengan sosok ibu mulai berkurang.

Hal ini sesuai dengan teori menurut Angria R, dkk, (2012) yang mengatakan bahwa pada tahap perkembangan anak balita cenderung sulit untuk mendapatkan makanan yang sesuai keinginannya, sehingga mencoba memilih-milih makanan yang di sukainya saja.

Selain faktor umur, faktor jenis kelamin juga merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga pada gilirannya ada keterkaitan antara jenis kelamin dengan keadaan gizi dalam pola asuh anak. Pada penelitian ini jumlah anak balita dengan jenis kelamin perempuan (57,8%) lebih besar dibandingkan balita dengan jenis kelamin laki-laki (42,2%), presentasi balita laki-laki yang berstatus gizi kurang dan buruk (11,1%) lebih besar dibandingkan anak perempuan (6,7%), pada kenyataannya balita laki-laki yang berstatus gizi kurang dan buruk cenderung lebih rendah dibandingkan balita perempuan.

Hal ini bertentangan dengan teori menurut khumaidi,(2005) yang menyatakan bahwa, anak laki-laki mendapatkan prioritas yang lebih tinggi dari pada anak perempuan, dari penelitian yang diperoleh data bahwa kekurangan gizi yang banyak terdapat pada anak perempuan dari pada anak laki-laki. Anak laki-laki cenderung memiliki tumbuh kembang yang lebih baik dari pada anak perempuan karena pengaruh

perilaku ibu dan keluarga dalam mengasuh anak, khususnya dalam memberi nilai yang lebih tinggi pada anak laki-laki.

Berdasarkan penelitian terdahulu tentang hubungan umur dengan status gizi balita, oleh Devi (2010) di daerah pedesaan Malang, berdasarkan tabulasi silang diperoleh status gizi balita pada usia 7-24 bulan sebesar (38,4%) lebih besar dibandingkan pada usia 25-37 bulan (27,0%) dan pada usia 37-59 bulan (34,5%), sehingga dari hasil analisis data dengan menggunakan uji chi-square di dapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan status gizi balita.

Pada penelitian terdahulu tentang hubungan jenis kelamin dengan status gizi balita, oleh devi (2010) di daerah pedesaan Malang, didapatkan balita dengan jenis kelamin perempuan (51,3%) lebih besar dari balita dengan jenis kelamin laki-laki (42,7%), dari hasil tabulasi silang diperoleh balita laki-laki dengan status gizi buruk (51,3%) lebih besar dibandingkan balita perempuan yang berstatus gizi buruk (49,3%), sehingga status gizi buruk banyak di alami oleh anak laki-laki. Berdasarkan hasil uji chi-square di peroleh bahwa tidak ada hubungan yang nyata antara jenis kelamin dengan status gizi balita.

### Kesimpulan

1. Pola asuh ibu dalam pemberian makanan di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat yang memiliki pola asuh baik berjumlah 30 orang (66,7%), sedangkan yang memiliki pola asuh tidak baik berjumlah 15 orang (33,3%)
2. Status gizi balita di daerah pesisir pantai Tanjung Karang Nusa Tenggara Barat terdapat 3 orang (6,6%) gizi baik, 8 orang (17,8%) gizi kurang, 24 orang (75,6%) gizi buruk dan gizi lebih tidak ada (0,0%).
3. Berdasarkan hasil uji statistik yang telah dilakukan, tidak ada hubungan yang

signifikan antara pola asuh ibu dalam pemberian makanan dengan status gizi balita didaerah pesisir pantai tanjung karang Nusa Tenggara Barat dengan hasil  $p$  hitung 0,210 lebih dari ( $p > 0,1$ )

### Daftar Pustaka

- Adisasmito, W, 2007. *Sistem Kesehatan Nasional*, Rajagrafindi Persada, Jakarta
- Arisman, 2004. *Gizi Dasar Kehidupan*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC, Jakarta
- As'ad, S, 2002. *Gizi – Kesehatan Ibu dan Anak*. Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional
- Engle. P.L, Menon, P and Haddad, L, 1997. *Care and Nutrition; Concept and Measurement*. International Food Policy Research Institute
- Devi Mazarina, 2010. *Analisa Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita Di Daerah Pedesaan Tahun 2010*. Teknologi Dan Kejuruan, Medan
- Fahmida. U, 2003. *Multi-Micronutrient Supplementation for Infant Growth and Development, and the Contributing Role of Psychosocial Care*. Universitas Indonesia, Jakarta
- Husin, Ruhana Cut, 2008. *Hubungan Pola Asuh Anak Dengan Status Gizi Balita Umur 24 -59 Bulan Di Wilayah Terkena Tsunami Kabupaten Pidie Propinsi Nanggru Aceh Darussalam Tahun 2008*. Tesis FKM USU, Medan
- Khomsan. A, 2002. *Pangan dan Gizi untuk Kesehatan*. PT. Grafindo Persada, Jakarta
- Nadesul, H, 1995. *Cara Sehat Mengasuh Anak*. Puspa Swara, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010 *Metode Penelitian Kesehatan*, Reneka Cipta, Jakarta
- Nasir Abdul, Muhith Abdul, dan I deputri M.E, 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Muha Medika: Yogyakarta

- Paath Francin Erna, Rumdasih Yuyun, dan Heryati, 2004. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta
- Roesli. U, 2000. *Mengenal ASI Eksklusif*. Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara, Jakarta
- Sari Ratna Feni, 2013. *Hubungan Pola Asuh Orang Tua Tentang Pemenuhan Gizi dengan Status Gizi Anak Balita di Desa Kalijambe Kecamatan Bringin Kabupaten Semarang*. Artikel Penelitian AKBID Ngudi Waliyo, Semarang
- Sedyaningsih Rahayu Endang, 2010. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR: 1995/Menkes/SK/XII/2010, Jakarta
- Soekirman, 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional
- Soetjiningsih, 2003. *Tumbuh Kembang Anak*. Penerbit Buku Kedokteran, EGC. Jakarta
- Supariansa Nyoman Dewa I. Bakri Bachyar. Fajar Ibnu, 2002. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta
- Sulistijani. A.D, 2001. *Menjaga Kesehatan Bayi dan Balita*. Puspa Swara, Jakarta
- Sunarti, dkk, 1989. *Pola Pengasuhan Anak Secara Tradisional di Kelurahan Kebagusan Daerah Ibukota Jakarta*. Depdikbud
- Soegen, 2010. *Peran Ibu Dalam Pemberian Makan*. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Yabancı, Nurcan; Kısac, İbrahim; Karakuş, Suzan Şeren. 2013. The Effects of Mother's Nutritional Knowledge on Attitudes and Behaviors of Children about Nutrition. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 116 ( 2014 ) 4477 – 4481.

### **Ucapan Terima Kasih**

Terima kasih saya ucapkan kepada Yth: Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, Ibu Dhini, M.Kes beserta rekan-rekan dosen, Ketua Stikes Mataram Bapak DR Chairun Nasirin, Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram, terima kasih untuk dukungan yang diberikan, Bapak DR. Taslim Arifin terima kasih untuk sarannya, Kepala Puskesmas Tanjung Karang terima kasih sudah mengizinkan kami melakukan penelitian. Keluarga tercinta, Abah, Mama, Gracia dan Gerald, para responden Ibu-ibu dan Balitanya, serta semua pihak yang telah membantu peneliti sehingga penelitian ini dapat selesai dan memberi manfaat.

### **Contact Person**

Yena Wineini Migang, E-mail: yenawineini.migang@yahoo.co.id; Telp: 081392975142; 087865513340; kantor: Poltekkes Kemenkes Palangka Raya Jln. G. Obos no. 30 Palangka Raya, Kalimantan Tengah.

## PERBEDAAN PENGARUH PENYULUHAN TENTANG PERAWATAN NIFAS TERHADAP PENGETAHUAN DAN PERILAKU PERAWATAN NIFAS PADA IBU NIFAS DI DESA BALECATUR SLEMAN

Eny Retna Ambarwati<sup>1</sup>, Endang Khoirunnisa<sup>2</sup>, Waryana<sup>3</sup>

### ABSTRAK

**Latar belakang :** Kesehatan ibu merupakan salah satu permasalahan utama di dunia. Fakta tersebut terakomodasi pada target ke lima *Millenium Development Goals* (MDG's) yaitu: peningkatan kesehatan ibu (WHO, 2005). Kesehatan ibu merupakan salah satu solusi pengendalian AKI (angka kematian ibu) di Indonesia. AKI merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millenium yaitu tujuan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai  $\frac{3}{4}$  resiko jumlah kematian ibu. . Faktor penyebab nya yaitu perdarahan 28%, eklamsi 24%, infeksi 11%, dan lain-lain sebesar 11% , pemberdayaan perempuan, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi keluarga, lingkungan masyarakat, nilai, budaya, perekonomian serta rendahnya perhatian laki-laki terhadap perawatan nifas

**Metode :** Jenis penelitian ini *experimental design* dengan rancangan *one group pre-test* dan *posttest*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah proporsional random sampling. Pengambilan data menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan *paired T Tes* untuk menguji beda pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan dan perilaku ibu nifas pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol..

**Tujuan :** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan pengaruh penyuluhan perawatan nifas terhadap pengetahuan dan perilaku perawatan nifas antara ibu yang diberi penyuluhan dengan modul dan ibu yang diberi penyuluhan tanpa diberi media apapun di Desa Balecatur

**Hasil :** Hasil penelitian dengan uji *paired t-test* menunjukkan bahwa nilai *t* hitung pada perilaku perawatan nifas diperoleh masing-masing sebesar 6,129; 3,113 dan nilai signifikan seluruhnya  $<0,05$ , maka dapat diketahui terdapat perbedaan yang signifikan hasil pengukuran perilaku perawatan nifas pre test dan post test dimana terjadi perubahan perilaku ibu dari tidak mendukung menjadi mendukung dalam melakukan perawatan masa nifas.

**Kesimpulan:** Ada perbedaan pengaruh penyuluhan perawatan nifas terhadap pengetahuan dan perilaku perawatan nifas antara ibu yang diberi penyuluhan dengan modul dan ibu yang diberi penyuluhan tanpa diberi media apapun di Desa Balecatur.

<sup>1 2 3</sup> Akademi Kebidanan Yogyakarta.

### Pendahuluan

Angka Kematian Ibu adalah salah satu indikator kesejahteraan suatu negara yang telah diakui secara internasional. Faktor penyebab langsung AKI adalah perdarahan 28%, eklamsi 24%, infeksi 11%, dan lain-lain sebesar 11%, sedangkan faktor penyebab tidak langsung meliputi faktor terlambat dan empat terlalu, yaitu terlalu tua hamil (hamil di

atas usia 35 tahun), terlalu muda untuk hamil (hamil di bawah usia 20 tahun), terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) dan terlalu dekat (jarak antar kelahiran kurang dari dua tahun. Ini semua terkait dengan faktor pemberdayaan wanita, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi keluarga, lingkungan masyarakat, nilai, budaya, perekonomian serta rendahnya perhatian pria terhadap ibu. Di banyak

negara berkembang, masih disebabkan hambatan akses, yaitu berupa ketidakberdayaan wanita dalam pengambilan keputusan sementara peran suami, ibu atau mertua sangat dominan dan banyak faktor lain yang menyebabkan keterlambatan dalam rujukan (DepKes RI, 2010). Salah satu penyebab kematian ibu pada masa nifas adalah komplikasi yang terjadi pada masa nifas. Komplikasi yang sering terjadi angka kejadiannya di Indonesia adalah infeksi (Widyosastro, 2011).

Masa nifas berpeluang untuk terjadinya kematian ibu maternal, sehingga perlu mendapatkan pelayanan kesehatan selama masa nifas. Pada masa tersebut ibu memerlukan perawatan yang memadai agar kondisi ibu selalu dalam rentang sehat. Komplikasi dan ketidaknyamanan masa nifas yang sering terjadi adalah ketidaknyamanan pada perineum, hal ini dapat dihindari dengan memberikan pengetahuan yang cukup pada masa nifas tentang perawatan diri masa nifas. Masa nifas merupakan masa adaptasi, baik bagi ibu maupun bayi. Ibu mempunyai tugas yang tidak ringan, selain memenuhi tugas dirinya, keluarga, ibu juga merawat bayi yang baru dilahirkan. Ketidakmampuan ibu dalam merawat berakibat pada kelelahan (Bick, Mc.Artur, Knowles dan Winter, 2003).

Perawatan masa nifas berada pada klasifikasi kegiatan perawatan yang bersifat edukatif karena individu dapat melakukan kegiatan perawatan mandiri. Perawatan mandiri adalah suatu aktifitas dimana individu memprakarsai dan melaksanakan sendiri berbagai kebutuhannya (orem, 2001). Keberhasilan melakukan perawatan mandiri tergantung tingkat pengetahuan, pengalaman, kebiasaan dan kesehatan mental (Orem, 2001). Perawatan mandiri selama masa nifas diperlukan untuk mencapai status kesehatan ibu yang optimal.

Ruang lingkup perawatan diri masa nifas meliputi pemahaman untuk

memenuhi kebutuhan istirahat, ambulasi tanpa rasa nyeri, secara rutin melakukan perawatan luka, pemenuhan eliminasi urine, perawatan payudara, cara menyusui yang benar dengan tujuan untuk memenuhi status kesehatan yang optimal dan mencegah komplikasi masa nifas (May, malhmaster, 1994). Untuk mengatasi hal tersebut maka diperlukan penyuluhan kesehatan yang ditujukan untuk memandirikan ibu dalam perawatan masa nifas.

Penyuluhan kesehatan merupakan suatu upaya yang ditukukan untuk mempengaruhi orang lain mulai dari individu, kelompok dan masyarakat agar terlaksana perilaku sehat dengan metode ceramah, diskusi menggunakan media liflet, booklet, modul (Setiawati dan darmawan, 2008).

### **Tujuan Penelitian**

#### **A. Tujuan Umum**

Mengetahui perbedaan pengetahuan dan perilaku antara kelompok intervensi dengan modul dan kelompok kontrol tanpa modul.

#### **B. Tujuan khusus**

1. Mengetahui perbedaan pengetahuan perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul.
2. Mengetahui perbedaan perilaku perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul.

### **Metode Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan metode *experimental design* dengan rancangan *one group pre-test* dan *posttest*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu nifas. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah proporsional random sampling. Pengambilan data menggunakan kuesioner. Analisis data

menggunakan *paired T Tes* untuk menguji beda pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan dan perilaku ibu nifas pada kelompok intervensi dan kelompok control.

## Hasil

A. Perbedaan pengetahuan perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Perilaku Perawatan Nifas Sebelum dan Sesudah Penyuluhan dengan Menggunakan Modul dan Tanpa Menggunakan Modul

Pengetahuan Perawatan Nifas	Kurang	Cukup	Baik	t hitung	Sig
<b>Kelompok tanpa modul</b>					
Pre test	7(23,3%)	3 (10%)	20(66,7%)	3,5	0,001
Post test	0(0,0%)	1 (3,3%)	29(96,7%)	98	
<b>Kelompok dengan modul</b>					
Pre test	3(10%)	6 (20%)	21(70%)		
Post test	0 (0,0%)	1 (3,3%)	29(96,7%)		

Sumber: Data diolah, 2015

B. Perbedaan perilaku perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul.

Tabel 2. Perilaku Perawatan Nifas Sebelum dan Sesudah Penyuluhan dengan Menggunakan Modul dan Tanpa Menggunakan Modul.

Pengetahuan Perawatan Nifas	Mendukung	Tidak Mendukung	t hitung	Sig
<b>Kelompok kontrol</b>				
Pre test	10 (33,3%)	20(66,67%)	5,731	000
Post test	14 (46.7%)	16 (53.33%)		
<b>Kelompok intervensi</b>				
Pre test	14 (46.7%)	16 (53.33%)		
Post test	17 (56.7%)	13 (43.3%)		

Sumber: Data diolah, 2015

## Pembahasan

A. Perbedaan pengetahuan perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul.

Tabel 1 menunjukkan bahwa pada kelompok tanpa modul saat dilakukan pengukuran pre test, sebanyak 20 (66,7%) responden memiliki pengetahuan baik dan sebanyak 3 (10%) orang memiliki pengetahuan cukup. Pengukuran post test diketahui terdapat peningkatan pengetahuan responden yakni responden dengan pengetahuan baik sebanyak 29 (96,7%) dan 1 (3,3%) orang memiliki pengetahuan cukup.

Pada kelompok dengan menggunakan modul saat dilakukan pengukuran pre test, sebanyak 21 (70%) responden memiliki pengetahuan baik dan sebanyak 3 (10%) orang memiliki pengetahuan kurang. Pengukuran post test diketahui terdapat peningkatan pengetahuan responden yakni responden dengan pengetahuan baik sebanyak 29 (96,7%) dan 1 (3,3%) orang memiliki pengetahuan cukup.

Masa nifas yaitu masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Prawirohardjo, 2002). Pengetahuan perawatan masa nifas merupakan tingkat pemahaman ibu terhadap hal-hal yang berkaitan dengan perawatan diri ibu setelah melahirkan.

Ibu nifas dengan pengetahuan cukup cenderung memahami jika perawatan nifas merupakan hal yang perlu diperhatikan khususnya dalam menjaga kebersihan jalan lahir namun ibu dengan pengetahuan kurang masih enggan untuk melakukan kunjungan ke tempat pelayanan kesehatan. Ibu lebih memilih untuk meminum jamu-jamuan dan datang ke dukun beranak daripada

berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan. Ibu nifas dengan pengetahuan kurang dapat disebabkan kurangnya informasi yang diterima ibu.

Ibu dengan pengetahuan baik telah memahami bahwa pemeriksaan nifas hendaknya dilakukan secara rutin di tempat pelayanan kesehatan. Ibu dengan pengetahuan baik juga telah mengetahui bahwa setelah melahirkan ibu perlu melakukan perawatan diantaranya perawatan jalan lahir, payudara, relaksasi tubuh dan menyusui

- B. Perbedaan perilaku perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul.

Tabel 2 menunjukkan bahwa pada kelompok tanpa modul saat dilakukan pengukuran pre test, sebagian besar responden memiliki perilaku yang tidak mendukung perawatan nifas sebanyak 20 (66,7%) orang dan mendukung sebanyak 10 (33,3%) orang. Pengukuran post test diketahui responden mengalami peningkatan perilaku perawatan nifas dibuktikan dengan jumlah responden yang berperilaku mendukung meningkat menjadi 14 (46,7%) orang dan yang memiliki perilaku tidak mendukung dalam perawatan nifas sebanyak 16 (53,3%) orang.

Pada kelompok dengan modul saat dilakukan pengukuran pre test, sebagian besar responden memiliki perilaku yang tidak mendukung perawatan nifas sebanyak 16 (53,3%) orang dan mendukung sebanyak 14 (46,7%) orang. Pengukuran post test diketahui responden mengalami peningkatan perilaku perawatan nifas dibuktikan dengan jumlah responden yang berperilaku mendukung meningkat menjadi 17 (56,7%) orang dan yang memiliki perilaku tidak mendukung dalam perawatan nifas sebanyak 13 (43,3%) orang.

Ibu yang tidak mendukung ditandai dengan ibu yang tidak melakukan perawatan pemeriksaan nifas ke pelayanan kesehatan. Ibu cenderung memeriksakan dirinya ke dukun beranak. Ibu yang tidak mengganti pembalut dengan teratur serta kurang memperhatikan makanan yang dikonsumsi. Kurangnya perilaku perawatan nifas ibu yang baik dapat menyebabkan menurunkan derajat kesehatan ibu nifas.

- C. Perbedaan pengetahuan dan perilaku antara kelompok intervensi dengan modul dan kelompok kontrol tanpa modul.

Nilai t hitung pengetahuan ibu tentang perawatan diperoleh sebesar 3,598 dan nilai signifikan  $< 0,05$ , maka terdapat perbedaan yang signifikan hasil pengukuran pengetahuan ibu tentang perawatan nifas pada kelompok tanpa modul dan kelompok dengan modul sedangkan nilai t hitung perilaku perawatan nifas diperoleh sebesar 5,731 dan nilai signifikan  $< 0,05$ , maka terdapat perbedaan yang signifikan hasil pengukuran perilaku perawatan nifas pada kelompok tanpa modul dan kelompok dengan modul.

Peningkatan pengetahuan ibu dapat menjadi daya dukung dalam meningkatkan perilaku ibu dalam perawatan masa nifas. Perilaku mendukung artinya ibu melakukan perawatan nifas dengan baik dan benar. Sedangkan ibu yang tidak mendukung ditandai ibu tidak mengganti pembalut dengan teratur serta kurang memperhatikan makanan yang dikonsumsi. Kurangnya perilaku perawatan nifas ibu yang baik dapat menyebabkan menurunkan derajat kesehatan ibu nifas. Peningkatan pengetahuan ibu dapat menjadi daya dukung dalam meningkatkan perilaku ibu dalam perawatan masa nifas.

Penelitian yang dilakukan Suryati (2013) menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan perawatan luka pada ibu nifas dengan pemulihan luka perineum masa nifas. Promosi kesehatan yang diberikan berkaitan dengan cara merawat diri ibu pasca melahirkan yakni dengan rutin berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan dan juga selalu mengkonsumsi makanan yang bergizi. Hal tersebut sesuai dengan tujuan dari promosi kesehatan yakni meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat. Depkes RI (2006) menyebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui proses pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Model promosi kesehatan yang diberikan dengan pendekatan penyuluhan menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan, perilaku perawatan nifas, menggunakan media modul pada kelompok intervensi. Kelompok kontrol mengalami peningkatan walaupun tidak dilakukan penyuluhan diketahui hasil postes lebih tinggi dibandingkan hasil prestes, hal tersebut tentunya tidak lepas adanya peran penyuluh kesehatan dan kemandirian dari ibu nifas tersebut (Bonuck Karen et all, 2002).

Penyuluhan adalah proses pemberian informasi yang dapat meningkatkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Adanya peningkatan psikomotor dalam penelitian ini dapat disebabkan adanya penggunaan media modul yang diberikan. Dalam

penelitian ini peneliti menggunakan metode penyuluhan individual dengan memberikan ceramah, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi sehingga memberikan kesempatan penyuluh untuk menjadi system pendukung bagi ibu, memahami tingkat kemampuan dan kondisi emosional ibu sehingga dapat menyesuaikan dengan keadaan ibu dalam memberikan penyuluhan dan akhirnya dapat mentransfer materi pembelajaran dengan efektif (Moussa Abba Aïssata, et all. 2010).

Penerapan model pendidikan orang dewasa, orang yang belajar butuh untuk terlibat dalam menentukan pendidikan yang mereka butuhkan dan merencanakan model pembelajaran yang paling efektif sesuai kebutuhan mereka (Rankin&Stalling, 2001). Hal ini juga dijelaskan oleh notoadmojo (2003), bahwa pendidikan orang dewasa yang efektif menimbulkan perubahan perilaku apabila isi, cara dan metode belajar sesuai dengan kondisi subyek pembelajar. Salah satu cara agar pesan pendidikan diterima oleh orang dewasa adalah dengan memilih metode belajar yang tepat.

Tenaga kesehatan adalah orang yang dipercaya untuk memberikan pelayanan kesehatan sehingga pelajaran yang diberikan secara langsung pada ibu nifas/menyusui akan diperhatikan dengan baik. Dalam promosi kesehatan ini ibu didampingi oleh petugas kesehatan untuk melakukan redemonstrasi tindakan yang diajarkan, sehingga apabila ibu melakukan kesalahan dapat langsung diperbaiki oleh petugas kesehatan dan materi dapat diterima dengan baik oleh ibu (Campbell Harry and Ian Jones. 2011).

Penerapan model promosi kesehatan pada ibu menyusui terbukti



memberikan manfaat yang cukup baik bagi ibu nifas, adanya peningkatan yang lebih tinggi antara kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. untuk meningkatkan pengetahuan, perawatan nifas. Promosi kesehatan berupa *health education* (leaflet, acuan buku modul) bermanfaat untuk meningkatkan keterampilan dan kemandirian serta perilaku pada ibu nifas.

### Kesimpulan

1. Terdapat perbedaan pengetahuan perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan perawatan nifas pada pre test dan post test terjadi perubahan pengetahuan ibu dari kurang dan cukup menjadi baik.
2. Terdapat perbedaan perilaku perawatan nifas sebelum dan sesudah penyuluhan dengan menggunakan modul dan tanpa menggunakan modul berdasarkan hasil pengukuran perilaku perawatan nifas pada pre test dan post test terjadi perubahan perilaku ibu dari tidak mendukung menjadi mendukung dalam melakukan perawatan masa nifas.
3. Terdapat perbedaan pengetahuan dan perilaku antara kelompok intervensi dengan modul dan kelompok kontrol tanpa modul berdasarkan nilai t hitung pengetahuan ibu tentang perawatan diperoleh sebesar 3,598 dan nilai signifikan < 0,05 sedangkan nilai t hitung perilaku perawatan nifas diperoleh sebesar 5,731 dan nilai signifikan < 0,05

### Saran

1. Penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi dan bahan acuan berkaitan dengan perawatan masa nifas.

2. Di dalam pelaksanaan di lapangan diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan informasi yang benar tentang perawatan masa nifas.
3. Diharapkan ibu nifas dapat lebih meningkatkan pengetahuan dengan mengikuti kegiatan penyuluhan sehingga mendapatkan ilmu yang terbaru yang dapat diterapkan pada saat nifas khususnya tentang perawatan nifas.

### Daftar Pustaka

- Bonuck Karen, Peter S Arno, Margaret M Memmott, Kathy Freeman, Marji Gold MD and Diane Mckee MD. 2002. Breast-Feeding Promotion Interventions: Good Public Health and Economic Sense. *Jurnal of perinatologi*, Volume 22, Number 1, Pages 78-81
- Bick, Mc.Artur, Knowles and Winter, 2003. Post natal care, evidence, and guidelines for manajement. China. Churchil. Livingstone.
- Campbell Harry and Ian Jones. 2011. *Promoting breastfeeding: a view of the current position and a proposed agenda for action in Scotland*. *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 18, No. 4, pp. 406-414
- DepKes RI, 2010. Profil Kesehatan Indonesia 2008.
- May, malhmaster, 1994. Maternal and nonatal nursing: family center care third edition. Philadelphia JB Lippincott Company.
- Moussa Abba Aïssata, Maria De Koninck and Anne-Marie Hamelin. 2010. *A qualitative study of the promotion of exclusive breastfeeding by health professionals in Niamey, Niger*. *International Breastfeeding*

- Journal*, 5:8 doi:10.1186/1746-4358-5-8
- Notoadmojo. 2007. Ilmu Kesehatan masyarakat. Jakarta. Rieneka Cipta.
- Orem, D.E.2001. Nursing Concept Of Practice St Louise. Mosby Company.
- Rankin. Stanlling. 2001. Patient Education: Prinsiples and practice. Philadelphia. Lippinshot.
- Setiawati dan darmawan, 2008, Proses Pembelajaran dalam pendidikan kesehatan. Trans Info Media Jakarta.
- Setyowati, 2004. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Perawatan Ibu Nifas Terhadap kemampuan Merawat Diri dan Kepuasan Post Partum di RS Panti Rapih Yogyakarta.
- Widyosastro, 2011. Ilmu Kebidanan. Jakarta. Yayasan Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

# STUDI *IN SILICO* AFINITAS KATINON DAN METABOLITNYA TERHADAP RESEPTOR DOPAMIN D<sub>1</sub> DAN D<sub>2</sub>

Mohammad Rizki Fadhil Pratama

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Palangkaraya, Jl.RTA Milono Km.  
1,5 Palangka Raya Indonesia 73111

Email : mohammadrizkifadhilpratama@gmail.com; Phone : +62 87815093560

## ABSTRAK

**Judul** : Studi *In Silico* Afinitas Katinon dan Metabolitnya terhadap Reseptor Dopamin D<sub>1</sub> dan D<sub>2</sub>.

**Latar Belakang** : Katinon, suatu senyawa narkotika beserta metabolitnya diketahui dapat menstimulasi reseptor dopamin. Kelompok reseptor dopamin adalah reseptor pada susunan saraf pusat yang berfungsi meregulasi level cAMP intraseluler. Stimulasi pada *D<sub>1</sub>-like receptors* akan meningkatkan konsentrasi dopamin pada susunan saraf pusat, sedangkan pada *D<sub>2</sub>-like receptors* sebaliknya.

**Tujuan** : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui afinitas senyawa katinon dan metabolitnya terhadap reseptor dopamin D<sub>1</sub> dan D<sub>2</sub>.

**Metode** : *Molecular docking* dilakukan pada senyawa katinon, katin, dan norefedrin terhadap *D<sub>1</sub>-like receptors* seperti D<sub>1</sub> dan *D<sub>2</sub>-like receptors* seperti D<sub>2</sub>.

**Hasil Penelitian** : Afinitas tertinggi ditunjukkan oleh katinon dan seluruh metabolitnya terhadap reseptor D<sub>1</sub>, dengan energi bebas ikatan paling negatif dan konstanta inhibisi paling kecil diberikan oleh katinon, secara berturut-turut sebesar -6,56 kcal/mol dan 15,54  $\mu$  M. Seluruh metabolit katinon menunjukkan afinitas yang lebih rendah dibandingkan katinon terhadap reseptor dopamin, baik pada reseptor D<sub>1</sub> dan D<sub>2</sub>.

**Kesimpulan** : Hasil tersebut menunjukkan bahwa katinon memiliki afinitas paling tinggi dibanding metabolitnya sebagai stimulan reseptor dopamin. Hasil ini juga menunjukkan bahwa katinon dan metabolitnya memiliki afinitas lebih tinggi pada *D<sub>1</sub>-like receptors* sehingga cenderung menstimulasi peningkatan konsentrasi dopamin.

**Kata Kunci** : Katinon, *Molecular docking*, Reseptor dopamin.

## ABSTRACT

**Title** : *In Silico Study of Cathinone and Metabolites affinities towards Dopamine Receptors D<sub>1</sub> and D<sub>2</sub>.*

**Backgrounds** : *Cathinone, a drug compounds and its metabolites were known to stimulate dopamine receptors. Dopamine receptors were CNS receptors with function to regulates intracellular cAMP levels . Stimulation of D<sub>1</sub>-like receptors would increase the concentration of dopamine level in CNS, contrary with D<sub>2</sub>-like receptors.*

**Objectives** : *This study aims to determine the affinity of cathinone and metabolites against dopamine receptors D<sub>1</sub> and D<sub>2</sub>.*

**Method** : *Molecular docking was performed on cathinone and metabolites like cathine and norephedrine against D<sub>1</sub>-like receptors such as D<sub>1</sub> and D<sub>2</sub>-like receptors such as D<sub>2</sub>.*

**Results** : *The highest affinity shown by cathinone and metabolites against D<sub>1</sub>, with cathinone provide most negative free energy of binding and lowest inhibition constants -*

6.56 kcal/mol and 15.54  $\mu$  M, respectively. All cathinone's metabolites provide lower affinity than cathinone against dopamine receptors, including D<sub>1</sub> and D<sub>2</sub>.

**Conclusion** : This results showed that cathinone had highest affinity than its metabolites toward dopamine receptors. This results also indicate that cathinone and metabolites had higher affinity toward D<sub>1</sub>-like receptor, which tend to stimulate an increase in the concentration of dopamine.

**Keywords** : Cathinone, Dopamine receptors, Molecular docking.

## Pendahuluan

Katinon, metabolit sekunder aktif dari tanaman Khat atau *Catha edulis*, diketahui memiliki aktivitas psikoaktif yang menyerupai amfetamin, suatu psikotropika stimulasi yang digunakan untuk obat kesenangan atau *Recreational Club Drug* (Patel, 2000; Shortall dkk, 2013). Pada *United Nations Convention on Psychotropic Substances* yang dilaksanakan pada tahun 1971, katinon dikelompokkan sebagai psikotropika golongan I yang tidak digunakan untuk tujuan pengobatan dengan potensi ketergantungan tinggi. Pada pertengahan tahun 2000-an, katinon dan turunannya dalam bentuk sintetis beredar secara legal di berbagai negara dan seringkali dijual sebagai garam mandi atau "bath salts" (Valente dkk, 2014; Arnau dkk, 2012). Pada situs Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia (2016), disebutkan bahwa seperti halnya amfetamin, katinon dan turunannya seringkali disalah gunakan untuk tujuan obat kesenangan, sehingga penggunaannya telah dilarang di beberapa negara, termasuk di Indonesia.

Katinon beserta metabolitnya seperti katin (norpseudoefedrin) dan norefedrin (phenylpropanolamine) diketahui memiliki aktivitas stimulan pelepasan dopamin (Valente dkk, 2014). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa katinon dan metabolitnya bersifat agonis terhadap reseptor dopamin (Valente dkk, 2014). Studi terbaru menunjukkan bahwa kedua metabolit katinon tersebut menunjukkan aktivitas stimulan dopamin yang serupa dengan katinon (Kolodziejczyk dkk, 2016).

Dopamin adalah neuromodulator yang diproduksi pada sekumpulan neuron di sel-sel sinaps. Dopamin disintesis pada beberapa bagian tubuh seperti otak dan ginjal (Beaulieu & Gainetdinov, 2011). Gangguan keseimbangan dopamin diketahui menyebabkan beberapa jenis penyakit seperti Parkinson dan skizofrenia (Missale dkk, 1998; Howes & Kapur, 2009).

Di dalam tubuh, dopamin berinteraksi dengan suatu *G-protein coupled receptor* (GPCR) yang disebut reseptor dopamin. Pada otak, terdapat lima jenis reseptor dopamin, yaitu D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>, dan D<sub>5</sub>, yang terbagi ke dalam dua kelompok (Kubikova dkk, 2010). Kelompok pertama disebut *D<sub>1</sub>-like receptors* yang terdiri dari D<sub>1</sub> dan D<sub>5</sub>, sedangkan kelompok kedua disebut *D<sub>2</sub>-like receptors* yaitu D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, dan D<sub>4</sub> (Beaulieu dkk, 2015). *D<sub>1</sub>-like receptors* berpasangan dengan G protein G<sub>sa</sub>, yang mengaktifasi enzim adenilat siklase dan meningkatkan konsentrasi cAMP. D<sub>1</sub> adalah reseptor dopamin dengan jumlah paling banyak di otak. D<sub>1</sub> terutama berperan sebagai regulator pertumbuhan dan perkembangan jaringan syaraf serta mediator beberapa respon perilaku (Cadet dkk, 2010). Berbeda dengan *D<sub>1</sub>-like receptors*, *D<sub>2</sub>-like receptors* berpasangan dengan G protein G<sub>ia</sub>, yang secara langsung menghambat enzim adenilat siklase dan menghambat pembentukan cAMP. Beberapa D<sub>2</sub> bersifat autoreseptor yang diaktivasi oleh mekanisme umpan balik dari pelepasan dopamin. Gangguan pada reseptor D<sub>2</sub> diketahui merupakan salah satu penyebab kelainan syaraf

seperti parkinson dan skizofrenia (Hisahara & Shimohama, 2011).

Dalam penelitian ini dilakukan studi *in silico* untuk mengetahui hubungan dalam bentuk afinitas dari katinon beserta metabolitnya seperti katin dan norefedrin terhadap *D<sub>1</sub>-like* dan *D<sub>2</sub>-like receptors* yang diwakili oleh *D<sub>1</sub>* dan *D<sub>2</sub>*. Metode yang digunakan adalah *molecular docking* dengan parameter pengamatan untuk afinitas ligan adalah energi bebas ikatan dan konstanta inhibisi dengan dopamin sebagai ligan alami untuk senyawa pembanding. Dari hasil pengamatan dapat diketahui ligan yang memiliki afinitas lebih tinggi pada salah satu jenis reseptor dopamin serta dapat diprediksi aktivitasnya dengan membandingkan residu asam amino dari masing-masing ligan dengan dopamin.

### Metode Penelitian

#### *Rancangan penelitian*

Penelitian dilaksanakan secara *in silico* dengan metode *molecular docking*. Perangkat keras yang digunakan adalah Ultrabook ASUS seri A46CB dengan prosesor Intel core i5-3337U@1,8GHz dan sistem operasi windows 7 Ultimate 64-bit SP-1.

#### *Preparasi ligan*

Ligan yang digunakan adalah senyawa katinon serta metabolitnya seperti katin (norpseudoefedrin) dan norefedrin. Struktur ligan disketsa menggunakan software GaussView 3.08 dan dioptimasi geometri dengan menggunakan Gaussian 03W dari Gaussian, Inc. dengan metode *ab initio* Hartree-Fock basis set 6-311G. Optimasi geometri dilakukan untuk memperoleh konformasi paling ideal dari struktur senyawa yang disketsa dan mendekati bentuk alaminya (Cosconati dkk, 2010).

#### *Konversi ligan*

Ligan yang telah dioptimasi dikonversi dari format .log menjadi format .pdb menggunakan software OpenBabel

2.3.2 (O'Boyle dkk, 2011). Ligan lalu diberi muatan dan diatur torsinya menggunakan software AutoDockTools 1.5.6.rc3 (Morris dkk, 2009).

#### *Preparasi reseptor*

Reseptor yang digunakan adalah reseptor dopamin *D<sub>1</sub>* (PDB ID 1OZ5) dan *D<sub>2</sub>* (PDB ID 5AER). Struktur molekul reseptor diperoleh website Protein Data Bank (PDB) [www.rcsb.org](http://www.rcsb.org). Reseptor diunduh dalam format .pdb kemudian dihilangkan bagian yang tidak digunakan, diberi hidrogen non-polar, diberi muatan, serta diatur posisi *grid box* menggunakan software AutoDockTools 1.5.6.rc3 (Morris dkk, 2009).

#### *Molecular docking*

Program *docking* yang digunakan dalam penelitian ini adalah Autodock 4.2.3 dari The Scripps Research Institute, Inc. (Morris dkk, 2009). Metode yang digunakan adalah *blind docking* yaitu dengan melakukan *docking* pada seluruh permukaan reseptor lalu bagian permukaan dengan afinitas paling tinggi ditetapkan sebagai *grid box*. Sebagai pembanding digunakan dopamin sebagai ligan alami dari reseptor dopamin (Sitte & Freissmuth, 2015).

#### *Parameter pengamatan*

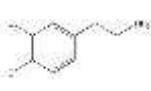

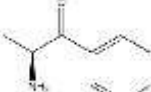

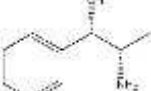
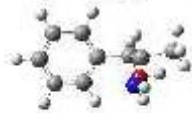
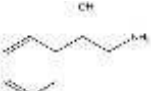

Reseptor yang digunakan adalah bentuk alami tanpa ligan *co-crystal*, sehingga untuk proses validasi digunakan dopamin sebagai ligan alami reseptor dopamin (Kontoyianni dkk, 2004; Bissantz dkk, 2000). Parameter yang diamati untuk penentuan afinitas ligan terhadap reseptor adalah energi bebas ikatan ( $\Delta G$ ), konstanta inhibisi prediksi ( $k_i$ ), residu asam amino, serta ikatan hidrogen. Afinitas ligan terhadap reseptor ditentukan oleh nilai  $\Delta G$  dan  $k_i$ . Semakin negatif nilai  $\Delta G$  dan semakin kecil nilai  $k_i$  menunjukkan afinitas ligan yang semakin tinggi (Kim & Skolnick, 2007). Ligan uji dengan residu asam amino dan ikatan hidrogen yang mendekati ligan alami menunjukkan kemiripan jenis interaksi

dalam hal ini menggambarkan kemiripan aktivitas (Cosconati dkk, 2010).

### Hasil Penelitian

Seluruh ligan uji beserta dopamin sebagai ligan pembanding disketsa dan dioptimasi geometri menggunakan metode Hartree-Fock dengan basis set 6-311G. Metode tersebut merupakan pendekatan *ab initio* dengan tingkat kepercayaan yang relatif tinggi untuk pengerjaan secara *in silico* (Cosconati dkk, 2010). Struktur 2 dimensi dan 3 dimensi dari seluruh ligan yang digunakan ditunjukkan pada tabel 1.

**Tabel 1. Struktur 3D dopamin serta kationon dan metabolitnya**

Senyawa	Struktur 2D	Struktur 3D
Dopamin (DOP)		
Kationon (KON)		
Katin (KAN)		
Norefedrin (NEF)		

Untuk menentukan *grid box* yang digunakan dilakukan *blind docking* terhadap keseluruhan permukaan reseptor menggunakan dopamin sebagai ligan alami. Ukuran *grid box* diperoleh dari hasil orientasi. Pada penelitian lain ukuran *grid box* yang digunakan diantaranya adalah 60 x 60 x 60 Å (Pratama, 2015). Jumlah *grid box* disesuaikan dengan ukuran *grid box*. Koordinat dan ukuran *grid box* yang digunakan adalah yang memberikan nilai  $\Delta G$  paling negatif dan  $k_i$  paling kecil (Kontoyianni dkk, 2004). Nilai  $\Delta G$  dan  $k_i$  tersebut beserta residu asam amino dan ikatan hidrogen lalu digunakan sebagai data pembanding dari hasil *docking*. Hasil *blind docking* dopamin pada masing-masing reseptor ditunjukkan pada tabel 2.

**Tabel 2. Hasil *blind docking* dopamin terhadap reseptor D<sub>1</sub> dan D<sub>2</sub>**

Reseptor	D <sub>1</sub>	D <sub>2</sub>
$\Delta G$		
(kcal/mol)	-6,98	-5,90
$k_i$		
( $\mu M$ )	7,68	47,53
Koordinat	x : 4,36	x : -10,956
<i>grid box</i>	y : -0,868	y : 22,478
	z : 3,347	z : -19,875
Ukuran <i>grid box</i>		
(Å)	60 x 60 x 60	60 x 60 x 60

Koordinat dan ukuran *grid box* yang telah diperoleh lalu digunakan untuk proses *docking* masing-masing ligan. Selanjutnya seluruh ligan uji dilakukan *docking* terhadap masing-masing reseptor. Hasil *docking* terhadap reseptor D<sub>1</sub> ditunjukkan pada tabel 3.

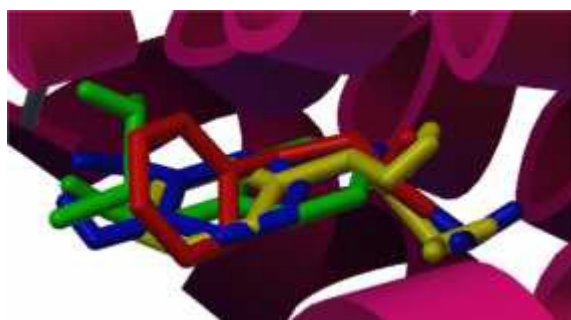
**Tabel 3. Hasil *docking* dopamin serta kationon dan metabolitnya pada reseptor D<sub>1</sub>**

Ligan	DOP	KON	KAN	NEF
$\Delta G$				
(kcal/mol)	-6,98	-6,56	-6,04	-6,23
$k_i$				
( $\mu M$ )	7,68	15,54	37,22	27,03
Residu	66-Leu	66-Leu	-	66-Leu
Asam	-	-	-	69-Ser
Amino	70-Asp	70-Asp	70-Asp	70-Asp
	73-Val	73-Val	73-Val	73-Val
	103-Asp	103-Asp	103-Asp	103-Asp
	106-Cys	106-Cys	106-Cys	106-Cys
	107-Ser	107-Ser	107-Ser	107-Ser
	110-Ser	110-Ser	-	110-Ser
	285-Trp	-	285-Trp	285-Trp
	-	321-Trp	321-Trp	321-Trp
	323-Asn	323-Asn	323-Asn	323-Asn
	324-Ser	324-Ser	324-Ser	324-Ser
	327-Asn	-	-	327-Asn
Ikatan	1	0	1	1
Hidrogen				

(Ket: warna hijau menunjukkan kesamaan dan kuning menunjukkan perbedaan dengan hasil *docking* pada dopamin)

Hasil *docking* terhadap reseptor D<sub>1</sub> menunjukkan perbedaan antara ligan dengan afinitas tertinggi dengan ligan yang memiliki kesamaan interaksi paling banyak dengan dopamin sebagai ligan alami. Afinitas tertinggi ditunjukkan oleh kationon dengan nilai  $\Delta G$  paling negatif

dan  $K_i$  paling kecil secara berturut-turut sebesar  $-6,56$  kcal/mol dan  $15,54 \mu M$ , sedangkan ligan dengan kesamaan interaksi terbanyak ditunjukkan oleh norefedrin yang hanya memiliki 2 residu asam amino berbeda dari 13 asam amino pada dopamin. Meskipun paling tinggi, afinitas kation masih lebih rendah dibandingkan dopamin. Kation tidak memiliki ikatan hidrogen, berbeda dengan ligan lain yang memiliki 1 ikatan hidrogen. Perbandingan visual antara posisi ligan hasil *docking* ditunjukkan pada gambar 1.



**Gambar 1. Perbandingan hasil docking antara dopamin dan kation serta metabolitnya terhadap reseptor D<sub>1</sub>**

(Ket: biru = dopamin; merah = kation; hijau = katin; kuning = norefedrin)

Pada gambar 1 dapat diamati posisi rantai samping gugus amin pada norefedrin berada sebidang dan di posisi yang berdekatan dengan rantai samping amin dari dopamin, yaitu pada residu asam amino 327-Asn. Pada kation, gugus amin berada pada bidang yang sama namun di posisi yang berbeda yaitu residu asam amino 324-Ser. Pada katin, gugus amin tidak berada sebidang dengan gugus amin dopamin, yaitu pada sisi luar kantung aktif dan tidak berdekatan dengan residu asam amino tertentu. Selanjutnya hasil *docking* terhadap reseptor D<sub>2</sub> ditunjukkan pada tabel 4.

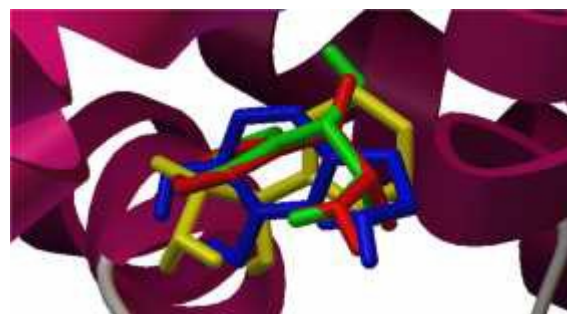
**Tabel 4. Hasil *docking* dopamin serta kation dan metabolitnya pada reseptor D<sub>2</sub>**

Ligan	DOP	KON	KAN	NEF
$\Delta G$				
(kcal/mol)	-5,90	-6,20	-5,77	-5,67
$K_i$	47,53	28,58	58,77	69,56

( $\mu M$ )	71-Val	71-Val	71-Val	71-Val
	72-Phe	72-Phe	72-Phe	72-Phe
	74-Glu	74-Glu	74-Glu	74-Glu
Residu	-	84-Glu	84-Glu	84-Glu
Asam	87-Gln	87-Gln	87-Gln	-
Amino	88-Ala	88-Ala	88-Ala	88-Ala
	-	91-Val	91-Val	91-Val
	103-Trp	103-Trp	103-Trp	103-Trp
	-	106-Lys	106-Lys	106-Lys
Ikatan				
Hidrogen	4	2	2	3

(Ket: warna hijau menunjukkan kesamaan dan kuning menunjukkan perbedaan dengan hasil *docking* pada dopamin)

Berbeda dengan reseptor D<sub>1</sub>, Hasil *docking* terhadap reseptor D<sub>2</sub> tidak menunjukkan perbedaan antara ligan dengan afinitas tertinggi dengan ligan yang memiliki kesamaan interaksi paling banyak dengan dopamin. Afinitas tertinggi ditunjukkan oleh kation dengan nilai  $\Delta G$  paling negatif dan  $K_i$  paling kecil secara berturut-turut sebesar  $-6,20$  kcal/mol dan  $28,58 \mu M$ , sedangkan ligan dengan kesamaan interaksi terbanyak ditunjukkan oleh 2 ligan yaitu kation dan katin yang sama-sama memiliki 3 residu asam amino berbeda dari 9 asam amino pada dopamin. Afinitas yang ditunjukkan oleh kation lebih tinggi dari yang ditunjukkan oleh dopamin sebagai ligan alami. Dopamin memiliki 4 ikatan hidrogen, sedangkan kation, katin, dan norefedrin secara berurutan memiliki 2, 2, dan 3 ikatan hidrogen. Ikatan hidrogen yang lebih banyak menunjukkan afinitas ligan-reseptor yang lebih tinggi. Perbandingan visual antara posisi ligan hasil *docking* ditunjukkan pada gambar 2.



**Gambar 2. Perbandingan hasil docking antara dopamin dan kation serta metabolitnya terhadap reseptor D<sub>2</sub>**

(Ket: biru = dopamin; merah = katinon; hijau = katin; kuning = norefedrin)

Pada gambar 2 dapat diamati posisi rantai samping gugus amin pada katinon dan katin berada di bidang yang sama dan di posisi berdekatan dengan rantai samping amin dari dopamin, yaitu pada residu asam amino 74-Glu. Pada norefedrin, gugus amin juga berinteraksi dengan asam amino 74-Glu namun dengan bidang yang berbeda dengan dopamin. Baik katinon, katin, maupun norefedrin berinteraksi dengan asam amino 84-Glu, 91-Val, dan 106-Lys yang tidak terdapat pada hasil *docking* dopamin.

### Pembahasan

Afinitas yang ditunjukkan oleh hasil *docking* katinon dan metabolitnya terhadap reseptor dopamin selaras dengan penelitian lain dengan reseptor dopamin dari *Drosophila melanogaster*, yang juga menunjukkan bahwa katinon memiliki afinitas lebih tinggi dibandingkan katin dan norefedrin. Selain itu nilai  $\Delta G$  yang diperoleh juga berada pada rentang yang sama yaitu antara -6,20 sampai -5,90 kcal/mol (Kolodziejczyk dkk, 2016).

Pada reseptor D<sub>1</sub>, norefedrin menunjukkan jumlah residu asam amino yang paling banyak dibandingkan ligan lainnya, termasuk dopamin. Selain itu norefedrin juga memiliki residu asam amino yang sama dengan dopamin paling banyak dibandingkan ligan lain. Meski demikian, afinitas norefedrin bukanlah yang paling tinggi. Hal tersebut mencerminkan bahwa jumlah residu asam amino tidak menentukan tingginya afinitas dari suatu ligan. Pada norefedrin ada satu residu asam amino yang tidak dimiliki oleh ligan lain termasuk dopamin yaitu 69-Ser, serta satu residu asam amino lainnya yang terdapat pada seluruh ligan namun tidak pada dopamin yaitu 321-Trp. Hal tersebut menunjukkan bahwa interaksi pada dua asam amino tersebut justru menurunkan afinitas dari suatu ligan terhadap reseptor D<sub>1</sub>. Disisi lain, katin

menunjukkan afinitas paling rendah. Dibandingkan ligan lain, hanya katin yang tidak berinteraksi dengan residu asam amino 66-Leu. Hal tersebut berarti asam amino tersebut berperan penting terhadap afinitas suatu ligan pada reseptor D<sub>1</sub>. Katinon merupakan satu-satunya ligan yang tidak berinteraksi dengan residu asam amino 285-Trp. Meski demikian, katin dan norefedrin yang berinteraksi dengan asam amino tersebut menunjukkan afinitas yang lebih rendah dibandingkan katinon. Hal tersebut mengindikasikan bahwa asam amino tersebut tidak berpengaruh terlalu penting terhadap afinitas suatu ligan pada reseptor D<sub>1</sub>.

Pada reseptor D<sub>2</sub>, katinon menunjukkan afinitas lebih tinggi dibandingkan ligan lainnya, bahkan dibandingkan dopamin. Menarik untuk diamati adalah antara katinon dan katin menunjukkan residu asam amino yang seluruhnya sama, termasuk jumlah ikatan hidrogen yang dimiliki. Meski demikian, afinitas katinon lebih tinggi dibandingkan katin. Hal tersebut menunjukkan perbedaan yang besar antara pengaruh keberadaan gugus karbonil pada katinon dan hidroksil pada katin terhadap residu asam amino pada reseptor, dalam hal ini 87-Gln. Asam amino glutamin pada posisi tersebut diketahui memiliki gugus samping amida, yang mana cenderung tidak bermuatan. Hal tersebut memberikan prediksi bahwa interaksi antara gugus karbonil dengan amida memiliki energi ikatan lebih besar dibandingkan antara gugus hidroksil dengan amida. Disisi lain, interaksi pada asam amino 87-Gln tersebut tidak terdapat pada hasil *docking* norefedrin. Hal tersebut diprediksi menjadi penyebab norefedrin memiliki afinitas paling rendah dibandingkan ligan lainnya. Dengan kata lain, interaksi pada asam amino 87-Gln memiliki pengaruh penting terhadap afinitas pada reseptor D<sub>2</sub>.

### Kesimpulan

Katinon menunjukkan afinitas paling tinggi dibandingkan metabolitnya



yang ditunjukkan oleh nilai  $\Delta G$  paling negatif dan  $K_i$  paling kecil dibandingkan metabolitnya, dimana afinitas pada reseptor D<sub>1</sub> lebih tinggi dibandingkan D<sub>2</sub>. Hal tersebut menunjukkan bahwa afinitas lebih tinggi terhadap reseptor D<sub>1</sub> dibandingkan reseptor D<sub>2</sub>. Meski demikian, pada reseptor D<sub>1</sub> afinitas yang ditunjukkan katinon masih lebih rendah dibandingkan dopamin sebagai ligan alami reseptor.

### Ucapan Terima Kasih

Penulis berterima kasih kepada Rektor Universitas Muhammadiyah Palangkaraya Drs. Bulkani, M.Pd. yang telah memberikan bantuan pendanaan dalam rangka terlaksanakannya penelitian ini.

### Daftar Pustaka

- Arnau, R.L., Clemente, J.M., Pubill, D., Escubedo, E., Camarasa, J. 2012. Comparatvie Neuropharmacology of three Psychostimulant Cathinone Derivatives: Butylone, Mephedrone, and Methylone. *British Journal of Pharmacology*. Vol. 167 : 407-420.
- Baskaran, C. & M.Ramachandran. 2012. Computational Molecular Docking Studies on Anticancer Drugs. *Asian pacific Journal of Tropical Disease*. S734-S738.
- Beaulieu, J.M., Espinoza, S., Gainetdinov, R.R. 2015. Dopamine receptors – IUPHAR review 13. *British Journal of Pharmacology*. Vol. 172 : 1-23.
- Beaulieu, J.M., & Gainetdinov, R.R. 2011. The Physiology, Signalling, and Pharmacology of Dopamine Receptors. *Pharmacological Reviews*. Vol. 63 No. 1 : 182-217.
- Bissantz, C., G.Folkers, D.Rognan. 2000. Protein-based Virtual Screening of Chemical Databases : Evaluation of Different Docking/Scoring Combinations. *Journal of Medicinal Chemistry*. Vol 43. 4759-4767.
- Cadet, J.L., Jayanthi, S., McCoy, M.T., Beauvais, G., Cai, N.S. 2010. Dopamine D<sub>1</sub> Receptors, Regulation of Gene Expression in the Brain, and Neurodegeneration. *CNS & Neurological Disorders – Drug Targets*. Vol. 9 : 526-538.
- Cosconati, S., S.Forli, A.L.Perryman, R.Harris, D.S.Goodsell, A.J.Olson. 2010. Virtual Screening with AutoDock : Theory and Practice. *Expert Opinion Drug Discovery*. Vol 5. No 6. 597-607.
- Hisahara, S. & Shimohama, S. 2011. Review : Dopamine Receptors and Parkinson's Disease. *International Journal of Medicinal Chemistry*. Vol. 2011 : 1-16.
- Howes, O.D. & Kapur, S. 2009. The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III-The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 35 No. 3 : 549-562.
- Kim, R. & J.Skolnick. 2007. Assesment of Programs for Ligand Binding Affinity Prediction. *Journal of Computational Chemistry*. 1-15.
- Kolodziejczyk, W., Kar, S., Hill, G.A., Lezczynski, J. 2016. A Comphrehensive Computational Analysis of Cathinone and its metabolites using quantum mechanical approaches and docking studies. *Structural Chemistry*. Vol. 27 No. 3 : 1-15.
- Kontoyianni, M., McClellan, Sokol. 2004. Evaluation of Docking Performance : Comparative Data on Docking Algorithm. *Journal of Medicinal Chemistry*. Vol 47. 558-565.
- Kubikova, L., Wada, K., Jarvis, E.D. 2010. Dopamine Receptors in a Songbird Brain. *The Journal of Comparative Neurology*. Vol. 518 : 741-769.
- Missale, C., Nash, S.R., Robinson, S.W., Jaber, M., Caron, M.G. 1998. Dopamine Receptors : From Structure to Function. *Physiological Reviews*. Vol. 78 No. 1 : 189-225.

- Morris, G. M., R.Huey, W.Lindstrom, M.F.Sanner, R.K.Belew, D.S.Goodsell, A.J.Olson. 2009. Autodock4 and AutoDockTools4: Automated Docking with Selective Receptor Flexibility. *Journal of Computational Chemistry*. Vol 16. 2785-2791.
- O'Boyle, N., M.Banck, C.A.James, C.Morley, T.Vandermeersch, G.R.Hutchison. 2011. Open Babel : AN Open Chemical Toolbox. *Journal of Chemoinformatics*. Vol 3. No. 33.
- Sitte, H. & Freissmuth, M. 2015. Amphetamines, new psychoactive drugs and the monoamine transporter cycle. *Trends in Pharmacological Sciences*. Vol 36 No.1 : 41-50.
- Patel, N.B. 2000. Mechanism of Action of Cathinone : The Active Ingredient of Khat (*Catha edulis*). *East African Medical Journal*. Vol. 77 No. 6 : 329-332.
- Pratama, M.R.F. 2015. Molecular Docking of Anticancer Agents : Artemisinin and Derivatives as HER2 Inhibitor. *Proceeding of 1<sup>st</sup> Sari Mulia International Conferences of Health and Sciences*. Vol. 1 No. 1 : 155-168.
- Shortall, S.E., Green, A.R., Swift, K.M., Fone, K.C.F., King, M.V. 2013. Differential Effects of Cathinone Compounds and MDMA on body temperature in the rat, and pharmacological characterization of mephedrone-induced hypothermia. *British Journal of Pharmacology*. Vol. 168 : 966-977.
- Valente, M.J., de Pinho, P.G., Bastos, M.L., Carvalho, F., Carvalho, M. 2014. Khat and Synthetic Cathinones : a Review. *Archives of Toxicology*. Vol. 88 : 15-45.
- <http://www.bnn.go.id/read/artikel/11302/mengenal-katinon>, diakses 19/06/2016

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP PERAWAT DALAM KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT Dr. DORIS SYLVANUS PALANGKA RAYA

Mimin Lestari

Email : [minlestari79@gmail.com](mailto:minlestari79@gmail.com)

Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

## ABSTRAK

Fokus perawatan beralih dari pendekatan yang berorientasi medis-penyakit ke model yang berfokus pada orang lain dan bersifat pribadi. Disini pasien dilihat sebagai partisipan yang aktif, dan bukan penerima perawatan yang pasif. Dalam konteks yang sama, peran pengasuhan dari perawat tidak lagi berpusat pada fungsi-fungsi biologis pasien tetapi telah meluas ke aspek-aspek psiko-sosial individu (Ellis et al, 2000). Untuk itu perawat memerlukan kemampuan khusus dan kepedulian sosial yang mencakup ketrampilan intelektual, tehnikal dan interpersonal yang tercermin dalam perilaku “*caring*” atau kasih sayang dalam berkomunikasi dengan orang lain. Perawat yang memiliki ketrampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Achir Yani, 1999). Namun, kenyataan dilapangan sering tidak sesuai dengan apa yang diharapkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada perawat pelaksana di 11 ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya pada 6 – 12 agustus 2007. Berdasarkan perhitungan menggunakan uji Chi-Square ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik, di peroleh p Value = 0,021 sedangkan nilai  $\alpha = 0,05$ , jika dibandingkan maka p value < nilai  $\alpha$  yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik. Saran dalam penelitian ini adalah perawat diharapkan meningkatkan ketrampilan dalam berkomunikasi terapeutik karena dengan komunikasi terapeutik maka dapat mengurangi dampak akibat kurang efektifnya komunikasi terapeutik yang ditimbulkan seperti kecemasan, ketakutan, perubahan sikap maladaptif serta ketergantungan tinggi pada perawat dan orang lain, sehingga dapat memperbaiki kondisi orang lain. Rumah Sakit diharapkan mendukung dan menjadikan penerapan komunikasi terapeutik pada pasien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Kata kunci: Pengetahuan, Sikap perawat, Komunikasi terapeutik.

### **Pendahuluan Latar Belakang**

Dalam beberapa dekade terakhir, keperawatan telah mengalami perubahan-perubahan yang mengangumkan, terutama melalui munculnya gerakan reformasi profesional pada tahun 1970-an yang disebut ‘Keperawatan Baru’

(Salvage, 1992, dalam Ellis et al tahun 2000). Unsur sentral dari ideologi Keperawatan Baru adalah hubungan antara perawat dengan pasien. Fokus perawatan beralih dari pendekatan yang berorientasi medis-penyakit ke model yang berfokus pada orang lain dan bersifat pribadi. Disini pasien dilihat sebagai

partisipan yang aktif, dan bukan penerima perawatan yang pasif. Dalam konteks yang sama, peran pengasuhan dari perawat tidak lagi berpusat pada fungsi-fungsi biologis pasien tetapi telah meluas ke aspek-aspek psiko-sosial individu. (Ellis et al, 2000)

Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia. Pada profesi keperawatan komunikasi menjadi lebih bermakna karena merupakan metoda utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan. Pengalaman ilmu untuk menolong sesama memerlukan kemampuan khusus dan kepedulian sosial yang besar (Abdalati, 1989 dalam Ellis et al, 2000). Untuk itu perawat memerlukan kemampuan khusus dan kepedulian sosial yang mencakup ketrampilan intelektual, teknikal dan interpersonal yang tercermin dalam perilaku “*caring*” atau kasih sayang dalam berkomunikasi dengan orang lain. Perawat yang memiliki ketrampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Achir, 1999), tetapi yang paling penting adalah mengamalkan ilmunya untuk memberikan pertolongan terhadap sesama manusia.

Komunikasi terapeutik merupakan kegiatan yang tidak terpisahkan dari asuhan keperawatan dalam rangka memelihara mutu pelayanan keperawatan secara komprehensif dan profesional. Pasien yang dirawat di rumah sakit umum mempunyai kerawanan gangguan psiko-sosial-spiritual yang menyertai gangguan fisik biologis. Dari sebuah penelitian sebelumnya diketahui masalah kecemasan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Karawang cukup tinggi (79,31%), dengan demikian diperlukan intervensi keperawatan berupa komunikasi terapeutik. Selama ini bentuk

komunikasi antara perawat-pasien pada umumnya lebih bersifat komunikasi sosial, belum mengarah kepada komunikasi yang bertujuan terapeutik. Oleh karena itu perlu adanya penelitian mengapa hal ini terjadi. (<http://design.lit.itb.ac.id>). Penelitian Johnson yang dikutip Stuart and Sundeen tahun 1987 hubungan terapeutik dapat meningkatkan keterbukaan perawat dan klien sehingga dapat menurunkan kecemasan. Bahkan ada sebuah studi yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik pada anak usia pra sekolah di ruang anak RSUD. Dr.Sutomo Surabaya (Alimul, 2003).

Dengan memahami kebutuhan pasien akan perawat yang mampu melakukan komunikasi terapeutik, maka penelitian ini bermaksud untuk menganalisa Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

### **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka dapat diketahui permasalahan kurang berhasilnya komunikasi terapeutik dapat dipengaruhi beberapa faktor diantaranya faktor kurangnya pengetahuan dan pemahaman perawat tentang komunikasi terapeutik dan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik, sehingga dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimanakah pengetahuan perawat dalam komunikasi terapeutik pada pasien diruang rawat inap Rumah Sakit Umum Dr.Doris Sylvanus Palangka Raya ?
2. Bagaimanakah sikap perawat dalam komunikasi terapeutik pada pasien diruang inap Rumah Sakit Umum Dr.Doris Sylvanus Palangka Raya ?
3. Adakah hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik pada pasien diruang inap Rumah Sakit

Umum Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya?

meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

### Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum  
Tujuan umum dalam penelitian ini adalah :  
Menganalisa hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam mempelajari komunikasi terapeutik pada pasien.
2. Tujuan khusus  
Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :
  - a. Mengidentifikasi pengetahuan perawat dalam komunikasi terapeutik.
  - b. Mengidentifikasi sikap perawat dalam komunikasi terapeutik.
  - c. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik.

### Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat, dengan komunikasi terapeutik maka dapat mengurangi kecemasan, ketakutan, perubahan sikap maladaptif serta ketergantungan tinggi pada perawat dan orang lain, sehingga dapat memperbaiki kondisi orang lain, dan sebagai bahan masukan tentang pentingnya komunikasi terapeutik pada pasien rawat inap, serta sebagai bahan informasi untuk meningkatkan kemampuan pengetahuan dan sikap dalam berkomunikasi secara terapeutik.
2. Bagi Pasien, dengan komunikasi terapeutik gangguan kondisi psikologis pada pasien rawat inap dapat teratasi yang dapat membantu proses penyembuhan sehingga biaya perawatan berkurang.
3. Bagi Rumah Sakit, sebagai bahan masukan yang digunakan untuk penerapan komunikasi terapeutik pada pasien yang dapat

### Ruang Lingkup Penelitian

Pada penulisan penelitian ini penulis membatasi ruang lingkup penelitian hanya pada perawat yang menjalani atau bertugas di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya, penelitian ini dilaksanakan pada 6 – 9 Agustus 2007.

### Metode Penelitian

#### Jenis Penelitian

Pada penelitian menggunakan jenis penelitian *Deskriptif Analitik* dengan menggunakan desain penelitian *Cross Sectional*. Penelitian ini dengan mengidentifikasi melalui pemberian kuesioner pada perawat yang bekerja di ruang rawat inap, kemudian dilakukan analisis untuk mencari ada tidaknya efek terhadap perawat. (Notoatmodjo, 2006)

### Populasi dan Sampel

#### Polulasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya yang berjumlah 184 orang. Karena kriteria dalam penelitian ini adalah:

- a. Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Dr. Doris Sylvanus Palangkaraya
- b. Mempunyai latar belakang pendidikan keperawatan (SPK/SPR, D III Keperawatan/ Kebidanan, DIV/S1 Keperawatan
- c. Bukan menjabat sebagai kepala ruangan
- d. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini

Maka populasinya adalah sebanyak 184 orang yang terbagi pada 11 ruangan

#### Sampel

Sampel yang diambil peneliti menggunakan *random sampling* dengan

pengambilan sampel 50 % dari populasi, dengan proporsi sampel berjumlah 89

### **Tehnik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada kepustakaan yang terdiri dari 36 pertanyaan.

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari tiga bagian. Kuesioner bagian pertama berisi pertanyaan mengenai karakteristik responden, bagian kedua berisi pertanyaan untuk mengetahui tingkat pengetahuan menggunakan skala *Guttman* yaitu pilihan jawaban hanya ada dua “benar” dan “salah” dan bagian tiga berisi pertanyaan untuk mendapatkan data mengenai sikap perawat tentang komunikasi terapeutik dan skala *likert* dengan lima jenis pilihan jawaban yaitu berbentuk pernyataan tertutup yaitu “Selalu”, “Sering”, “Kadang-kadang”, “Jarang”, “Tidak Pernah”. Kuesioner ini dibuat sendiri oleh peneliti dengan mempelajari informasi dasar dan struktur dari setiap variabel, buku-buku kepustakaan dan artikel-artikel. Untuk mengumpulkan data peneliti menghubungi dan meminta ijin kepada Direktur Rumah Sakit dan setelah itu peneliti membagikan kuesioner kepada responden yaitu perawat yang bertugas dan bekerja di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

### **Instrumen Penelitian yang Digunakan**

Penelitian ini menggunakan kuesioner sehingga memungkinkan responden menjawab pertanyaan/pernyataan dalam pengumpulan data, yaitu instrumen dalam bentuk *checklist*. Peneliti menggunakan dua macam kuesioner yaitu:

1. Data demografi, terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lama bekerja. Jadi, jumlah seluruh item pertanyaan

pada lembar pertama ada 5 item pertanyaan.

2. Lembar kedua berisi pertanyaan tentang faktor pengetahuan yang terdiri dari 18 item pertanyaan. Pertanyaan yang menggunakan skala *Guttman*. Pilihan jawaban pada lembar kedua adalah berbentuk “benar” nilainya 1 dan “salah” nilainya 0. Lembar kuesioner akan diisi (diberi tanda *checklist*) pada kolom “benar” bila responden mengerjakan atau tahu tentang pertanyaan dan sebaliknya lembar kedua diisi “Salah”.
3. Lembar ketiga sikap perawat dalam komunikasi diukur dengan skala *likert* sebanyak 18 pertanyaan yang terdiri dari sikap kesejatan no 1-3, sikap empati no 4-7, sikap hormat/respek no 8-14, sikap kongkrit no 15-18. Jadi, Jumlah seluruh item pertanyaan pada pertanyaan pada lembar ketiga adalah sebanyak 18 item pertanyaan yang menggunakan skala *likert*. Pilihan jawaban pada lembar ketiga adalah berbentuk pernyataan tertutup yaitu Selalu, Sering, Kadang-kadang, Jarang, Tidak Pernah, (nilai ordinal 5 diberi bobot nilai perimbangan responden yang menjawab “Selalu” = 5, “Sering” = 4, “Kadang-kadang” = 3, “Jarang” = 2, “Tidak Pernah” = 1.

### **Pengolahan dan Analisis Data**

#### **Tehnik Pengolahan Data**

##### **1. Penyuntingan Data (*Editing*)**

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawabannya yang ada di kuesioner sudah lengkap (semua pertanyaan sudah terisi jawabannya), jelas (jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca), relevan (jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan).

#### **Tehnik Analisa Data**

Data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner diolah melalui dua cara yaitu :

### 1. Analisa Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan masing-masing variabel baik variabel terikat yaitu sikap perawat dalam komunikasi terapeutik dan variabel bebas yaitu pengetahuan perawat dalam komunikasi terapeutik.

### 2. Analisa Bivariat

Untuk melakukan perhitungan digunakan *program computer* sedangkan perhitungan manual dilakukan sebagai justifikasi dalam mencari hubungan pengetahuan perawat yang mempengaruhi sebagai sebaran X sikap perawat dalam komunikasi terapeutik sebagai sebaran Y. Derajat hubungan antara variabel-variabel tersebut digunakan rumus Chi Square (Setelah diketahui nilai dari Chi Square ( $X^2$ ), maka untuk membuktikan kebenaran dari hipotesis yang dikemukakan dibandingkan dengan nilai ( $X^2$ ) pada tabel, maka dapat dilihat dari hasil  $X^2$  hasil perhitungan dibandingkan dengan  $X^2$  dalam tabel. Sedangkan nilai kritis  $X^2 \alpha$  diperoleh dari tabel Chi Square untuk taraf signifikan  $\alpha = 5$  persen dan derajat kebebasan (df) = (k-1) (b-1). Apabila  $X^2$  hitung lebih besar daripada  $X^2$  tabel maka hipotesa alternatif diterima dan menolak hipotesa nol. Sebaliknya apabila  $X^2$  hitung lebih kecil daripada  $X^2$  tabel maka hipotesa alternatif ditolak dan menerima hipotesa nol. Sedangkan untuk pengujian hipotesa berdasarkan perhitungan *program computer*,  $H_0$  ditolak apabila p Value <  $\alpha = 0,05$ .

Data Primer 2007

### 3. Analisa Univariat

#### Variabel Bebas

**Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Dalam Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya Tahun 2007**

No	Pengetahuan	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Kurang	13	14,6
2.	Baik	76	85,4
	Jumlah	89	100

Sumber : Hasil Pengolahan Data

### Variabel Terikat

Variabel terikat yaitu sikap perawat dalam komunikasi terapeutik.

**Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Dalam Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya Tahun 2007**

No.	Sikap Dalam Komunikasi Terapeutik	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Negatif	17	19,1
2.	Positif	72	71,9
	Jumlah	89	100

Sumber : Hasil Pengolahan Data

### 4. Analisa Bivariat

**Tabel 4.7. Hubungan Antara Pengetahuan dengan Sikap Perawat Dalam Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya Tahun 2007**

Pengetahuan	Sikap		Total	OR
	Negatif	Positif		
Kurang Baik	6 (42,6 %)	7 (53,8 %)	13 (100%)	5,065
Baik	11(14,5 %)	65 (61,5%)	76 (100%)	

Uji Chi-square Sig(P) = 0,021

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat dari 6 responden menunjukkan bahwa perawat yang berpengetahuan kurang cenderung memiliki sikap negatif dalam komunikasi terapeutik, 7 responden dengan tingkat pengetahuan kurang namun memiliki sikap yang positif, 11 responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan sebaliknya memiliki sikap yang negatif dan 65 responden dengan tingkat pengetahuan baik juga memiliki sikap yang positif dalam komunikasi terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan metode Chi-Square maka diperoleh p Value = 0,021 sedangkan nilai  $\alpha = 0,05$ , jika dibandingkan maka p Value < nilai  $\alpha$  dengan sendirinya hipotesa nol ( $H_0$ ) ditolak dan menerima hipotesa

alternatif (Ha) yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR = 5,065$ , artinya perawat yang dengan tingkat pengetahuan baik berpeluang 5 kali lebih bersikap positif dalam komunikasi terapeutik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

### **Pembahasan Pengetahuan Dalam Komunikasi Terapeutik**

Didalam identifikasi pengetahuan responden dalam komunikasi terapeutik dapat dilihat bahwa sebagian besar berpengetahuan baik. Hal ini dapat dilihat dari yang melatarbelakangi responden seperti tingkat pendidikan dan lama bekerja. Dari tingkat pendidikan rata-rata responden yang berpendidikan Diploma III Keperawatan/Kebidanan pengetahuan yang baik jauh lebih besar dari yang kurang demikian juga dengan yang berpendidikan DIV/S1. Sedangkan untuk Sekolah Perawat Kesehatan (SPK/SPR) jumlah yang berpengetahuan kurang sedikit lebih banyak dari pada yang berpengetahuan baik. Untuk faktor pengalaman dan lama bekerja seorang perawat dapat dinilai yang mempunyai banyak pengalaman atau masa kerja lama > 10 tahun berpengetahuan baik hampir sama dengan masa kerja 5 – 10 tahun.

#### **1. Sikap Dalam Komunikasi Terapeutik**

Dari hasil identifikasi sikap dalam komunikasi terapeutik, bahwa responden yang bersikap positif lebih besar dari yang bersikap negatif. Hal ini dapat dilihat bahwa responden juga sangat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan dan pengalaman yang dimiliki. Semakin tinggi pendidikan cenderung bersikap positif

dalam komunikasi (Notoatmodjo, 1993). Sikap dalam komunikasi terapeutik pada perawat sangat penting.

Pengalaman seseorang akan mempunyai dampak dalam bersikap baik positif maupun negatif, mengingat pengalaman yang banyak atau lama bekerja seseorang akan mempunyai kecenderungan untuk bertindak lebih baik dari yang baru bekerja, masa kerja > 10 tahun mempunyai sikap positif hampir sama dengan yang telah bekerja 5-10 tahun. Hal ini mengingat puncak kerja seseorang pada masa tersebut (Notoatmodjo, 1993). Sebagaimana Allport mengungkapkan bahwa sikap merupakan kecenderungan seseorang untuk berespon secara positif atau negatif terhadap suatu objek. Pengalaman atau lama dalam bekerja, kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu objek banyak dan kehidupan emosionalnya sudah baik dan akan cenderung bersikap yang baik (Notoatmodjo, 1993).

#### **2. Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Dalam Komunikasi Terapeutik**

Hasil uji statistik tentang hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam komunikasi terapeutik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan, hasil uji statistik dengan Chi-Square P value = 0,021. Dalam teori dijelaskan pengetahuan akan membentuk tindakan atau perilaku seseorang, dalam kenyataan tidak semua pengetahuan yang baik akan mempunyai sikap atau perilaku yang baik. Tetapi kecenderungan untuk bersikap baik itu akan lebih tinggi dibandingkan dengan pengetahuan yang kurang dalam komunikasi terapeutik (Notoatmodjo, 1993).

Terdapatnya hubungan pengetahuan dengan sikap dalam komunikasi terapeutik hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya banyak yang mempunyai pengalaman bekerja dan rata-rata dengan pendidikan tinggi. Komunikasi merupakan



sesuatu yang harus dilakukan oleh seorang perawat dalam melakukan atau memberikan intervensi keperawatan.

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan dapat ditarik beberapa kesimpulan yakni :

1. Pengetahuan perawat dalam komunikasi terapeutik di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya adalah sebanyak 85,6% berpengetahuan baik dan 14,6% berpengetahuan kurang.
2. Sikap perawat dalam berkomunikasi terapeutik di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya adalah sebanyak 71,9% bersikap positif dan 19,1 % bersikap negatif.
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap dalam komunikasi terapeutik di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya dengan nilai kemaknaan p Value : 0,021.

### Saran

Setelah dilakukan penelitian dan diperoleh suatu kesimpulan, maka peneliti ingin memberikan beberapa saran yaitu :

1. Bagi Perawat, diharapkan meningkatkan ketrampilan dalam berkomunikasi terapeutik karena dengan komunikasi terapeutik maka dapat mengurangi dampak akibat kurang efektifnya komunikasi terapeutik yang ditimbulkan seperti kecemasan, ketakutan, perubahan sikap maladaptif serta ketergantungan tinggi pada perawat dan orang lain, sehingga dapat memperbaiki kondisi orang lain. Diharapkan juga untuk terus menambah pengetahuan dalam komunikasi terapeutik dan meningkatkan kemampuan

pengetahuan dan sikap dalam berkomunikasi secara terapeutik.

2. Bagi Rumah Sakit, diharapkan mendukung dan menjadikan penerapan komunikasi terapeutik pada pasien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
3. Bagi peneliti selanjutnya, agar memperdalam teori dan wacana khususnya dalam penelitian mengenai komunikasi terapeutik.

### Ucapan Terima Kasih :

Untuk itu dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Direktur Rumah Sakit Umum dr. Doris Sylvanus Palangka Raya yang telah memberikan ijin sebagai tempat melakukan penelitian.
2. Seluruh kepala ruangan Rumah Sakit Umum dr. DORIS Sylvanus Palangka Raya yang telah memfasilitasi peneliti dalam pengambilan data serta dukungan atas penelitian ini.
3. Responden Penelitian
4. Semua orang-orang yang telah membantu peneliti yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu.

### Daftar Pustaka

- Achir Yani S Hamid (1999). *Buku Ajar Riset Keperawatan 1*, Widya Medika, Jakarta.
- Alimul H, Aziz (2003). *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah*, Edisi Pertama, Salemba Medika, Jakarta.
- \_\_\_\_\_ (2001). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Dalam Komunikasi Terapeutik Pada Anak Usia Pra Sekolah di ruang anak RSUD*, Skripsi tidak dipublikasikan, Universitas Airlangga, Surabaya

- Arikunto, S (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta.
- Departemen P7K RI, (1999). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta.
- Ellis, B. Rogers. Et all, (2000). *Komunikasi Interpersonal Dalam Keperawatan*. Editor Setiawan. EGC, Jakarta.
- Hastono, Sutanto Priyo, (2006). *Modul Pertama: Pengolahan Data, Uji Instrumen*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Modul Kedua: Analisis Univariat, Analisis Bivariat*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- Kariyoso. (1994). *Komunikasi Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Editor Yasmin Asih. EGC, Jakarta.
- Purwanto, Heri. (1994). *Komunikasi Untuk Perawat*. EGC, Jakarta.
- Sugiono, (2002). *Metode Penelitian Administrasi*, Alfabeta, Bandung.
- Stuart & Sundeen, (1987), *Principle & Practice of Psychiatri Nursing*. (5<sup>th</sup> Edittion) Philadelphia; JB Lippincot.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Ilmu Kperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Vardiansyah, Dani. (2005). *Filsafat Komunikasi : Suatu Pengantar*. Indeks, Jakarta.
- Daedah, Tati. (2007). Komunikasi Dalam Keperawatan. <http://www.inna-ppni.or.id>. Diperoleh tanggal 14 April 2007.
- Palestin, Bondan. (2007). *Penerapan Komunikasi Terapeutik Untuk Mengoreksi Perilaku Klien Rawat Jalan dengan Diabetes Mellitus*. <http://bondanmanajemen.blogspot.com>, Diperoleh tanggal 17 April 2007

## DEMOKRATISASI ORANGTUA DAN PENYULUHAN PIK-KRR TERHADAP KEDEWASAAN PADA PERKAWINAN USIA MUDA DI KABUPATEN SLEMAN

Eny Retna Ambarwati<sup>1</sup>, AA Subiyanto<sup>2</sup>, Sapja Anantanyu<sup>3</sup>, Supriyadi<sup>4</sup>

### ABSTRAK

**Latar belakang :** Peningkatan status kesehatan masyarakat, khususnya ibu dilakukan dengan indikator menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.00 kelahiran hidup menjadi 346 dan 306 per 100.000 kelahiran hidup serta meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, pembiayaan kegiatan promotif dan preventif. Kualitas SDM wanita turut mempengaruhi kualitas generasi penerus karena wanita berperan dalam mengembangkan SDM di masa mendatang. Semakin dewasa suatu pasangan, semakin besar kemungkinan pasangan tersebut akan hidup bahagia. Perkawinan merupakan awal kehidupan besar bagi wanita, tinggal bersama suami, keluarga baru, perlu adaptasi lingkungan baru, segera memiliki anak dan berbagai masalah kesehatan. Kebutuhan informasi kesehatan remaja wanita yang baru menikah bisa diatasi secara efektif melalui penyuluh kesehatan

**Tujuan :** Mengetahui pengaruh demokratisasi orangtua, penyuluhan PIK-KRR terhadap kedewasaan pada perkawinan usia muda di Kabupaten Sleman.

**Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian survey. Populasi pada penelitian ini sebanyak 472 responden. Teknik pemilihan sampel yang digunakan adalah *multistage stratified proporsional random sampling* dengan jumlah sampel 208 responden. Analisa data menggunakan *Regresi Linear Berganda*.

**Hasil :** Ada pengaruh demokratisasi orangtua terhadap kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman dengan nilai R hitung = 0,233 dengan signifikansi (p) = 0,00. sedangkan nilai Regresi T hitung = 3,439 dengan signifikansi (p) = 0,001. Ada pengaruh penyuluhan PIK-KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman dengan nilai R hitung = 0,154 dengan signifikansi (p) = 0,013. sedangkan nilai Regresi T hitung = 2,235 dengan signifikansi (p) = 0,026.

**Kesimpulan:** Ada pengaruh demokratisasi orangtua, penyuluhan PIK-KRR terhadap kedewasaan pada perkawinan usia muda di Kabupaten Sleman.

---

<sup>1</sup> Mahasiswa program doctoral Universitas Sebelas Maret Surakarta

<sup>2,3,4</sup> Dosen Universitas Sebelas Maret Surakarta

## **DEMOCRATIZATION OF PARENTS AND EXTENSION OF PIK-KRR ON THE MATURITY OF YOUNG MARRIAGE IN THE DISTRICT OF SLEMAN**

Eny Retna Ambarwati<sup>1</sup>, AA Subiyanto<sup>2</sup>, Sapja Anantanyu<sup>3</sup>, Supriyadi<sup>4</sup>

### **ABSTRACT**

**Background :** *Improvement of health status of the community, especially the mother is done with the indicator of decreasing maternal mortality rate of 359 per 100.00 into 346 live births and 306 per 100,000 live births and the increased efforts to improve health promotion and community development, financing promotive and preventive activities. HR Quality of women also affect the quality of the next generation because women play a role in developing human resources in the future. The more mature a couple, the more likely the couple will live happily. Marriage is the beginning of a great life for a woman, lived with her husband, a new family, need adaptation to new environments, have children and a variety of health problems. Health information needs of newly married young women can be effectively addressed through health educator*

**Objective :** *Know the influence of democratization of parents, counseling of PIK-KRR to the maturity on a young age marriage in Sleman district.*

**Method :** *This research was a survey. The population in this study were 472 respondents. Sample selection technique used was proportional stratified multistage random sampling with a sample of 208 respondents. Data were analyzed using linear regression.*

**Results:** *There is the influence of parents democratization towards the maturity of marriage in Sleman District with the value of R count = 0.233 with significance (p) = 0.00. while the value of Regression T count = 3.439 with significance (p) = 0,001. There is an influence of illumination of PIK-KRR to the level of the maturity of marriage in Sleman District with the value of R count = 0,154 with significance (p) = 0.013. while the value of Regression T count = 2.235 with significance (p) = 0,026.*

**Conclusion:** *There is democratization influence of parents, counseling of PIK-KRR to the maturity of a young age marriage in Sleman district.*

---

<sup>1</sup> Graduate Student of Universitas Sebelas Maret Surakarta

<sup>2,3,4</sup> Lecturers of Universitas Sebelas Maret Surakarta

## Latar Belakang

Angka kematian ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015. Dengan berakhirnya agenda *Millennium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, kelanjutan program ini disebut *Sustainable Development Goals* (SDGs), meliputi 17 *goals* bidang kesehatan. Dalam bidang kesehatan, fakta menunjukkan bahwa individu yang sehat memiliki kemampuan fisik dan daya pikir yang lebih kuat, sehingga dapat berkontribusi secara produktif dalam pembangunan masyarakatnya. Peningkatan status kesehatan masyarakat, khususnya ibu dilakukan dengan indikator menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 346 dan 306 per 100.000 kelahiran hidup serta meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, pembiayaan kegiatan promotif dan preventif.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, di antara wanita usia 10-54 tahun 2,6% menikah pertama kali pada umur kurang dari 15 tahun dan 23,9% menikah pada umur 15-19 tahun. Data *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa 140 juta anak wanita menikah sebelum berusia 18 dan 50 juta wanita menikah di bawah usia 15 tahun (*World Health Organization*, 2013). Data tersebut menunjukkan angka kejadian pernikahan usia muda yang dilakukan oleh kalangan remaja di Indonesia masih tinggi. Perkawinan merupakan awal kehidupan besar bagi wanita, tinggal bersama suami, keluarga baru, perlu adaptasi lingkungan baru, segera memiliki anak dan berbagai masalah kesehatan

Program Keluarga Berencana Nasional menganjurkan usia perkawinan bagi perempuan 20 tahun dan bagi laki-laki 25 tahun dikarenakan remaja pada usia lebih dari sama dengan 20 tahun sudah matang dalam mengambil keputusan serta kemampuan produktivitas sudah memadai (Maramis, 2005;

BKKBN, 2010a). Keluarga yang sehat merupakan dasar penting dalam melahirkan individu dan keluarga sejahtera dengan mempersiapkan perkawinan sejak awal karena keluarga adalah unit produksi ekonomi, status sosial dan keamanan bagi para anggotanya sehingga diperlukan seseorang laki-laki atau perempuan untuk dapat menjalankan rumah tangga dan mempertahankan status keluarga (UNICEF, 2000; Nur Hidayati, 2008; dan Hassan, 2012).

Keluarga yang sehat merupakan dasar penting dalam melahirkan individu dan keluarga sejahtera dengan mempersiapkan perkawinan sejak awal karena keluarga adalah unit produksi ekonomi, status sosial dan keamanan bagi para anggotanya sehingga diperlukan seseorang pria-wanita untuk dapat menjalankan rumah tangga dan mempertahankan status keluarga (*United Nations International Children's Emergency Fund*, 2000; Hidayati, 2008; dan Hassan, 2012).

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 di antara wanita 10-54 tahun 2,6% menikah pertama kali pada umur kurang dari 15 tahun dan 23,9% menikah pada umur 15-19 tahun. Data *World Health Organization* (WHO) menyebutkan 140 juta anak wanita menikah sebelum berusia 18 dan 50 juta wanita menikah di bawah usia 15 tahun (*World Health Organization*, 2013). Berdasarkan data tersebut dapat menunjukkan angka kejadian pernikahan usia muda yang dilakukan oleh kalangan remaja di Indonesia masih tinggi. Usia kawin muda menjadi perhatian penentu kebijakan serta perencanaan program karena berisiko tinggi terhadap kegagalan perkawinan, kehamilan usia muda yang berisiko kematian maternal, serta risiko tidak siap mental untuk membina perkawinan dan menjadi orangtua yang bertanggung jawab. Perkawinan usia muda akan berdampak pada rendahnya kualitas keluarga, baik ditinjau dari sisi ketidaksiapan secara psikis dalam

menghadapi persoalan sosial atau ekonomi rumah tangga, maupun kesiapan fisik bagi calon ibu remaja dalam mengandung dan melahirkan bayinya.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa banyak wanita menikah pada usia muda yang tidak mengetahui fungsi organ tubuh dan kesehatan reproduksi (Akina, 2011). Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang baik dapat mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, komplikasi persalinan dan nifas (Rafael, Yarger, Decker and Brindis, 2015). Jaringan komunikasi orangtua-remaja wanita dapat meningkatkan kesehatan reproduksi, sehingga orangtua perlu diajarkan tentang kesehatan reproduksi sehingga dapat menyampaikan pengetahuan penting untuk anak-anak mereka (Hindin & Fatusi, 2009). Sementara itu, Rajesh, Singh, Kumar & Parasuraman, (2013) menemukan bahwa kebutuhan informasi kesehatan remaja wanita yang baru menikah bisa diatasi secara efektif melalui penyuluhan kesehatan.

### Tujuan Penelitian

#### A. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh demokratisasi orangtua dan penyuluhan PIK-KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman.

#### B. Tujuan khusus

1. Mengetahui pengaruh demokratisasi orangtua terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman
2. Mengetahui pengaruh penyuluhan PIK-KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman.

### Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survey, bersifat deskriptif korelasional yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana variasi pada suatu faktor berkaitan dengan variasi pada satu atau lebih faktor lain

berdasarkan koefisien korelasional (Arikunto, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja wanita yang telah menikah di Kabupaten Sleman. Teknik pengambilan sampel dengan *multistage stratified proporsional random sampling* dengan pertimbangan populasi yang tersebar secara geografis sejumlah 208 responden.

### Hasil Penelitian

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

No.	Karakteristik Responden	n	%
1.	Usia awal pernikahan		
	a. 16 tahun	13	6.25
	b. 17 tahun	18	8.65
	c. 18 tahun	46	22.12
	d. 19 tahun	131	62.98
2.	Pendidikan terakhir		
	a. Tidak tamat SD	2	0.96
	b. Tamat SD	2	0.96
	c. SMP sederajat tidak tamat	3	1.44
	d. SMP sederajat tamat	38	18.27
	e. SMA sederajat tidak tamat	10	4.81
	f. SMA sederajat tamat	150	72.12
	g. D3 tamat	3	1.44
3.	Jenis pekerjaan		
	a. Ibu rumah tangga	137	65.87
	b. PNS	1	0.48
	c. Pegawai swasta	32	15.38
	d. wiraswasta	7	3.37
	e. Pedagang	8	3.85
	f. Buruh	23	11.06
4.	Tingkat pendapatan		
	1. Tidak memiliki pendapatan	137	65.87
	2. < 1 juta-2juta	27	12.98
	3. > 2 juta-3juta	28	13.46
	4. > 3 juta-4juta	9	4.33
	5. > 4 juta-5juta	3	1.44

Sumber: Data Primer, diolah (2015)

Berdasarkan Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 208 responden penelitian, sebagian besar menikah pada usia remaja akhir 19 tahun sebanyak 131 (62,98) responden. Usia 19 tahun termasuk kategori remaja akhir. Pada masa ini remaja memiliki perkembangan fisik tubuh mencapai bentuk dewasa, memiliki identitas yang khas, pendapat dan ide-ide yang dapat terselesaikan.

Tingkat pendidikan adalah pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti remaja dan dibuktikan dengan ijazah. Data statistik tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA/K sederajat sebanyak 150 responden (72.12%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah menyelesaikan pendidikan menengah atas. Pendidikan wanita mempengaruhi berbagai hal diantaranya pendidikan anak dan keberhasilan program keluarga berencana dan kependudukan.

Jenis pekerjaan merupakan kegiatan atau aktivitas sehari-hari remaja sebagai mata pencaharian. Data statistik menunjukkan bahwa sebagian besar remaja tidak bekerja sebanyak 32 responden (15.38%), Berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar remaja bekerja sebagai pegawai swasta sebanyak 32 responden (15.38%). Berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar remaja bekerja sebagai pegawai swasta sebanyak 32 responden (15.38%). Hal ini menunjukkan bahwa remaja yang menikah muda memiliki kesempatan yang lebih kecil untuk mendapatkan pekerjaan yang dapat mempengaruhi kemampuan pengambilan keputusan.

Tingkat pendidikan adalah pendidikan formal tertinggi yang pernah diikuti remaja dan dibuktikan dengan ijazah. Sebanyak 151 responden (72,6%) responden memiliki tingkat pendidikan tertinggi SMA/ sederajat tamat dan responden yang tidak tamat SD berjumlah 2 orang (1%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah

menyelesaikan pendidikan dasar sembilan tahun bahkan sudah melanjutkan ke pendidikan menengah. Sebagian besar responden mampu menerima berbagai informasi mengenai kesehatan. Pendidikan pada wanita mempengaruhi berbagai hal diantaranya pendidikan anak dan keberhasilan program keluarga berencana dan kependudukan.

Tingkat pendapatan adalah kesanggupan keluarga untuk menghidupi keluarga yang diukur dengan pendapatan keluarga dalam satu bulan. Berdasarkan responden yang bekerja, responden yang memiliki pendapatan >2juta-3juta sebanyak 28 responden (13.46%). Berdasarkan Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta No. 252/ Kep/ 2014 tentang Upah Minimum Kabupaten/ Kota Tahun 2015, upah minimum Kabupaten Sleman ditetapkan sebesar Rp1.200.000,- per bulan. Sebagian kecil responden memiliki pendapatan lebih tinggi dari upah minimum kabupaten (UMK). Ketika wanita mampu menunda pernikahan dan merencanakan kehamilan, pendapatan per kapita dan tabungan meningkat yang mengakibatkan pertumbuhan pendapatan nasional (Menstell Lizzy dan Nicole Cheetham, 2015).

**Tabel 2. Pengaruh demokratisasi orangtua dan penyuluhan PIK\_KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman.**

Variabel	R Square	R Hitung
Demokratisasi orangtua	0.065	0.254
Penyuluhan PIK-KRR	0.130	0.360

Sumber: Data Primer, diolah (2015)

Hasil uji statistik untuk mengetahui pengaruh demokratisasi orangtua terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman pada tabel diatas memperlihatkan nilai R hitung = 0,254 dengan signifikansi (p) = 0,00. sedangkan nilai Regresi T hitung = 3,769 dengan signifikansi (p) = 0,000 maka dinyatakan ada pengaruh demokratisasi orangtua terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman. Nilai

$R^2 = 0.065$  dapat diartikan bahwa semakin demokratis orangtua remaja berpengaruh terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman dengan kontribusi 0.065 (6,5%).

Hasil statistik untuk mengetahui pengaruh penyuluhan PIK\_KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman pada tabel di atas memperlihatkan nilai R hitung = 0,360 dengan signifikansi ( $p$ ) = 0,000. sedangkan nilai Regresi T hitung = 5,543 dengan signifikansi ( $p$ ) = 0,000 maka dinyatakan ada pengaruh penyuluhan PIK\_KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman. Nilai  $R^2 = 0.130$  dapat diartikan bahwa semakin baik penyuluhan PIK\_KRR berpengaruh terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman dengan kontribusi 0.130 (13%).

### **Pembahasan**

Pengaruh demokratisasi orangtua terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh demokratisasi orangtua dan penyuluhan PIK\_KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman.

Pengaruh demokratisasi orangtua terhadap tingkat kedewasaan perkawinan signifikan. Besar pengaruh tingkat demokratisasi orangtua terhadap tingkat kedewasaan perkawinan sebesar 6.5%. Arti 6.5% yaitu bahwa tingkat demokratisasi orangtua memberikan dampak terhadap tingkat kedewasaan perkawinan sebesar 6.5%.

Pola asuh berkaitan dengan cara mendidik anak dengan adanya aturan-aturan orangtua, namun juga sekaligus tetap memperhatikan keadaan dan kebutuhan anak (Hurlock, 1990). Hal demikian menunjukkan bahwa orangtua menentukan aturan sekaligus memberi kebebasan bagi anak. Pola asuh orangtua demokratis merupakan cara mendidik orangtua terhadap anak yang ditandai

dengan aspek kebebasan terkontrol, aspek aturan, aspek individualitas, aspek komunikasi dua arah dan aspek sikap hangat.

Aspek kebebasan terkontrol merupakan cara orangtua memberikan kebebasan pada remaja dalam bertindak dan menentukan pilihannya, namun masih dalam pengawasan dan kontrol dari orangtua. Pola asuh demokratis dilakukan dengan memperhatikan dan menghargai kebebasan anak, serta dengan bimbingan yang penuh pengertian antara orangtua dan anak (Umar, 1993). Oleh sebab itu, keputusan yang diambil orangtua menjadi keputusan yang memiliki manfaat positif bagi anak, termasuk keputusan orangtua yang dapat mengakomodasi pendapat anak. Pola asuh orangtua demokratis dapat menumbuhkan keyakinan dan kepercayaan diri serta mendorong remaja mampu berperilaku mandiri atau membuat keputusan sendiri (Hetherington, 1999; Lippe dan Sko, 1998; dan Santrock; 2003).

Hubungan antara remaja dan orangtua adalah saling memberi dan menerima. Orangtua dapat memberikan perhatian kepada remaja. Adanya perhatian orangtua dapat membantu remaja menemukan identitas egonya sehingga remaja memiliki kontrol diri yang bersifat internal. Remaja juga dapat menjelajah lingkungannya sebagai upaya memperoleh kompetensi interpersonal (Hetherington, 1999; Lippe dan Sko, 1998; dan Santrock; 2003). Pola asuh orangtua yang demokratis juga ditandai dengan adanya sikap hangat dari orangtua. Adanya sikap hangat dari orangtua dapat membuat remaja merasa dekat dan bersikap terbuka kepada orangtuanya. Orangtua yang penuh pengertian terhadap kebutuhan remaja dapat mempengaruhi remaja untuk selalu terbuka dan menceritakan semua hal kepada orangtua termasuk keputusan pernikahan.

Pengaruh penyuluhan PIK\_KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman.



Pengaruh penyuluhan PIK-KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan signifikan. Pengaruh penyuluhan PIK-KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan sebesar 13%. Arti 13% yaitu bahwa penyuluhan PIK-KRR memberikan dampak sebesar 13% pada tingkat kedewasaan perkawinan.

Penyuluhan PIK-KRR merupakan segala bentuk layanan yang diterima remaja dari PIK-KRR dalam meningkatkan kemampuan remaja melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tentang kesehatan reproduksi remaja meliputi kompetensi penyuluh, kelembagaan penyuluhan, metode, media, materi.

Kompetensi penyuluh merupakan seperangkat persepsi tentang kompetensi yang dimiliki penyuluh sehingga diterima khalayak meliputi sikap terhadap sasaran, penguasaan materi, kemampuan berkomunikasi. Kegiatan penyuluhan berorientasi pada perubahan perilaku yang mengisyaratkan bahwa seorang penyuluh dituntut untuk memiliki kemampuan mumpuni agar perannya menggerakkan masyarakat untuk melakukan perubahan-perubahan dapat tercapai dengan baik. Kompetensi penyuluh merupakan salah satu faktor penting dalam penyampaian informasi kesehatan.

Kelembagaan penyuluhan merujuk pada lembaga yang mempunyai tugas dan fungsi menyelenggarakan penyuluhan kesehatan. Kelembagaan dalam penelitian ini adalah PIK-KRR. PIK-KRR merupakan lembaga yang menangani penyuluhan. Adanya kelembagaan penyuluh dapat mempengaruhi tingkat kedewasaan perkawinan melalui program-program yang direncanakan oleh lembaga. Metode penyuluhan adalah cara-cara penyampaian materi penyuluhan secara sistematis sehingga materi penyuluhan tersebut dapat dimengerti dan diterima oleh masyarakat sasaran (Ibrahim, 2003).

Metode penyuluhan yang baik dapat memberikan pemahaman kesehatan kepada remaja dengan jelas. Dengan

demikian, remaja bisa memperoleh informasi kesehatan yang benar sehingga dapat mempengaruhi pola pikir remaja dalam perkawinan.

Media penyuluhan merujuk pada sarana pencapaian pesan. Media penyuluhan dapat memperkuat penjelasan yang tidak dapat ditirukan oleh penyuluh dan pesan-pesan yang disampaikan dengan perubahan itu maka sasaran akan menjadi lebih terbuka untuk hal-hal baru. Media penyuluhan selain sebagai alat memperjelas juga dapat berfungsi sebagai berikut; (1) menarik perhatian atau memusatkan perhatian, sehingga konsentrasi sasaran terhadap materi tidak terpecahkan; (2) menimbulkan kesan mendalam, artinya apa yang disuluhkan tidak mudah untuk dilupakan; (3) alat untuk menghemat waktu yang terbatas (Ibrahim, 2003). Media penyuluhan yang baik akan memperlancar proses penyampaian informasi kesehatan sehingga memudahkan dalam pemahaman informasi tersebut. Informasi dan pengetahuan kesehatan reproduksi tersebut dapat menjadi bekal bagi remaja dalam proses pernikahan sehingga mampu memberikan keputusan yang tepat saat ada permasalahan pernikahan.

Materi penyuluhan merupakan segala pesan yang ingin dikomunikasikan penyuluh kepada masyarakat (Mardikanto, 2007). Penyuluhan PIK-KRR di lingkungan remaja sangat penting artinya dalam membantu remaja untuk mendapatkan pengetahuan, kesadaran, sikap dan perilaku kehidupan yang sehat dan bertanggungjawab (BKKBN, 2002). Pengetahuan remaja mengenai perilaku sehat dapat mempengaruhi cara bersikap dan pengambilan keputusan remaja terutama dalam hal perkawinan.

PIK-KRR dalam hal ini dapat mempengaruhi tingkat kedewasaan perkawinan melalui program-program yang dijalankan, terutama penyuluhan yang dapat digunakan dalam hal pemberian penerangan atau penyampaian informasi (Suyadi, 2009). Penerangan atau

penyampaian informasi ini dapat menjadi wujud intervensi pada pemahaman remaja mengenai pentingnya pencapaian kedewasaan perkawinan, termasuk langkah-langkah untuk mencapainya. Program tersebut dapat memberikan pemahaman pada remaja atas pentingnya kedewasaan perkawinan.

Penyuluhan sebagai proses pemberdayaan, akan menghasilkan masyarakat yang dinamis dan progresif secara berkelanjutan, sebab didasari oleh adanya motivasi intrinsik dan ekstrinsik dalam diri mereka (Mardikanto, 2010a). Penyuluhan tidak terbatas untuk mengubah perilaku masyarakat bawah, tetapi untuk meningkatkan interaksi antar stakeholder agar mereka mampu mengoptimalkan aksesibilitasnya dengan informasi supaya mereka mampu meningkatkan keadaan ekonomi dan kesejahteraan sosialnya.

Program penyuluhan melalui PIK-KRR telah mampu meningkatkan pengetahuan dan perilaku tentang kesehatan reproduksi dan pengambilan keputusan menikah (Madeni et al, 2011). Penyuluhan PIK-KRR sebagai bagian dari program kesehatan reproduksi dalam hal ini juga mempengaruhi peningkatan pengambilan keputusan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perkawinan, serta pencapaian kedewasaan perkawinan (Nwokolo, Chinyelu 2008).

### Kesimpulan

1. Ada pengaruh demokratisasi orangtua terhadap kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman dengan nilai R hitung = 0,233 dengan signifikansi (p) = 0,00. sedangkan nilai Regresi T hitung = 3,439 dengan signifikansi (p) = 0,001.
2. Ada pengaruh penyuluhan PIK-KRR terhadap tingkat kedewasaan perkawinan di Kabupaten Sleman dengan nilai R hitung = 0,154 dengan signifikansi (p) = 0,013. sedangkan nilai Regresi T hitung = 2,235 dengan signifikansi (p) = 0,026.

### Saran

1. Penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi dan bahan acuan berkaitan dengan perkawinan usia muda terhadap kedewasaan perkawinan.
2. Penelitian ini dapat dijadikan gambaran akan pentingnya tingkat kedewasaan seseorang khususnya dalam memutuskan segala sesuatunya pada perkawinan, dan penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan dan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan baik bagi pemerintah.

### Daftar Pustaka

1. Akina. (2011). *Teenage Pregnancy In Nepal: Consequences, Causes And Policy Recommendations*. Developmen , Policy and Practice Vrije Universiteit Amsterdam.
2. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2010a). *Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia*. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi.
3. Hassan. (2012). *Keluarga Sehat Melahirkan Komuniti Sejahtera: Satu Ulasan*. Malaysia Journal of Society and Space 8 issue 5, hlm 51-63.
4. Hindin & Fatusi. (2009). *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Countries: an Overview of Trends and Interventions*. International perspectives on sexual and reproductive health, 35(2), 58-62.
5. Hetherington & Parke. (1999). *Child Psychology*. Fifth edition. New York. Mc Graw-Hill, Inc.
6. Ibrahima and Iknane. (2008). *Study On Early Marriages, Reproductive Health And Human Rights*. Norwegian Church Aid.
7. Lippe & Skoe. (1998). *Personality Development*. Addison-Wesley Company, Inc.
8. Madeni, Horiuchi, & Iida. (2011). *Evaluation of a Reproductive Health Awareness Program for Adolescence*

*in Urban Tanzania-A Quasi-Experimental Pre-Test Post-Test Research.* Reproductive health, 8(8), 8-21.

9. Maramis.(2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa.* Surabaya: Airlangga University Press
10. Mardikanto. (2007). *Penyuluhan Pembangunan.* Surakarta. Universitas Sebelas Maret.
11. Menstell and Cheetham. (2015). Youth Leadership Council International Youth ini; MHS, Divisi Hak Healthand. Advokat untuk Pemuda © 2015
12. Nwokolo. (2010). *Counselling Against Early Marriage of the Girl-Child in Anambra state.* Edo Journal of Counselling, 3(1), 50-57.
13. Nur Hidayati. (2008). *Pernikahan Dini dalam Perspektif Hukum.* Ragam Jurnal Pengembangan Humaniora Vol. 8 No. 2.
14. Rajesh, Singh, Kumar & Parasuraman, *Teenage Childbearing: A Growing Public Health Concern in Need Of Urgent Policy and Program Action.* J Public Health (2013) 21:379–384 DOI 10.1007/s10389-012-0551-6.
15. Rafael, Yarger, Decker and Brindis. (2015). *Socio Economic Differences in Adolescent Sexual and Reproductive Health: Marriage.* Health, Nutrition and Population Global Practice . World Bank Group.
16. Santrock. (2003). *Adolescence: Perkembangan Remaja.* Edisi keenam. Jakarta. Erlangga.
17. Suyadi. (2009). *Buku Pegangan Bimbingan dan Konseling.* Bandung.
18. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2000). *Early Marriage child spouses.* Innoceni Digest no. 7.
19. World Health Organization (WHO). (2013). *Child Mariages.* 39000 every day.

## HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN TERHADAP RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM DI BLUD RSUD dr. DORIS SYLVANUS PALANGKA RAYA

Oktaviani, Santhy K Samuel, Heti Ira Ayue

<sup>1</sup> Poltekkes Kemenkes Palangka Raya Jurusan Kebidanan, email: okta.panda@gmail.com

<sup>2,3</sup> Poltekkes Kemenkes Palangka Raya Jurusan Kebidanan, email: heti\_ira@yahoo.co.id

### ABSTRAK

Hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu faktor risiko meningkatnya perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Perdarahan postpartum jika tidak tertangani dengan baik, kasus ini akan meningkatkan kematian maternal. Untuk penanganan kasus perdarahan postpartum dan hipertensi dalam kehamilan di ruang bersalin BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya sudah sesuai dengan standar operasional prosedur, namun kasus ini masih menduduki urutan tertinggi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan hipertensi dalam kehamilan dengan perdarahan postpartum di ruang bersalin BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

Jenis penelitian ini dengan rancangan *case control*. Sampel kasus penelitian ini adalah ibu bersalin yang mendapatkan diagnosa perdarahan postpartum. Kelompok kontrol adalah ibu bersalin yang tidak mendapatkan diagnosa perdarahan postpartum. Jumlah sampel kasus adalah 44 responden dan sampel kontrol 44 responden. Analisis univariat dilakukan dengan distribusi frekuensi, analisis bivariat dengan *chi-square* dan analisis multivariat dengan regresi logistik ganda.

Hasil penelitian menunjukkan hipertensi dalam kehamilan ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum ibu bersalin ( $p=0,00$ ). Variabel lain usia ibu ( $p=0,02$ ), paritas ( $p=0,00$ ), anemia ( $p=0,00$ ), retensio plasenta ( $p=0,00$ ) dan induksi persalinan ( $p=0,00$ ) ada hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan postpartum ibu bersalin. Variabel pendidikan ( $p=0,76$ ), spasing ( $p=0,23$ ) dan riwayat perdarahan postpartum ( $p=0,31$ ) tidak ada bermakna hubungan dengan perdarahan postpartum ibu bersalin. Usia ibu dan anemia merupakan faktor lain paling menentukan perdarahan postpartum pada ibu bersalin.

Kesimpulan Hipertensi dalam kehamilan ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum. Usia ibu, paritas, anemia, retensio plasenta dan induksi persalinan faktor lain berhubungan dengan perdarahan postpartum.

**Kata kunci:** Perdarahan postpartum, hipertensi dalam kehamilan, usia ibu dan anemia

### ABSTRACT

*One of the main causes of maternal death is hemorrhage. Hypertension in pregnancy is the main risk factor for increasing in maternal postpartum hemorrhage. If not handled properly, this case will increase maternal deaths. Handling the postpartum hemorrhage and hypertension case in pregnancy in the maternity ward dr. Doris Sylvanus Palangkaraya is in accordance with standard operating procedures, but the case still revealed to occupy the highest order. Therefore, this study was aimed to analyze to analyze the relationship between hypertension in pregnancy with postpartum hemorrhage.*

*The research design is with case control. The sample was mothers diagnosed of postpartum hemorrhage. The control was mothers did not diagnosed of postpartum hemorrhage. The numbers of samples were 44 respondents case, while for control samples were 44 respondents. Analysis of uni-variate was performed by the frequency distribution, bi-variate analysis using chi-square test and multi-variate analysis with multiple logistic regressions.*

*The results showed hypertension in pregnancy have significant relationship with postpartum hemorrhage ( $p = 0.00$ ). Other variables maternal age ( $p = 0.02$ ), parity ( $p = 0.00$ ), anemia ( $p = 0.00$ ), retained placenta ( $p = 0.00$ ) and induction of labor ( $p = 0.00$ ) have significant relationship postpartum hemorrhage. Education variable ( $p = 0.76$ ), spasing ( $p = 0.23$ ) and a history of postpartum hemorrhage ( $p = 0.31$ ) have no significant relationship with postpartum hemorrhage. Maternal age ( $> 35$  years and 20-35 years) and anemia was revealed as the most decisive factors in postpartum hemorrhage.*

*So one can conclude that the hypertension in pregnancy is having significant relationship with postpartum hemorrhage. Maternal age, parity, anemia, retained placenta and induction of labor are another factor associated with postpartum hemorrhage.*

**Keywords:** *Postpartum hemorrhage, hypertension in pregnancy, maternal age, anemia.*

## **Pendahuluan**

World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa 25% dari kematian maternal disebabkan oleh perdarahan postpartum dan diperkirakan 100.000 kematian maternal tiap tahunnya. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 AKI di Indonesia (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Lima penyebab kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet dan abortus (Kemenkes RI, 2013).

Salah satu penyebab utama kematian ibu di negara berkembang dan 25% penyebab kematian ibu di dunia adalah perdarahan postpartum (Evensen A & Anderson J, 2013). Renjatan karena perdarahan banyak pada persalinan segera akan berdampak fatal bagi ibu, yang dapat menyebabkan anemia sehingga daya tahan ibu berkurang, serta syok hemorragic. Selanjutnya, apabila keadaan tidak dapat diatasi secara cepat dan tepat oleh tenaga yang terampil dan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai dapat menyebabkan kematian maternal (Manuaba, 2012).

Beberapa penelitian melaporkan riwayat perdarahan postpartum, nullipara, grandemultipara, eklamsia, plasenta previa, ketuban pecah dini, kehamilan prematur atau postterm dan paritas, usia Ibu  $\geq 35$  tahun, kehamilan ganda, fibroids, pre eklamsia, amnionitis, plasenta previa atau abruptio plasenta, robekan serviks dan ruptur uteri serta operasi caesar merupakan faktor risiko perdarahan postpartum (Kramer, dkk 2013; Evensen A & Anderson J, 2013).

Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr Doris Sylvanus merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan di kota Palangka Raya dan merupakan rumah sakit rujukan di Provinsi Kalimantan Tengah. Berdasarkan data register di Ruang kebidanan, kejadian perdarahan postpartum jumlah kasus yang tercatat pada tahun 2009 terdapat 12 kasus, mengalami peningkatan menjadi 15 kasus pada tahun 2010, tahun 2011 berjumlah 40 kasus, tahun 2012 berjumlah 34 kasus, dan pada tahun 2013 jumlah 24 kasus dan tahun 2014 berjumlah 18 kasus (BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya 2010-2014).

Studi penelitian menemukan bahwa pre eklamsia merupakan faktor risiko

perdarahan postpartum terkuat (Jekti R.P & Suarhana E, 2011). Demikian juga, hasil penelitian Altenstadt JF S dkk (2013) melaporkan bahwa pre eklamsia meningkatkan risiko perdarahan post partum. Hasil penelitian Oyelese YMD, Ananth CV (2010) menyatakan bahwa salah satu faktor risiko perdarahan postpartum yaitu pre eklamsia.

Pada tahun 2014 di ruang kebidanan Ibu bersalin dengan hipertensi dalam kehamilan merupakan kasus tertinggi yaitu berjumlah 164 kasus atau 15,64% dibandingkan dengan KPD yang berjumlah 140 kasus atau 13,35% dan perdarahan yang berjumlah 104 atau 9,92% (Ruang Kebidanan BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya, 2014). Berdasarkan register di Ruang Kebidanan BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya, kejadian ibu bersalin dengan hipertensi dalam kehamilan pada tahun 2012 yaitu berjumlah 192 kasus (19,16%), meningkat pada tahun 2013 yaitu berjumlah 202 kasus (19,90%).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan hipertensi dalam kehamilan dan faktor risiko lain dengan kejadian post partum.

#### **Metode Penelitian**

**Desain Penelitian** ini adalah penelitian *case control* dengan pendekatan *retrospektif*, dimana penelitian ini dimulai dengan mengidentifikasi pasien dengan perdarahan postpartum dan pasien tanpa perdarahan postpartum.

**Populasi penelitian** ini adalah seluruh ibu yang melahirkan di ruang bersalin RS dr. Doris Sylvanus Palangka Raya pada tahun 2014 berjumlah 1149 orang. **Sampel pada penelitian** ini berjumlah 88 orang dihitung menggunakan rumus kasuscontrol. Kelompok kasus adalah ibu bersalin yang mendapatkan diagnosa perdarahan postpartum di ruang kebidanan BLUD RSUD dr.Doris Sylvanus Palangka Raya berjumlah 44 orang. Kelompok kontrol adalah ibu bersalin yang tidak mendapatkan

diagnosa perdarahan postpartum di ruang kebidanan BLUD RSUD dr.Doris Sylvanus Palangka Raya berjumlah 44 orang. Pemilihan sampel dipilih dengan menggunakan *consecutive sampling*.

#### **Pengembangan Instrumen dan teknik pengumpulan data**

Instrumen untuk menilai variabel pada penelitian ini dengan menggunakan form isian yang disusun oleh peneliti untuk merekam data yang tercatat di rekam medik pasien. Jenis data yang dipergunakan adalah data sekunder dari rekam medis pasien.

Data dikumpulkan dari rekam medik masing-masing pasien pada ibu yang mengalami perdarahan dan yang tidak mengalami perdarahan postpartum yang mendapatkan pelayanan di ruang bersalin RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

#### **Teknik Analisis Data**

Data yang terkumpul dilakukan analisis menggunakan *chi-kuadrat*( $x^2$ ) dan multivariabel dengan regresi logistik ganda

#### **Hasil**

##### **Karakteristik Responden**

Berdasarkan hasil penelitian bahwa ibu yang tidak mengalami hipertensi dalam kehamilan paling banyak mengalami perdarahan pada persalinan yaitu sebesar 47,7% (42). Usia ibu 2-35 tahun paling banyak mengalami perdarahan yaitu sebesar 34,1% (30). Ibu yang mengalami perdarahan paling banyak pada tingkat pendidikan menengah sebesar 25,0%(22). Paritas multipara (2-4 orang) yang paling banyak mengalami perdarahan yaitu sebesar 33,0% (29). Pada variabel spasing, ibu yang mengalami perdarahan pada jarak kehamilan  $\geq 2$  tahun sebesar 47,7% (42). Ibu yang anemia paling banyak mengalami perdarahan yaitu sebesar 35,2% (31). Pada ibu bersalin yang tidak retensio plasenta paling banyak

mengalami perdarahan yaitu sebesar 35,2% (31). Sedangkan, ibu yang tidak diberikan induksi pada persalinan

mengalami perdarahan sebesar 40,9% (36). Hasil penelitian dapat ditunjukkan pada Tabel 1 di bawah ini:

**Tabel 1 Distribusi Karakteristik Responden (n=88)**

Variabel	Perdarahan Postpartum			
	Ya (n=44)		Tidak (n=44)	
	n	%	n	%
Hipertensi dalam kehamilan				
- Ya	2	2,3%	2	2,3%
- Tidak	42	47,7%	42	47,7%
Umur				
- < 20 tahun	2	2,3%	8	9,1%
- 20 - 35 tahun	30	34,1%	32	36,5%
- > 35 tahun	12	13,6%	4	4,5%
Pendidikan				
- Rendah	17	19,3%	14	15,9%
- Menengah	22	25,0%	25	28,4%
- Tinggi	5	5,7%	5	5,7%
Paritas				
- Primipara	11	12,5%	24	27,3%
- Multipara	29	33,0%	20	22,7%
- Grandemultipara	4	4,5%	0	0%
Spasing				
- < 2 tahun	2	2,3%	5	5,7%
- >2 tahun	42	47,7%	39	44,3%
Anemia				
- Ya	31	35,2%	10	11,4%
- Tidak	13	14,8%	34	38,6%
Riwayat perdarahan				
- Ya	1	1,1%	0	0%
- Tidak	43	48,9%	44	50,0%
Retensio Plasenta				
- Ya	13	6,5%	0	0%
- Tidak	31	35,2%	44	50,0%
Induksi Persalinan				
- Ya	8	9,1%	0	0%
- Tidak	36	40,9%	44	50,0%

### Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) dengan Perdarahan Postpartum

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa hipertensi dalam kehamilan nilai

$p < 0,05$ , hal ini menyatakan bahwa hipertensi dalam kehamilan terdapat hubungan bermakna terhadap perdarahan postpartum ( $p=0,00$ ). Hasil analisis ditunjukkan pada Tabel 2 berikut ini:

**Tabel 2 Hubungan hipertensi dalam kehamilan dengan perdarahan postpartum (n=88)**

Variabel	Perdarahan Postpartum				P	OR (IK 95%)
	Ya (n=44)		Tidak (n=44)			
	n	%	n	%		
Hipertensi dalam kehamilan						
- Ya					0,00*	1(0,36-2,72)
- Tidak	2	2,3%	2	2,3%		
	42	47,7%	42	47,7%		

Keterangan: nilai *p* dihitung dengan uji *chi square*

**Faktor Risiko lain terhadap risiko perdarahan postpartum**

Berdasarkan hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa variabel usia, paritas, anemia, retensio plasenta dan induksi persalinan terdapat hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan

postpartum. Sedangkan, pada variabel pendidikan ibu ( $p=0,76$ ), spasing ( $p=0,23$ ) dan riwayat perdarahan ( $p=0,31$ ) menunjukkan tidak ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum

**Tabel 3 Hubungan Faktor Risiko Lain dengan perdarahan postpartum (n=88)**

Variabel	Perdarahan Postpartum				P	OR (IK 95%)
	Ya (n=44)		Tidak (n=44)			
	n	%	n	%		
Usia					0,02*	0,83(0,12-0,56)
- < 20 tahun	2	2,3%	8	9,1%		0,31(0,91-1,07)
- 20 - 35 tahun	30	34,1%	32	36,5%		
- > 35 tahun	12	13,6%	4	4,5%		
Pendidikan					0,76	0,88(0,22-3,44)
- Rendah	17	19,3%	14	15,9%		1,21(2,91-5,06)
- Menengah	22	25,0%	25	28,4%		
- Tinggi	5	5,7%	5	5,7%		
Paritas					0,00*	3,1(1,26-7,88)
- Primipara	11	12,5%	24	27,3%		
- Multipara	29	33,0%	20	22,7%		
- Grandemultipara	4	4,5%	0	0%		
Spasing					0,23	0,37(0,68-2,02)
- < 2 tahun	2	2,3%	5	5,7%		
- >2 tahun	42	47,7%	39	44,3%		
Anemia					0,00*	8,10(3,11-21,11)
- Ya	31	35,2%	10	11,4%		
- Tidak	13	14,8%	34	38,6%		
Riwayat perdarahan					0,31	0,49(0,40-0,61)
- Ya	1	1,1%	0	0%		
- Tidak	43	48,9%	44	50,0%		
Retensio Plasenta					0,00*	0,41(0,31-0,54)
- Ya	13	6,5%	0	0%		
- Tidak	31	35,2%	44	50,0%		
Induksi Persalinan					0,00*	0,45(0,35-0,57)
- Ya	8	9,1%	0	0%		
- Tidak	36	40,9%	44	50,0%		

Keterangan: nilai *p* dihitung dengan uji *chi square*



### Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil analisis bivariat didapat nilai p yang  $<0,25$  ada 6 variabel yaitu hipertensi dalam kehamilan, usia ibu, paritas, spacing, anemia dan retensio

plasenta serta induksi persalinan. Hasil analisis multivariate

**Tabel 4 Analisis Multivariate Regresi Logistik**

	Variabel	Koefisien	p	OR (IK95%)
Langkah 1	Usia (20-35 tahun)	-2,304	0,06	0,10 (0,01-1,07)
	Usia (>35 tahun)	-1,836	0,03	0,16 (0,03-0,81)
	Paritas (multipara)	-20,282	0,99	0,00 (0,00-)
	Paritas (grandemultipara)	-19,996	0,99	0,00 (0,00-)
	Anemia	-2,057	0,00	0,13 (0,04-0,44)
	Retensio Plasenta	-20,468	0,99	0,00 (0,00-)
	Induksi Persalinan	-20,287	0,99	0,00 (0,00-)
	Konstanta	62,251	0,99	1,085
Langkah 2	Usia (20-35 tahun)	-2,283	0,06	0,10 (0,01-1,05)
	Usia (>35 tahun)	-1,821	0,03	0,16 (0,03-0,80)
	Paritas (multipara)	-20,346	0,99	0,00 (0,00-)
	Paritas (grandemultipara)	-20,346	0,99	0,00 (0,00-)
	Anemia	-2,104	0,00	0,12 (0,04-0,42)
	Retensio Plasenta	-20,440	0,99	0,00 (0,00-)
	Induksi Persalinan	-20,366	0,99	0,00 (0,00-)
	Konstanta	63,173	0,99	2,727
Langkah 3	Usia (20-35 tahun)	-2,712	0,02	0,10 (0,01-1,05)
	Usia (>35 tahun)	-1,821	0,01	0,23 (0,03-0,56)
	Anemia	-2,222	0,00	0,11 (0,03-0,37)
	Konstanta	43,689	0,99	9,413

Keterangan: nilai *p* dihitung dengan uji regresi logistik ganda

Tabel 4 hasil uji regresi logistik menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan perdarahan pada ibu bersalin adalah usia ibu dan anemia. Kekuatan hubungan dari yang terbesar ke yang terkecil dilihat dari nilai OR (Exp(B)) adalah usia ibu >35 tahun (OR=0,23), anemia (OR=0,11) dan usia ibu 20-35 tahun (OR=0,10).

### Pembahasan

Berdasarkan hasil uji *chi square* hipertensi dalam kehamilan menunjukkan ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Evensen Ann dkk (2013) dan PrawirohardjoS (2011) menyatakan bahwa hipertensi dalam kehamilan merupakan salah satu factor risiko perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Pada penelitian ini menunjukkan

bahwa ibu yang mengalami hipertensi dalam kehamilan memiliki risiko mengalami perdarahan 1 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak mengalami hipertensi dalam kehamilan.

Hipertensi dalam kehamilan merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah diastolik  $\geq 140$  mmHg dan/atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Signifikasi setiap pengukuran tekanan darah berhubungan dengan usia gestasi dalam kehamilan dan umumnya semakin awal hipertensi terjadi dalam kehamilan, semakin besar kemungkinan hipertensi tersebut menjadi kronis (Robson, 2012). Prawiroharjo S (2011) mengklasifikasikan hipertensi kehamilan terdiri dari hipertensi kronik, pre eklamsi/eklamsi, hipertensi dengan superimposed pre eklamsi dan hipertensi gestasional.

Hasil penelitian Altenstadt JF dkk (2013) juga menyatakan bahwa ibu yang mengalami pre eklamsi akan meningkatkan risiko kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Risiko ibu yang mengalami pre eklamsi akan mengalami perdarahan postpartum sebesar 1,53 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak mengalami pre eklamsi. Selain itu, penelitian Kramer MS dkk (2013) melaporkan bahwa pre eklamsi faktor risiko ibu mengalami perdarahan postpartum. Hasil penelitiannya, menyatakan ibu yang mengalami pre eklamsi mengalami risiko 3,1 kali lebih tinggi mengalami perdarahan dibandingkan ibu yang tidak mengalami pre eklamsi.

Untuk mencegah meningkatnya kejadian perdarahan postpartum pada ibu dengan pre eklamsi, bagi tenaga kesehatan harus sadar dan menerapkan manajemen penanganan pre eklamsia dan manajemen aktif kala III pada persalinan dengan tepat (Altenstadt JF dkk, 2013).

Pada penelitian ini hasil uji *chi square* variabel usia ibu menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Hasil ini menunjukkan bahwa responden yang usia >35 tahun memiliki risiko mengalami perdarahan 0,31 kali lebih tinggi dibandingkan usia 20-35 tahun dan <20 tahun. Penelitian Kramer MS dkk (2013) juga melaporkan hal yang sama usia ibu faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian perdarahan postpartum dan usia ibu >35 tahun memiliki risiko 1,5 kali mengalami perdarahan postpartum.

Hasil penelitian Dina D, dkk (2014) di RSUD Majene juga melaporkan bahwa usia ibu >35 tahun memiliki risiko mengalami perdarahan postpartum 3,1 kali lebih besar dibandingkan usia 20-25 tahun. Manuaba (2012) mengemukakan bahwa pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga

kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pascapersalinan terutama perdarahan akan lebih besar. Selain itu, Winkjosastro (2005) menyatakan bahwa risiko perdarahan postpartum primer pada ibu yang berumur >35 tahun lebih besar dibandingkan dengan ibu yang berumur 20-35 tahun.

Pada variabel pendidikan ibu, hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Hal ini bisa disebabkan karena risiko perdarahan disebabkan faktor risiko lain. Pendidikan tidak berkontribusi secara langsung menyebabkan perdarahan postpartum pada ibu bersalin.

Hasil uji *chi square* pada variabel paritas menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Ibu dengan paritas grandemultipara (>5) memiliki risiko mengalami perdarahan 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan paritas primipara dan multipara. Penelitian Dina D, dkk (2014) juga melaporkan bahwa paritas Ibu dengan paritas tinggi mempunyai resiko perdarahan postpartum yang lebih besar akibat atonia uteri, uteri inversi dan sisi konsepsi yang tertinggal dalam uterus. Hal ini terjadi karena tonus kontraksi uterus yang lebih rendah dan tidak cukup kuat. Kalau terjadinya atoni uteri, juga berkemungkinan adanya bekuan darah dalam uterus. Ini menyebabkan miometrium gagal berkontraksi secara menyeluruh untuk memampatkan pembuluh darah yang robek sehingga mencegah perdarahan yang lanjut (Cunningham, dkk 2006).

Pada variabel spasing dengan uji *chi square* diperoleh hasil tidak ada hubungan bermakna dengan perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan antara spasing <2 tahun dan  $\geq 2$  tahun dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin.

Dari hasil uji *chi square* pada penelitian ini variabel anemia ditemukan ada hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan postpartum ibu bersalin. Ibu yang mengalami anemia akan berisiko mengalami perdarahan postpartum 8,1 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia. Ramanathan G (2006) dan Evensen Ann dkk (2013) menyatakan bahwa ibu hamil dengan anemia merupakan salah satu faktor risiko ibu bersalin mengalami perdarahan postpartum. Hasil penelitian Prata Ndola, dkk (2011) juga melaporkan ibu yang mengalami anemia akan meningkatkan risiko ibu mengalami perdarahan postpartum 2,73 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak anemia. Anemia merupakan suatu keadaan yang dimana kadar hemoglobin lebih rendah dari batas normal 11 g/dl untuk kelompok ibu hamil dan ibu bersalin. Ibu yang mengalami anemia dapat mengurangi daya tahan tubuh ibu dan meninggikan frekuensi komplikasi kehamilan serta persalinan. Selain itu, juga menyebabkan peningkatan risiko perdarahan pasca persalinan. Rasa cepat lelah pada penderita anemia disebabkan metabolisme energi oleh otot tidak berjalan secara sempurna karena kekurangan oksigen (Manuaba, 2012).

Hasil uji *chi square* ditemukan variabel riwayat perdarahan sebelumnya tidak ada hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan postpartum. Hal ini disebabkan, karena ibu yang tidak mempunyai riwayat perdarahan persentasenya hampir sama untuk mengalami perdarahan (48,9%), maupun tidak mengalami perdarahan (50%).

Pada penelitian ini hasil uji *chi square* variabel retensio plasenta ditemukan ada hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan postpartum. Oyelese Y dan Ananth C (2010) menyatakan salah satu faktor penyebab perdarahan pada ibu bersalin adalah retensio plasenta. Penelitian Olowokere AE, dkk (2013) melaporkan retensio

plasenta merupakan faktor penyebab terjadinya perdarahan postpartum (52,4%). Selain itu, Prata Ndola, dkk (2011) juga melaporkan ibu yang mengalami retensio plasenta akan meningkatkan risiko ibu mengalami perdarahan postpartum 21,68 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak retensio plasenta. Retensio plasenta merupakan suatu keadaan dimana tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus (Prawirohardjo S, 2011).

Penelitian ini dari hasil uji *chi square* menunjukkan terdapat hubungan bermakna dengan kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin. Hasil ini menunjukkan ada perbedaan ibu yang diberikan induksi persalinan dan tidak dengan kejadian perdarahan postpartum. Penelitian Prata Ndola, dkk (2011) melaporkan ibu bersalin dengan induksi persalinan akan berisiko mengalami perdarahan 2,37 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak diinduksi persalinan. Davis Deborah, dkk (2012) juga menemukan bahwa induksi persalinan meningkatkan risiko perdarahan pada ibu bersalin.

### **Kesimpulan**

Hipertensi dalam kehamilan merupakan faktor risiko kejadian perdarahan postpartum ibu bersalin. Faktor risiko yang sangat menentukan pada kejadian perdarahan postpartum pada ibu bersalin adalah anemia dan usia ibu (>35 tahun dan 20-35 tahun).

### **Ucapan terima kasih**

Ucapan terimakasih kepada bidan di ruang kebidanan dan petugas rekam medis di BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya yang membantu dalam proses pengambilan data.

## Daftar Pustaka

- Altenstadt JF S, Hukkelhoven CWPM, Roosmalen Jv, Bloemenkamp KWM. 2013. **Pre Eclampsia increases the Risk of postpartum haemorrhage: A nationwide cohort study in The Netherlands.** Plos one 8( 12)
- BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. 2014. **Register Ruang Kebidanan. BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya**
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Giltrap, L. C., Hauth, J. C., Wenstrom, K. D. (2006) *Williams obstetrics 21st ed. Ch. 33: Spontaneous abortion.* New York: Mc Graw-Hill, pp. 856-69.
- Davis Deborah, Baddock Sally, Pairman Sally, Hunter Marion, Benn Cheryl, Anderson Jacqui, Dixon Lesley, Herbonson Peter. 2012. **Risk of Severe Postpartum Hemorrhage in Low-Risk Childbearing Women in New Zealand: Exploring the Effect of Place of Birth and Comparing Third Stage Management of Labor.** Birth 39(2)
- Dina Darmin, Seweng Arifin, Nyorong Mapeaty. 2014. **Faktor Determinan kejadian Perdarahan Postpartum di RSUD Majene Kabupaten Majene.** [www.pasca.unhas.ac.id](http://www.pasca.unhas.ac.id). diakses tanggal 15 Desember 2015
- Evensen A, Anderson. 2013. **Postpartum hemorrhage: third stage pregnancy.** [www.aafp.org](http://www.aafp.org) diakses tanggal 8 desember 2014
- Guyton, A.C., Hall, J.E., 1997. **Buku Ajar Fisiologi Kedokteran.** Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Jekti Pangerti R, Suarhana E. 2011. **Risk factor of postpartum haemorrhage in Indonesia.** Health science Indonesia (2)
- Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A Joseph KS. 2013. **Incidence, risk factor and temporal trends in severe postpartum hemorrhage.** American journal of obstetric & gynecology 209:449
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. **Profil kesehatan Indonesia.** Jakarta
- Manuaba, I.G.B. 2012. **Pengantar kuliah obstetri.** Jakarta: Trans Info Media.
- Olowokere AE, Adekeye OA, Ogunfowokan A, Olagunju OE, Irinoye OO. 2013. **The Prevalence, Management and Outcome of Primary Postpartum Haemorrhage in Selected Health Care Facilities in Nigeria.** Academic Journal vol 5(3)
- Oyelese YMD, Ananth CV. 2010. **Postpartum haemorrhage: epidemiology, risk factor and causes.** Clinical Obstetric and Gynecology 53(I)
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. **Ilmu Kebidanan.** Jakarta : YBP-SP.
- Prata Ndola, Hamza Sabry, Bell Suzanne, Karasek Deborah, Vahidnia Famaz, Holston Martine. 2011. **Inability to Predict Postpartum Hemorrhage: Insights from Egyptian Intervention Data.** MMC Pregnancy and Childbirth 11(97)
- Ramanathan G, Arulkumaren S. 2006. **Postpartum Haemorrhage.** JOGC 28(11)
- Robson. 2012, **Patologi pada Kehamilan : Manajemen dan Asuhan Kebidanan.** Jakarta : EGC
- Ruang Kebidanan BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. 2013, 2014. **Laporan Register Ruang Kebidanan.** Palangka Raya.
- Winkjosastro. 2005. **Ilmu Bedah Kebidanan.** Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

## **KEPUASAN PERKAWINAN PEREMPUAN BEKERJA DARI KELUARGA *DUAL EARNER***

Entin Nurhayati

Universitas YARSI - Jakarta, noorent@gmail.com

Mahasiswa Program Doktorat Fakultas Psikologi UGM - Yogyakarta

### **ABSTRAK**

Tulisan ini bermaksud menguraikan gambaran beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan perkawinan perempuan bekerja dari keluarga *dual earner*. Adapun metode yang digunakan untuk mengetahui hal tersebut adalah dengan studi literatur. Studi literatur dilakukan pada teks 10 tahun terakhir. Akses yang digunakan dalam tulisan ini adalah sciencedirect dengan kata kunci *marital satisfaction/marital happiness/marital succes* dan *dual earner/dual income*. Analisa dilakukan terhadap 14 naskah dari 156 naskah yang diperoleh. Dari ke 14 naskah tersebut diketahui bahwa diperlukan strategi dari personal maupun dari sisi kebijakan organisasi yang ramah terhadap kehidupan keluarga untuk mendapatkan produktifitas yang optimal dan keluarga yang tetap terjaga.

**Kata Kunci:** kepuasan perkawinan, *dual earner*, *literatur review*

### **ABSTRACT**

*The aim of this paper is to describe some factors that influence marital satisfaction of working women form dual-earner families. We used 14 manuscripts from 156 manuscripts that acquired from ScienceDirect with keywords marital satisfaction/marital happiness/marital succes and dual earner/dual income. The result show that it's need an individual effort from the women as well a family friendly organisation policy to get an optimum productivity in a work and to keep family in a good function n condition.*

**Keywords:** *marital satisfaction, dual earner, literatur review*

### **Pendahuluan**

Angkatan kerja perempuan di Indonesia mencapai 30% dari total angkatan kerja. Tingkat partisipasi mencapai lebih dari 40%, meski tak setinggi tingkat partisipasi kerja angkatan kerja laki-laki, terdapat kecenderungan peningkatan partisipasi kerja perempuan ini dari tahun ke tahun. Peningkatan ini tentunya juga akan meningkatkan jumlah perempuan yang sudah menikah berstatus bekerja.

Status bekerja menambah satu lagi peran pada perempuan. Pada pengaturan peran tradisional, perempuan diidentikan dengan tugas-tugas domestik yaitu mengatur rumah tangga dan mengurus

anak-anak. Tugas-tugas yang digambarkan sebagai pekerjaan yang tidak menyenangkan/mudah mengalami frustrasi karena fungsi tugas tersebut sepenuhnya melayani orang lain dan tidak ada ukuran-ukuran kapan sebuah pekerjaan dinyatakan selesai. Dengan bekerja, perempuan menambah satu peran lagi sebagai seorang pekerja yang mempunyai tanggungjawab tertentu terhadap pekerjaannya. Bahkan status bekerja dengan konsekuensi pendapatan ini juga membawa peran baru pada perempuan yaitu turut mencari nafkah keluarga yang secara tradisional disematkan pada laki-laki.

Status bekerja pada perempuan membawa dampak yang besar pada kehidupan keluarga, perkawinan dan perempuan itu sendiri. Dengan bekerja, kehadiran perempuan di rumah menjadi berkurang, setidaknya 8 s.d 10 jam per hari, perempuan meninggalkan rumahnya. Hal ini membuat peran yang biasanya dijalankan perempuan, tidak terlakoni dan membutuhkan bantuan pihak ke tiga atau suaminya untuk menggantikan ketidakhadirannya. Pada masa sebelumnya, hal ini dianggap menjadi penyebab dari kenakalan remaja, prestasi sekolah anak yang menurun dan perilaku negatif lainnya pada anak. Namun pada dekade berikutnya terdapat temuan lain yang menunjukkan bahwa status perempuan bekerja memberi kesempatan yang lebih baik bagi anak untuk mengakses pendidikan, gizi dan kesehatan. Pun terdapat penelitian yang menyebutkan anak dari keluarga di mana ibunya bekerja mempunyai kecenderungan lebih mandiri.

Perempuan bekerja juga menunjukkan status kesehatan yang lebih baik dibandingkan perempuan yang tidak bekerja. Namun demikian perempuan bekerja dengan konsekuensi pendapatan yang dimilikinya membuka peluang lebih besar bagi perempuan untuk meninggalkan perkawinannya yang tidak membahagiakannya.

Dari uraian di atas dapat dilihat bahwa status perempuan bekerja dapat membawa dampak positif maupun negatif pada kehidupan keluarga, perkawinan maupun pada perempuan itu sendiri. Pun demikian tampak pula bahwa peran perempuan sangat besar dalam mempengaruhi *output* dari sebuah keluarga.

Fokus tulisan ini adalah menguraikan beberapa faktor yang

berpengaruh terhadap kualitas perkawinan perempuan yang menjadi topik riset pada dekade terakhir. Faktor-faktor yang akan diuraikan tersebut adalah pembagian peran di dalam rumah tangga, fleksibilitas tempat kerja, keseimbangan dunia kerja dan rumah tangga serta saling pengaruh antara pekerjaan dan rumah tangga.

## Metode Penelitian

### *Rancangan penelitian*

Penelitian ini menggunakan rancangan studi literatur yang dilakukan secara sistematis/*systematic literatur review*. Keterbatasan dari studi ini adalah bahwa akses yang naskah hanya dilakukan dengan satu akses yaitu *sciencedirect*. Dari akses ini dengan limitasi yang telah didapatkan, hanya memperoleh studi yang dilakukan di negara-negara dengan budaya barat.

Adapun rencana studi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Kata kunci: marital satisfaction, dual earner; marital satisfaction, dual income, marital happiness, dual earner; marital happiness, dual income; marital succes, dual earner; dan marital succes, dual income.
2. Kriteria inklusi: studi dilakukan 10 tahun terakhir, studi menggunakan jenis penelitian baik kualitatif maupun kuantitatif.
3. Kriteria eksklusi: studi pada keluarga dengan masalah-masalah tertentu, misalnya keluarga dual earner dengan anak autisme, studi pada keluarga dual earner dengan keadaan depresi pada salah satu anggota keluarga.

Dengan kata kunci tersebut didapatlah sejumlah naskah, sebagaimana ditampilkan dalam tabel 1 berikut ini.

Tabel 1 Pencarian Database Dengan Kata Kunci Kepuasan Perkawinan dan Dual Earner

No	Kata Kunci	Jumlah Hit	Jumlah Digunakan
1	Marital satisfaction, dual earner	18	5
2	Marital satisfaction, dual income	43	2
3	Marital happiness, dual earner	24	2
4	Marital happiness, dual income	12	1
5	Marital success, dual earner	19	3
6	Marital success, dual income	40	1
<b>TOTAL</b>		<b>156</b>	<b>14</b>

### Hasil Dan Pembahasan

#### *Pembagian peran di dalam rumah tangga*

Pada peran tradisional, peran *breadwinner* disematkan kepada laki-laki. Peran ini menetapkan laki-laki lah yang bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan finansial keluarga dan perempuan bertanggungjawab untuk membelanjakan pendapatan suaminya untuk memenuhi kebutuhan keluarga sehingga fungsi-fungsi keluarga dapat terlaksana. Dalam keluarga dengan pembagian peran tradisional, ketika terjadi pendapatan lebih kecil dari kebutuhan, terdapat dua strategi utama yang dilakukan yaitu (1) menambah pendapatan atau (2) mengurangi pos-pos pengeluaran atau pun menghapus beberapa pos pengeluaran.

Berdasar pada pembagian peran tradisional tersebut, maka pendapatan yang diperoleh oleh perempuan adalah sebagai pelengkap atau tambahan bagi keluarga. Artinya ia dapat menutupi kebutuhan ketika pendapatan utama dari suami tidak mencukupi, atau menambah standard kebutuhan ketika pendapatan utama telah mencukupi. Namun demikian temuan menunjukkan bahwa dengan adanya pendapatan perempuan, justru mengalihkan peran *breadwinner* ini pada perempuan. Sebagaimana temuan Sadarjoen (2003) yang menunjukkan bahwa laki-laki cenderung menarik diri dari perannya sebagai *breadwinner* ketika melihat perempuan memiliki pendapatan yang mencukupi.

Hal tersebut di atas berbeda dengan temuan Tinsley dan Howel (2015) yang melihat pembagian peran *breadwinner* ini pada tataran sikap. Temuan mereka menunjukkan baik pada subjek perempuan maupun laki-laki, masih sama-sama memegang *belief* bahwa suami-lah yang seharusnya memegang peran sebagai pencari nafkah utama keluarga. Hal ini berlaku baik pada laki-laki dan perempuan baik yang sudah menikah maupun belum menikah. Faktor kepribadian menjadi faktor yang menentukan sikap ini, yaitu faktor *gender deterministic*. Pribadi dengan *gender deterministic* digambarkan sebagai pribadi yang menganggap bahwa faktor gender merupakan faktor yang menentukan perilaku seseorang, sifat-sifat yang pantas dan seharusnya dimiliki oleh seseorang, dan orang tidak dapat mengubah perilakunya jika itu berkaitan dengan gendernya. Dengan mengontrol faktor *traditional role expectation*, ditemukan baik pada laki-laki maupun perempuan, sudah menikah atau pun belum, bahwa faktor *gender deterministic* berkaitan erat dengan harapan peran *breadwinner* ini, di mana semakin tinggi *gender deterministic*nya semakin besar harapan bahwa peran *breadwinner* ini diperankan oleh laki-laki.

Selain itu tentang siapa yang menjadi pencari nafkah utama, faktor yang turut berpengaruh terhadap kepuasan perkawinan perempuan bekerja adalah berkaitan dengan pengelolaan keuangan. Isu dibalik pengelolaan

keuangan ini adalah tentang standar hidup pasangan dan akses terhadap uang, yang sering menjadi sumber masalah dalam perkawinan. Ashby dan Burgoyne (2006) mengevaluasi dua macam management keuangan keluarga yaitu independen management (IM) dan partial pooling (PP). Ternyata pada pasangan menikah. Dari 46 pasangan yang diteliti, 26 diantaranya menikah dan 14 pasangan menikah menunjukkan baik pada IM maupun PP masing-masing tetap mengakui kepemilikan masing-masing pada dana maupun dalam hal pembelanjannya, sekalipun terdapat sebagian yang dipersepsikan dimiliki bersama. Hal ini juga berlaku untuk masalah hutang, hutang tetap dipersepsikan sebagai hutang masing-masing, bukan hutang bersama.

Pengaturan keuangan pada relasi ini sebenarnya berkaitan dengan masalah impermanensi (khusus pada pasangan kohabitasi), ideologi yaitu pentingnya menjaga independensi masing-masing sekalipun sudah berpasangan/menikah, serta perasaan setara dengan pasangan.

### ***Fleksibilitas tempat kerja***

Subramaniam, an, Maniam dan Ali (2013) menyebutkan tingkat partisipasi kerja perempuan di Malaysia stagnan pada angka 40% sejak tahun 1990an. Hal ini terjadi karena perempuan cenderung mengundurkan diri dari dunia kerja ketika ia menikah atau melahirkan anak. Hal ini dilakukan karena perempuan harus memilih antara dunia kerja yang menuntut perhatian penuh atau mengasuh anak/mengurus rumah tangga. Hal ini dianggap mengganggu upaya penguatan perempuan dari sisi ekonomi. Temuan Maniam dan Ali menunjukkan bahwa perempuan yang bekerja di organisasi yang menerapkan aturan fleksibel lebih berdaya dibanding mereka yang bekerja di tempat yang tidak menerapkan fleksibilitas ini. Pada kelompok pertama, perempuan tampak lebih dapat mengatur pekerjaan

kantornya, urusan rumah tangga, tanggungjawab keluarga lebih baik. Selain itu mereka ini lebih mampu mengelola perpindahan kerja dan rumah dengan lebih efisien dan menghabiskan waktu yang lebih banyak dengan keluarga.

Hal yang dialami perempuan di Malaysia, sehingga harus memilih mengundurkan diri dari dunia kerja, sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Baker (2010) pada penelitian yang dilakukan di New Zealand. Baker menemukan bahwa mengintegrasikan kehidupan kerja dan keluarga lebih kompleks dari yang tampak, dan lebih kompleks pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Hal ini karena adanya anggapan bahwa anak dan urusan rumah tangga adalah peran yang harus dijalani secara penuh oleh perempuan. Ketiak perempuan harus memilih, terdapat empat hal yang mempengaruhinya yaitu pengaturan di dalam rumah tangga, persepsi dukungan yang dimiliki, requirement pekerjaan dan ide tentang apa dan bagaimana menjalani masa-masa ibu dengan baik.

### ***Keseimbangan dunia kerja-keluarga***

Valk dan Srinivasan (2011) melakukan riset di India pada perempuan yang bekerja di sektor IT. Temuannya menyebutkan, dalam menyeimbangkan dunia kerja dan keluarga, terdapat enam tema yang muncul yaitu (1) pengaruh keluarga terhadap pilihan-pilihan hidup, (2) tanggungjawab multi peran dan upaya menegosiasikannya, (3) identitas diri dan profesional, (4) tantangan dunia kerja dan strategi menghadapinya, (5) kebijakan organisasi dan praktisnya, dan (6) dukungan sosial.

Tema pertama berkaitan dengan role model yang didapat si perempuan, pada subjek penelitian ini yang menjadi role model dan menguatkan mereka untuk terjun pada bidang IT, menempuh pendidikan lanjut yang relevan, untuk menikah dan memiliki anak adalah dari sosok ayah dan saudara laki-laki. Pada



tema dua nuansa konflik masih menjadi sorotan utama, di mana masalah pengasuhan anak, merawat orang tua atau mertua dan tugas-tugas rumah tangga menjadi sumber konflik peran yang utama. Pada tema ketiga diketahui pada subjek penelitian ini pekerjaan telah menjadi identitas diri bagi perempuan dan menempatkannya pada posisi teratas dari peran identitasnya diantara peran-peran yang lain.

Tema keempat berkaitan dengan bagaimana perempuan menyeimbangkan kerja dan keluarga serta strategi menghadapinya. Perempuan-perempuan ini menyebutkan disiplin pada jam kerja, pada tenggat kerja, skala prioritas pada kerja dan keluarga serta mengejar hal-hal yang menarik menjadi strategi dalam menghadapi tantangan ini. Tema kelima berkaitan dengan kebijakan dan praktiknya di organisasi. Disebutkan kebijakan-kebijakan di tempat kerja yang *family friendly* sangat membantu dalam melaksanakan tugas-tugas kantor pun tugas-tugas rumah tangga. Terutama dalam hal fleksibilitas jam kerja, dirasakan sangat membantu perempuan-perempuan ini menyelesaikan tugas berkaitan dengan multi perannya. Hal terakhir ini seperti yang ditemukan oleh Bacik dan Drew (2006) pada perempuan yang bekerja di bidang hukum, bahwa jam kerja yang panjang mempersulit perempuan untuk mencapai keseimbangan kerja-keluarga.

Pada perempuan yang berada pada level executive, ditemukan pernyataan yang lebih lugas, bahwa perempuan tidak dapat memiliki semuanya (Ezzeden dan Ritchey, 2009). Kehidupan keluarga dan kerja, adalah dua hal yang selalu tarik ulur, terkadang salah satu harus diprioritaskan dari yang lain dan selalu dinamis dari waktu ke waktu. Ezzeden dan Ritchey menyebutkan lima hal agar perempuan dapat menyeimbangkan kehidupan keluarga dan kerja. Pertama adalah mengenali karakter pribadi, hal yang dianggap penting dan kemampuan

apa yang dimiliki oleh diri sendiri adalah modal utama untuk dapat menjalani peran ganda. Kedua adalah tentang tempat kerja, tempat kerja yang memberi kesempatan kepada perempuan menempuh jenjang tanpa batas namun tetap memberikan fleksibilitas untuk menjalankan peran di rumah tangga adalah tempat paling ideal untuk menjalankan peran ganda. Ketiga harus disadari dibutuhkan bantuan banyak pihak di sekitarnya untuk membantunya menjalankan peran ganda. Keempat adalah pasangan, pasangan yang dapat menerima dan mendukung pilihan peran ganda yang dijalani perempuan ini akan memudahkan perempuan menjalani peran ganda ini. Terakhir kemampuan mengembangkan strategi hidup adalah hal yang harus dipikirkan untuk menyeimbangkan kehidupan kerja dan keluarga.

### ***Saling pengaruh antara kehidupan kerja dan keluarga***

Pada penelitian tentang pengaruh dunia kerja ke rumah tangga, Stevens dan Riley (2006) menemukan bahwa *crossover effect* lebih kuat dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Artinya laki-laki lebih merasakan akibatnya jika perempuan mengalami hal-hal buruk di kantornya dan terbawa ke keluarga. Sementara pada perempuan kohesi keluarga lebih dipengaruhi oleh karakteristik pekerjaan dan tugas pekerjaannya. Artinya pada perempuan dengan pekerjaan lebih fleksibel, jam kerja yang tidak panjang, menunjukkan kohesi keluarga yang tinggi. Dari temuan ini menguatkan ekspektasi sosial yang menyebutkan bahwa perempuan adalah penanggungjawab utama atas kohesi keluarga.

Hal terakhir ini sejalan dengan temuan dari Ghasemi (2015) pada perempuan di Iran yang bekerja di bidang penyiaran. Sekalipun berpendidikan tinggi, memiliki pekerjaan yang bagus, mereka ini tetap menempatkan peran

sebagai itu merupakan peran utama yang mereka jalani. Pada budaya barat pun, ditemukan secara konsisten bahwa terdapat perbedaan porsi peran dalam pekerjaan-pekerjaan rumah tangga dan pengasuhan anak antara laki-laki dan perempuan, di mana porsi besar masih ditangani oleh perempuan. Bahkan temuan dari Bolorizadeh, Tojari dan Zargar (2013) pada perempuan pelatih bola voli di Iran menunjukkan bahwa mereka memilih mengundurkan diri dari pekerjaan karena adanya konflik kerja-keluarga ini dan fenomena *spillover effect*.

Temuan Sanz-Vegel, Rodriguez-Munoz, Bakker, dan Demerouti (2012) yang menemukan bahwa situasi emosi yang dirasakan pada saat bekerja berimplikasi tidak hanya pada pekerja itu sendiri namun juga pada pasangan mereka di rumah. Pada perempuan sendiri ditemukan adanya keterkaitan antara kesehatan mental dengan konflik kerja keluarga, namun tidak berkaitan dengan kesehatan fisik (Grice, Feda, McGovern, Alexander, McCaffrey dan Ukestad (2007).

### Kesimpulan

Dari berbagai temuan di atas dapat dilihat bahwa perempuan lah yang banyak mengalami dampak baik positif maupun negatif dari status bekerja. Sekalipun peran perempuan di sektor pekerjaan telah meluas dan mulai merambah pada level yang lebih tinggi, harapan terhadap perempuan sebagai provider utama bagi kelangsungan rumah tangga masih sangat besar. Sehingga perempuan dikondisikan untuk banyak melakukan usaha penyesuaian untuk dapat memerankan multi peran yang dijalani.

Apa yang terjadi di dunia kerja dapat mempengaruhi keadaan sebuah keluarga, pun keadaan keluarga dapat berpengaruh terhadap keputusan-keputusan yang dibuat perempuan berkaitan dengan pekerjaannya.

Penyesuaian yang diperlukan untuk mendapatkan keadaan saling menguntungkan antara dunia kerja dan keluarga memerlukan upaya dari dua pihak, baik dari individu perempuan pekerja maupun kebijakan dari organisasi yang ramah terhadap keluarga.

### Daftar Pustaka

- Ashby, K. J., & Burgoyne, C. B. 2008. Separate financial entities?: Beyond categories of money management. *The Journal of Socio-Economics*, 37(2), 458–480. <http://doi.org/10.1016/j.socec.2006.12.035>
- Bacik, I., & Drew, E. 2006. Struggling with juggling: Gender and work/life balance in the legal professions. *Women's Studies International Forum*, 29(2), 136–146. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2006.03.006>
- Baker, M. 2010. Motherhood, employment and the “child penalty.” *Women's Studies International Forum*, 33(3), 215–224. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2010.01.004>
- Bolorizadeh, P., Tojari, F., & Zargar, T. 2013. Work-family Conflict among Female Head Coaches in Iran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1403–1410. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.764>
- Ezzedeen, S. R., & Ritchey, K. G. 2009. Career and Family Strategies of Executive Women:: Revisiting the Quest to “Have It All.” *Organizational Dynamics*, 38(4), 270–280. <http://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2009.07.001>
- Ghasemi, A. 2015. Muslim Iranian women working in broadcast media (IRIB): Between motherhood and professionalism. *Women's Studies International Forum*, 53, 167–173. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2015.01.003>
- Grice, M. M., Feda, D., McGovern, P., Alexander, B. H., McCaffrey, D., & Ukestad, L. 2007. Giving Birth and Returning to Work: The Impact of

- Work–Family Conflict on Women’s Health After Childbirth. *Annals of Epidemiology*, 17(10), 791–798. <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.05.002>
- Maintier, C., Joulain, M., & Le Floc’h, N. 2011. To what extent do attitudes to work and the subjective components of non-work contribute to the life satisfaction of men and women in dual-earner couples? *Women’s Studies International Forum*, 34(3), 242–250. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2011.02.003>
- Sanz-Vergel, A. I., Rodríguez-Muñoz, A., Bakker, A. B., & Demerouti, E. 2012. The daily spillover and crossover of emotional labor: Faking emotions at work and at home. *Journal of Vocational Behavior*, 81(2), 209–217. <http://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.07.003>
- Subramaniam, G., Tan, P.-L., Maniam, B., & Ali, E. 2013. Workplace Flexibility, Empowerment and Quality of Life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 105, 885–893. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.11.090>
- Stevens, D. P., Kiger, G., & Riley, P. J. 2006. His, hers, or ours? Work-to-family spillover, crossover, and family cohesion. *The Social Science Journal*, 43(3), 425–436. <http://doi.org/10.1016/j.soscij.2006.04.011>
- Sadarjoen, S. 2004. Model Pengaruh Couple Resilience dan Gaya Penyelesaian Konflik Perkawinan Terhadap Kualitas Perkawinan (Disertasi, tidak diterbitkan). Universitas Padjadjaran
- Tinsley, C. H., Howell, T. M., & Amanatullah, E. T. 2015. Who should bring home the bacon? How deterministic views of gender constrain spousal wage preferences. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 126, 37–48. <http://doi.org/10.1016/j.obhdp.2014.09.003>
- Valk, R., & Srinivasan, V. 2011. Work–family balance of Indian women software professionals: A qualitative study. *IIMB Management Review*, 23(1), 39–50. <http://doi.org/10.1016/j.iimb.2010.10.010>
- Windsor, C., & Auyeung, P. 2006. The effect of gender and dependent children on professional accountants’ career progression. *Critical Perspectives on Accounting*, 17(6), 828–844. <http://doi.org/10.1016/j.cpa.2004.11.007>

**PENGARUH METODE PERAWATAN TALI PUSAT TERHADAP TINGKAT  
PENYEMBUHAN DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI “JS” MANGLIAWANPAKIS  
MALANG**

Jenny J S Sondakh\*, Widya Warastuti\*

**ABSTRAK**

Kasus tetanus neonatorum banyak dijumpai di sejumlah negara tropis dan negara yang masih memiliki kondisi kesehatan rendah. Data Organisasi Kesehatan Dunia WHO menunjukkan kematian akibat tetanus di negara berkembang adalah 135 kali lebih tinggi dibanding negara maju ( [Tabloitnakita.com/artikel](http://Tabloitnakita.com/artikel) )

Infeksi tali pusat merupakan sumber infeksi yang sering dijumpai pada setiap bayi baru lahir, yang dapat dicegah dan dikurangi dengan pertolongan persalinan yang aman dan perawatan tali pusat yang bersih. Air DTT mudah didapat, murah dan aman. Sedangkan Alkohol 70 % dan Betadhin biasa digunakan di wilayah penelitian untuk perawatan tali pusat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat penyembuhan tali pusat dengan menggunakan perawatan tali pusat metode kering air DTT, kering Alkohol 70 %, metode basah Alkohol 70 % dan basah Betadhin.

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental. Dengan responden Bayi normal yang lahir spontan dan ditolong oleh Bidan di wilayah Puskesmas Besuk yang memenuhi criteria inklusi dikelompokkan menjadi 4 kelompok perlakuan yaitu kering Alkohol 70 %, kering air DTT, basah Alkohol 70 % dan basah Betadhin

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa tanda - tanda infeksi kemerahan sekitar area tali pusat terdapat perbedaan yang bermakna yaitu antara perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT dengan kering Alkohol 70 % dan basah Betadhin. Sedangkan dengan basah Alkohol 70 % tidak ada perbedaan yang bermakna dengan nilai BNT 0,30 dan  $F_{0,05} = 2,84$ . Untuk perubahan warna tali pusat terdapat perbedaan yang signifikan antara kering air DTT dengan kering Alkohol 70 %, basah Alkohol 70 % dan basah Betadhin dengan nilai BNT 0,66. Dari perlakuan tersebut juga ada variabel yang terdapat perbedaan signifikan yaitu pada variabel waktu pelepasan tali pusat. Perbedaan tersebut antara perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT dengan basah alkohol 70 % dan basah Betadhin. Perlakuan perawatan tali pusat metode kering Alkohol 70 %, dan basah Betadhin. Perlakuan perawatan tali pusat metode kering Alkohol 70 % dengan basah Alkohol 70 % dan basah Betadhin dengan nilai BNT 1,25. Selama masa penelitian tidak ada yang menunjukkan tanda - tanda infeksi yang berarti.

penelitian ini membuktikan bahwa ada perbedaan antara perawatan tali pusat metode kering air DTT dengan metode kering Alkohol 70 %. Metode basah Alkohol 70 % dan metode basah Betadhin

**Kata Kunci** : perawatan tali pusat metode basah, perawatan tali pusat metode kering, tingkat

penyembuhan tali pusat

\* : dosen poltekkes kemenkes malang

\*\* : dosen poltekkes kemenkes palangka raya

## **Pendahuluan**

### **Latar Belakang**

Kasus tetanus neonatorum banyak dijumpai di sejumlah negara tropis dan negara yang masih memiliki kondisi kesehatan rendah. Data Organisasi Kesehatan Dunia WHO menunjukkan kematian akibat tetanus di negara berkembang adalah 135 kali lebih tinggi dibanding negara maju ( [Tabloit-nakita.com/artikel](http://Tabloit-nakita.com/artikel) )

Di Indonesia, sekitar 9,8 % dari 184 ribu kelahiran bayi menghadapi kematian karena tetanus neonatorum. Bahkan menurut dr Ellen, lebih 50 % bayi yang terkena tetanus berakhir dengan kematian. Angka kematian akan lebih tinggi lagi bila mengenai bayi berusia 0 - 7 hari.

Di Kabupaten Malang, pada tahun 2013 terjadi 2 kasus tetanus. 1 kasus pada usia 8 hari tapi bisa diselamatkan dan 1 kasus terjadi pada usia 29 hari dan berakhir dengan kematian. Kedua kasus tersebut akibat kurang bersihnya perawatan tali pusat setelah lahir. Karena kedua kasus tersebut persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan. Jadi tidak mungkin bila penyebab tetanusnya karena pemotongan tali pusat yang tidak DTT

Penyebab tetanus neonatorum adalah spora *Clostridium Tetani* yang masuk melalui luka tali pusat, karena tindakan atau perawatan yang tidak memenuhi syarat kebersihan, seperti pemotongan tali pusat dengan bambu / gunting yang tidak DTT, atau setelah dipotong tali pusat dibubuhi abu, tanah, minyak daun - daunan, kopi dan sebagainya.

Metode perawatan tali pusat ada 2 cara yaitu metode basah dan metode kering. Metode basah dengan menggunakan beberapa obat antara lain Alkohol 70 %, Betadhine. Sedang metode kering dengan menggunakan air DTT, Alkohol 70 % dan Betadhine. Dalam APN (Asuhan Persalinan Normal) dianjurkan menggunakan metode kering air DTT. Dalam kenyataannya, banyak

Bidan di daerah kami yang masih ragu menggunakan metode ini. Mereka beranggapan bahwa metode lebih tinggi resiko terjadinya infeksi dibanding metode basah yang menggunakan desinfektan.

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan data masing - masing metode perawatan tali pusat. Oleh karena itu peneliti melakukan penelitian dengan judul "Pengaruh Metode Perawatan Tali Pusat Terhadap Tingkat Penyembuhan"

Peneliti berharap hasil penelitian ini dapat membantu petugas kesehatan dalam menentukan metode mana yang akan digunakan untuk perawatan tali pusat pada bayi baru lahir.

Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengamatan dengan menggunakan hipotesa  $H_0$  apabila tidak ada perbedaan tingkat penyembuhan dengan menggunakan perawatan tali pusat metode kering dan metode basah. Dan  $H_1$  apabila ada perbedaan yang signifikan dalam tingkat penyembuhan dengan menggunakan perawatan tali pusat metode kering dan metode basah.

### **Tinjauan Pustaka**

Mesoderm Connecting Stalk memiliki kemampuan angiogenik, akan berkembang menjadi pembuluh darah, dan connecting stalk tersebut akan menjadi tali pusat.

Pada tahap awal perkembangan, rongga perut masih terlalu kecil untuk usus yang berkembang, sehingga sebagian usus terdesak ke dalam rongga selom ekstraembrional pada tali pusat. Pada sekitar akhir bulan ketiga penonjolan lengkung usus ( intentional loop ) ini masuk kembali ke dalam rongga abdomen janin yang telah membesar.

Kandung kuning telur ( yolk- sac ) dan tangkai kandung kuning telur (ductus vitellinus ) yang terdesak dalam rongga korion, yang juga tercakup dalam

connecting stalk, juga tertutup bersamaam dengan proses semakin bersatunya amnion dengan korion.

Setelah struktur lengkung usus, kandung kuning telur dan ductus vitellinus menghilang, tali pusat akhirnya hanya mengandung pembuluh darah umbilical ( 2 arteri umbilikal dan 1 vena umbilikal ) yang menghubungkan sirkulasi janin dengan placenta. Pembuluh darah umbilical ini diliputi oleh mukopolisakarida yang disebut Wharthon's jelly

### 1. Pemotongan Tali Pusat

Pemotongan tali pusat menurut standart asuhan Persalinan Normal adalah sebagai berikut :

- a. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan vernik.
  - b. Jepit tali pusat dengan klem kira – kira 2 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal ( ibu ) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
  - c. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit ( lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
  - d. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau DTT pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- Sisa pemotongan tali pusat pada bayi inilah yang harus dirawat, karena jika tidak dirawat maka dapat menyebabkan terjadinya infeksi

### 2. Fisiologi Lepasnya Tali Pusat

Perawatan tali pusat secara intensif diperkenalkan pada tahun 1950 an sampai dengan tahun 1960 an dimana pada saat

itu angka infeksi pada proses kebidanan sangat tinggi. Akan tetapi pada beberapa negara berkembang masih sering dijumpai terjadinya infeksi tali pusat walaupun anti septic jenis baru telah diperkenalkan. Selain infeksi, perdarahan pada tali pusat juga dapat berakibat fatal. Akan tetapi perdarahan dapat dicegah dengan melakukan penjepitan tali pusat dengan kuat dan pencegahan infeksi.

Peralatan yang digunakan dalam pemotongan tali pusat juga sangat berpengaruh dalam timbulnya penyulit pada tali pusat. Saat pemotongan, tali pusat terlepas dari supply darah dari ibu. Tali pusat yang menempel pada pusat bayi lama kelamaan akan kering dan terlepas. Pengeringan dan pemisahan tali pusat sangat dipengaruhi oleh aliran udara yang mengenainya.

Jaringan pada sisa tali pusat dapat dijadikan tempat koloni oleh bakteri, terutama jika dibiarkan lembab dan kotor. Sisa pemotongan tali pusat menjadi sebab utama terjadinya infeksi pada bayi baru lahir. Kondisi ini dapat dicegah dengan tali pusat kering dan bersih.

Tali pusat dijadikan tempat koloni bakteri yang berasal dari lingkungan sekitar. Pada bayi yang dirawat di rumah sakit, bakteri *Stafilococcus Aureus* adalah yang sering dijumpai yang berasal dari sentuhan perawat bayi yang tidak DTT. Pengetahuan tentang faktor yang menyebabkan terjadinya kolonisasi bakteri pada tali pusat sampai saat ini belum diketahui pasti. Selain *S. aureus*, bakteri *E coli* dan *B streptococci* juga sering dijumpai berkoloni pada tali pusat. Pemisahan yang terjadi antara pusat dan tali pusat disebabkan oleh keringnya tali pusat atau diakibatkan oleh terjadinya inflamasi karena terjadi infeksi bakteri.

Pada proses pemisahan secara normal jaringan yang tertinggal sangat sedikit, sedangkan pemisahan yang diakibatkan oleh infeksi masih menyisakan jaringan dalam jumlah banyak yang disertai dengan timbulnya abses pada kulit.

### **Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan masing - masing metode perawatan tali pusat terhadap tingkat penyembuhan meliputi tingkat terjadinya infeksi, lama pengeringan, lama pelepasan dan lama penyembuhan tempat insersi tali pusat.

### **Metode Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah *True Eksperimen* karena ada perlakuan, ada randomisasi dan semua variabel terkontrol. (Azrul Azwar, 2000)

Pada penelitian ini populasi yang digunakan adalah semua bayi yang lahir pada bulan Januari s/d September 2013 di wilayah BPM "JS" dan tali pusatnya belum lepas. Tujuan penelitian ini adalah untuk menguji hipotesis atau menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan currens status dari obyek yang diteliti. Penelitian ini termasuk dalam kategori penelitian eksploratif karena bertujuan untuk menguji suatu hipotesis penelitian yaitu adanya perbedaan dalam tingkat penyembuhan karena pengaruh metode perawatan tali pusat. Metode perawatan tali pusat yang dicoba adalah metode kering air DTT, metode kering alkohol 70 % , metode basah alkohol 70% dan metode basah Betadhine.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode eksperimen dan metode survei dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data. Dalam penelitian ini, data yang digunakan adalah primer. Data primer diperoleh dari kuesioner berupa data mengenai data umum responden atas peranan bapak dalam perawatan bayi, pengetahuan ibu, kebersihan, peranan orang tua / mertua, identitas bayi dan keadaan lingkungan. Data juga diperoleh dari hasil perlakuan pada tiap - tiap metode perawatan tali pusat.

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari sampai dengan September 2013. Tempat penelitian di wilayah Bidan

Praktek Mandiri "JS".

Pada penelitian ini menggunakan *Simple Random Sampling* yang memenuhi kriteria inklusi ( bayi baru lahir dengan tali pusat belum puput diijinkan oleh orang tuanya ) yaitu sebanyak 40 bayi, dengan masing - masing 10 bayi tiap perlakuan metode perawatan tali pusat. Menurut Fraenhel dan Wallen, untuk penelitian eksperimental, besar sample minimal 15 sampel. Tapi pada penelitian ini karena terbatasnya waktu, peneliti hanya meneliti 10 unit sample untuk masing - masing perlakuan.

Variabel bebas pada penelitian ini, adalah variabel metode perawatan tali pusat yaitu metode kering air DTT dan alkohol 70 %, metode basah Alkohol 70 % dan Betadhine. Sedangkan variabel tidak bebas dalam penelitian ini adalah variabel tingkat infeksi, variabel waktu pengeringan, variabel waktu pelepasan dan variabel waktu penyembuhan tempat insersi.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan alat pengumpulan data yaitu kuesioner dan ceklist. Kuesioner berisi pertanyaan - pertanyaan mengenai data umum bayi dan orang tua serta lingkungan bayi. Sedangkan ceklist berisi skor hasil penilaian dari masing - masing Bidan terhadap hasil pengamatan tiap variabel sesuai daftar skor variabel. Kuesioner didesain menggunakan pertanyaan tertutup, Bidan mengisi jawaban orang tua bayi dan hasil pengamatan dengan memberi skor pada lembar kuesioner atau lembar ceklist.

Tehnik pengukuran variabel dalam penelitian ini menggunakan skala Likert karena lebih mudah digunakan penerapan dan interpretasinya. Pengukuran variabel dilakukan dengan skala Likert dengan alternatif tanggapan dan nilai tanggapan seperti pada tabel 2

Tabel 1. Distribusi Kuesioner dan Ceklist yang terkumpul

Kelahiran di Bulan	Kuesioner dan ceklist terkumpul			
	Metode kering air DTT	Metode kering alkohol 70%	Metode basah alkohol 70%	Metode basah Beta dhine
Januari			1	
Februari		3		
Maret		4		
April			2	
Mei	2			
Juni		3		
Juli	2			3
Agustus				7
September	6		7	
Jumlah	10	10	10	10

Tabel 2. Alternatif dan Nilai Tanggapan

Alternatif Tanggapan	Nilai
Sangat rendah	1
Rendah	2
Tinggi	3
Sangat tinggi	4

Teknik pengumpulan data yaitu dengan memberikan perlakuan pada masing - masing metode perawatan tali pusat sebanyak 10 sampel. Data dikumpulkan dengan menggunakan cek list yang diisi setiap hari sampai tali pusat lepas / puput dan sembuh. Setelah cek list diisi dengan lengkap, dibuat tabulasi data. Untuk data umum dibuat dengan menggunakan table distribusi frekwensi dalam bentuk prosentase. Sedang hasil eksperimen dibuat tabel berdasarkan masing-masing variabel dibanding masing-masing metode perawatan tali pusat yang dikelompokkan dalam 4 kelompok yaitu hari 1 dan hari ke 4

### Teknik Analisa Data

Pengolahan data didapatkan melalui proses *Editing* : melengkapi dan mengelompokkan cek list menurut metode perawatan tali pusat yaitu metode basah Alkohol 70 %, metode kering

Betadhine, metode kering Alkohol 70 % dan metode kering air DTT serta memperjelas jawaban di cek list. *Coding* : memberi kode pada masing - masing metode perawatan tali pusat. *Transferring* : memindahkan jawaban yang ada di cek list ke master sheet. *Tabulating* : membuat table distribusi frekwensi untuk masing-masing pertanyaan untuk membuat analisa data umum. Untuk hasil eksperimen dikelompokkan lagi menurut masing - masing variabel penelitian.

Analisa data dilakukan dengan menggunakan pendekatan model Analisa Varians Kiasifikasi Satu Arah (Nugroho,1990). Secara ringkas persamaan model Linier Statistika dari analisis tersebut :

$$Y_{ij} = \mu + \tau_i + \epsilon_{ij}$$

Dimana :

$\mu$  = rata-rata umum

$\tau_i$  = pengaruh kelompok, dalam hal ini kelompok metode perawatan tali pusat

$\epsilon_{ij}$  = pengaruh galat (kesalahan)

$Y_{ij}$  = Nilai skor variabel tiap perlakuan

Data diolah dengan paket program minitab Versi 13.2, yang kemudian menghasilkan tabel analisa varians seperti tabel 3

Tabel 3. Analisis ragam pengaruh metode perawatan tali pusat terhadap variabel perlakuan

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	P
Kelompok perlakuan	3	JK Kel	Ragam Kel		
Galat	36	JK Galat	Ragam Galat		
Total	39	JK Total			

Untuk menguji hipotesis

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu$$

$$H_0 : \mu_i \neq \mu_j$$



Dapat dilihat dari nilai F-hitung. Bilamana nilai F hitung lebih besar dari F-tabel pada  $\alpha = 0,05$ , Berarti  $H_0$  ditolak. Dengan kata lain terhadap pengaruh yang nyata dari metode perawatan tali pusat dan tingkat infeksi. Selanjutnya dilakukan perbandingan antara rata-rata kelompok dengan menggunakan uji Beda Nyata Terkecil (BTN), yang dihitung dengan rumus :

$$BTN_{0,05} = t_{0,05} \times \sqrt{2} \text{ Ragam galat} / n$$

### Hasil Penelitian

Hasil penelitian tentang pengaruh metode perawatan tali pusat terhadap tingkat penyembuhan dipresentasikan dalam bentuk data umum.

Data-data umum dari responden yang menunjang hasil penelitian, dimulai dari peranan ayah, orang tua / mertua dalam perawatan bayi, kebiasaan ibu dalam perawatan bayi, data - data tentang bayi itu sendiri dan data tentang lingkungan sekitar.

Tabel 4. Peranan Ayah Dalam Perawatan Bayi

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Sangat Berperan	2	5 %
Cukup Berperan	7	17.5 %
Kurang Berperan	23	57.5 %
Tidak Berperan	8	20 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 5. Tabel peranan orang tua / mertua dalam perawatan bayi

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Sangat Berperan	2	5 %
Cukup Berperan	7	17.5 %
Kurang Berperan	23	57.5 %
Tidak Berperan	8	20 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 6. Tabel pengetahuan ibu tentang perawatan bayi

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Sangat baik	6	15 %
Baik	17	42,5 %
Kurang	14	35 %
Tidak tahu	3	7.5 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 7. Kebersihan pribadi ibu

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Sangat baik	0	0
Baik	34	85 %
Kurang baik	6	15 %
Kotor	0	0
Jumlah	40	100 %

Tabel 8. Kebiasaan cuci tangan setiap akan memegang bayi

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Setiap kali	0	0
Sering	2	5 %
Kadang-	35	87.5 %
Tidak pernah	3	7.5
Jumlah	40	100 %

Tabel 9. Frekwensi memandikan bayi dalam sehari

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
2 kali	16	40 %
1 kali	24	60 %
Kadang-	0	0
Hanya diseka	0	0
Jumlah	40	100 %

Tabel 10. Distribusi Frekwensi Mengganti Popok dan Mencuci Kelamin.

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Setiap kali	3	7.5 %
Sering	4	10 %
Kadang-kadang	28	70 %
Hanya	5	12.5 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 11. Tabel berat badan lahir bayi

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
2500 – 3500 gr	34	85 %
3500 – 4200 gr	2	5 %
Lebih dari 4200	1	2.5 %
Kurang dari	3	7.5 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 12. Tabel tentang jumlah anak

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Lebih dari 3	1	2.5 %
Anak ketiga	5	12.5 %
Anak kedua	11	27.5 %
Anak pertama	23	57.5 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 13. Besar diameter tali pusat

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
10 mm	22	55 %
11 – 20 mm	14	35 %
Lebih 20 mm	2	5 %
Kurang 10 mm	2	5 %
Jumlah	40	100 %

Tabel 14. Tabel kadar air bersih

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Sangat baik	1	2.5 %
Baik	39	97.5 %
Kurang	0	0
Kotor	0	0
Jumlah	40	100 %

### Pembahasan

Seperti telah dikemukakan sebelumnya, penelitian ini menggunakan 40 bayi yang baru lahir sebagai subyek penelitian. Perlakuan metode perawatan tali pusat diberikan pada bayi mulai hari kedua. Subyek penelitian dalam hal ini adalah tali pusat yang belum lepas. Pada hari kedua nampak bahwa seluruh tali pusat bayi pada kondisi tidak berbau. Dengan demikian apabila diberi perlakuan akan nampak perbedaan. Perbedaan tersebut hanya semata-mata karena pengaruh perlakuan. Hal ini dapat dilihat pada tabel 15 di bawah ini.

Tabel 15. Nilai Rata-rata, Nilai Minimum, Nilai Maksimum dan Simpangan Baku Variabel Bau Tali Pusat Hari 2 Akibat Perlakuan Metode Perawatan Tali Pusat

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	Simpangan Baku
A	4,0	4	4	0
B	4,0	4	4	0
C	4,0	4	4	0
D	4,0	4	4	0

Pengamatan variabel bau tali pusat pada hari ke 4 dari masing – masing perlakuan dapat dilihat pada tabel 16. Dan tabel tersebut dapat dilihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering dengan air DTT ( A ) terlihat bahwa skor bau paling rendah 2 dan skor paling tinggi 4 dengan rata – rata 3,70, artinya tidak berbau. Secara keseluruhan untuk variabel bau, baik perlakuan perawatan tali pusat metode kering Alkohol 70%, , basah Alkohol 70% dan basah betadhine adalah tidak berbau, hal ini dibuktikan dengan nilai rata rata masing-masing perlakuan adalah 3,80 dan 4,00 serta 4,00.

Tabel 16. Nilai Rata – Rata., Nilai Minimum, Nilai Maksimum dan Simpangan Baku variabel Bau Tali Pusat hari ke 4 Akibat Perlakuan Metode Perawatan Tali Pusat

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	Simpangan Baku
A	3,70	2	4	2
B	3,80	3	4	1
C	4,00	4	4	0
D	4,00	4	4	0

Pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap bau pada hari ke 4 dapat dilihat dari hasil analisis ragam seperti terlihat pada tabel 16.

Dari analisis ragam tersebut nampak bahwa diantara metode perawatan tali pusat yang dilakukan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dari nilai  $F_{hitung}$  yaitu 1,421 yang lebih kecil dari nilai  $F_{0,05}$  yaitu 2,84. Hal ini berarti dilihat dari variabel bau tali pusat pada hari ke 4 diantara metode perawatan tali pusat yang dicoba tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa juga dilihat dari nilai batas atas dan nilai batas bawah masing – masing perlakuan seperti nampak pada tabel 17.

Tabel 17. Analisis Ragam Pengaruh Perlakuan Metode Perawatan Tali Pusat, terhadap Variabel Bau Tali Pusat hari ke 4

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	0,67	0,225	1,421	-2,84
Galat	36	5,70	0,158		
Total	39	6,37			

Dari tabel 17 nampak bahwa bila antara perlakuan A dan B, A dan C, A dan D, B dan D, serta C dan D menunjukkan bahwa nilai selang kepercayaan 95 % (batas bawah dan batas atas) adalah saling berhimpitan. Hal ini berarti bahwa diantara perlakuan tidak terdapat perbedaan yang signifikan ditinjau dari bau tali pusat hari ke 4.

Tabel 18 Perbandingan nilai rata-rata, nilai selang kepercayaan 95% (batas bawah dan batas atas) variabel bau tali pusat hari 4.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Batas Bawah	Batas Atas
A	3,70	3,22	4,18
B	3,80	3,50	4,10
C	4,00	4,00	4,00
D	4,00	4,00	4,00

Pada perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap luas area kemerahan pada hari kedua terlihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering air

DTT skor terendah adalah 4 dan skor tertinggi adalah 4, dengan nilai rata - rata 4,00 artinya bahwa pada variabel luas area kemerahan pada hari pertama tidak ada warna kemerahan sekitar tali pusat.

Demikian juga dengan perlakuan pada metode perawatan tali pusat yang lain. Hal ini dapat dilihat dari tabel 19 bahwa nilai rata-rata dari masing-masing perlakuan perawatan tali pusat adalah 3,90 dan 4,00 serta 4,00 yang artinya adalah tidak ada warna kemerahan sekitar tali pusat.

Tabel.19. Nilai rata – rata, nilai minimum, nilai maksimum dan simpangan baku variabel luas area kemerahan pada hari kedua, akibat perlakuan metode perawatan tali pusat

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	4,00	4	4	0
B	3,90	3	4	1
C	4,00	4	4	0
D	4,00	4	4	0

Pengamatan variabel luas area kemerahan pada hari ke 4 dari masing - masing perlakuan dapat dilihat pada tabel 20. Dan analisis ragam tersebut dapat dilihat bahwa diantara metode perawatan tali pusat yang dilakukan menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal dapat dilihat dari nilai  $F_{hitung}$  yaitu 3,909 yang lebih besar dari  $F_{0,05}$  yaitu 2,84. Hal ini berarti bahwa dilihat dari variabel luas area kemerahan pada hari ke 4 diantara metode perawatan tali pusat yang dicoba terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 20 Analisis Ragam pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat, terhadap variabel luas area kemerahan hari ke 4

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	1,075	0,358	3,909	2,84
Galat	36	3,300	0,092		
Total	39	4,375			

Dari tabel 21 nampak bahwa antara perlakuan A dan B ada perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dari nilai batas atas dan batas bawah dari perlakuan A dan B yang tidak saling berhimpitan. Begitu juga dengan perlakuan A dan D. Sedangkan perlakuan A dan C tidak ada perbedaan yang signifikan karena nilai batas atas dan batas bawahnya saling berhimpitan.

Hasil tersebut juga bisa dilihat dari hasil perbandingan menggunakan nilai beda nyata terkecil pada tingkat kesalahan 5 %. Dari tabel tersebut terlihat bahwa nilai rata-rata yang didampingi huruf yang sama berarti tidak ada perbedaan secara signifikan. Sebagai contoh adalah perlakuan A dan C tidak berbeda ( karena didampingi huruf yang sama ) sedang A dan B berbeda karena huruf yang mendampingi nilai rata-rata tidak sama. Sebaliknya antara B dan C tidak berbeda karena nilai rata-ratanya didampingi huruf yang sama.

Tabel 21. Perbandingan nilai rata-rata, nilai selang kepercayaan 95% batas bawah dan batas atas dan nilai BNT variabel luas area pada hari ke 4

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Batas Bawah	Batas Atas
A	3,60 a	3,23	3,97
B	4,00 b	4,00	4,00
C	3,90 ab	3,67	4,13
D	4,00 b	4,00	4,00

BNT 0,05 = 0,30

Pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap kuantitas

pus, pada hari kedua dapat dilihat pada tabel 22. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT terhadap kuantitas pus nilai tertinggi 4 dan nilai terendah 3 dengan rata-rata 3,90 artinya bahwa tidak ada pus. Demikian juga tiap perlakuan metode perawatan tali pusat dengan nilai rata-rata masing-masing 4,00 yang artinya adalah tidak ada pus. Jadi diantara perlakuan metode perawatan tali pusat tidak ada perbedaan yang signifikan.

Tabel 22. Nilai rata-rata, nilai minimum, nilai maksimum dan simpangan baku variabel kuantitas pus pada hari kedua, akibat perlakuan metode perawatan tali pusat

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	3,90	3	4	1
B	4,00	4	4	0
C	4,00	4	4	0
D	4,00	4	4	0

Pengamatan variabel kuantitas pus pada hari ke 4 dapat dilihat dari hasil analisis ragam seperti terlihat pada tabel 23 dari analisis ragam tersebut nampak bahwa diantara metode perawatan tali pusat yang dilakukan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dan nilai  $F_{hitung}$  yaitu 2,189 yang lebih rendah dari  $F_{0,05}$  yaitu 2,84. Hal ini berarti bahwa dilihat dari variabel kuantitas pus pada hari ke 4 diantara metode perawatan tali pusat yang dicoba tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 23 Analisis ragam pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat, terhadap variabel kuantitas pus hari ke 4

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	0,675	0,225	2,189	2,84
Galat	36	3,700	0,103		
Total	39	4,375			

Dari tabel 24 nampak bahwa antara perlakuan A dan B, A dan C, A dan D, B dan C, B dan D serta C dan D menunjukkan bahwa nilai selang kepercayaan 95 % (nilai batas atas dan nilai batas bawah) adalah saling berhimpitan. Hal ini berarti bahwa diantara perlakuan tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 24 Perbandingan nilai rata – rata, nilai selang kepercayaan 95% (batas bawah dan batas atas) variabel kuantitas pus hari ke 4

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Batas Bawah	Batas Atas
A	3,70	3,35	4,05
B	3,80	3,50	4,10
C	4,00	4,00	4,00
D	4,00	4,00	4,00

Pengamatan perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap warna tali pusat pada hari kedua terlihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT skor terendah adalah 1 dan skor tertinggi adalah 2 dengan rata – rata 1,60 yang artinya adalah berwarna coklat. Sedang untuk perlakuan metode perawatan tali pusat metode kering alkohol 70 % (B) dengan nilai rata-rata 1,00. Metode basah alkohol 70% ( C ) dengan nilai rata-rata 1,10 dan metode basah Betadhine (D) dengan nilai rata-rata 1,30 yang artinya tetap berwarna kuning. Jadi diantara perlakuan yang dicoba terdapat perbedaan yaitu metode A dengan metode B, C dan D. Hal ini

dapat dilihat pada tabel 25.

Tabel 25. Nilai rata-rata, nilai minimum, nilai maksimum dan simpangan baku variabel warna tali pusat hari kedua, akibat perlakuan metode perawatan tali pusat.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	1,60	1	2	1
B	1,00	1	1	0
C	1,10	1	2	1
D	1,30	1	2	1

Pengaruh metode perawatan tali pusat terhadap warna tali pusat pada hari kedua dapat dilihat dari analisis ragam seperti terlihat pada tabel 26. Dari analisis ragam tersebut terlihat bahwa diantara metode perawatan tali pusat yang dilakukan menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal ini dapat dilihat bahwa nilai  $F_{hitung}$  yaitu 4,667 yang lebih besar dari nilai  $F_{0,05}$  yaitu 2,84. Hal ini berarti bahwa dari variabel perubahan warna tali pusat pada hari kedua diantara metode perawatan tali pusat yang dicoba terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 26. Tabel analisis ragam perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap variabel perubahan warna tali pusat hari kedua

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	2,100	0,700	4,667	2,84
Galat	36	5,40	0,150		
Total	39	7,50			

Dari tabel 27 nampak bahwa antara

perlakuan A dan B ada perbedaan yang signifikan. Hal ini dapat dilihat dari nilai batas atas dan nilai batas bawah dari perlakuan A dan B yang tidak saling berhimpitan. Sedang perlakuan A dan C, A dan D, B dan C, B dan D, C dan D tidak ada perbedaan yang signifikan karena nilai batas bawah dan nilai batas atasnya saling berhimpitan. Hasil tersebut juga bisa dilihat dari hasil perbandingan menggunakan nilai beda nyata terkecil pada tingkat kesalahan 5%. Dari tabel tersebut terlihat bahwa nilai rata-rata yang didampingi huruf yang sama berarti tidak ada perbedaan secara signifikan seperti pada perlakuan A dan B berbeda karena didampingi huruf yang tidak sama sedang A dan C tidak berbeda karena huruf yang mendampingi lama.

Tabel 27. Tabel perbandingan nilai rata-rata, nilai selang kepercayaan 95 % (batas bawah dan batas atas) dan BNT Variabel perubahan warna tali pusat hari kedua.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Batas Bawah	Batas Atas
A	1,60 a	1,23	1,97
B	1,00 b	1,00	1,00
C	1,10 ab	0,87	1,33
D	1,30 ab	0,95	1,65

BNT 0,05 = 0,66 (0,70)

Pengaruh metode perawatan tali pusat terhadap perubahan warna tali pusat pada hari ke 4 dapat dilihat pada tabel 28. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT nilai minimum adalah 3 dan nilai maksimum adalah 4 dengan rata-rata 3,60. Yang artinya bahwa pada variabel perubahan warna hari ke 4 dari semua metode perawatan tali pusat yang dicoba adalah berwarna hitam Begitu juga dengan perawatan tali pusat metode kering alkohol 70% dengan nilai rata-rata 3,70. Sedangkan untuk perawatan tali pusat metode basah alkohol 70 % dengan nilai rata-rata 3,20 dan perawatan tali pusat metode basah Betadhin dengan nilai rata - rata 3,10 yang artinya perubahan warnanya coklat tua.

Tabel 28 Nilai rata - rata, nilai maksimum, nilai minimum dan simpangan baku variabel perubahan warna hari ke 4 akibat perlakuan metode perawatan tali pusat.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	3,60	3	4	1
B	3,70	3	4	1
C	3,20	2	4	2
D	3,10	2	4	2

Dari analisis ragam tidak terdapat perbedaan yang signifikan karena nilai  $F_{hitung}$  yaitu 2,84 sama dengan nilai  $F_{0.05}$  yaitu 2,84. Hal ini berarti bahwa dilihat dari perubahan warna tali pusat pada hari ke 4 diantara metode perawatan tali pusat yang dicoba tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Hal ini dapat dilihat pada tabel 29

Tabel 29. Analisis ragam pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat, terhadap variabel perubahan warna tali pusat hari 4

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hitung}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	2,600	0,867	2,84	2,84
Galat	36	11,000	0,306		
Total	39	13,600			

Pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap tingkat kekeringan tali pusat pada hari kedua dapat dilihat pada tabel 30. Pada hari kedua seluruh tali pusat pada kondisi basah. Hal ini dapat dilihat pada nilai maksimum 2 dan nilai minimum 1 dengan nilai rata - rata adalah 1,00 dan 1,10 serta 1,30.

Tabel 30 Nilai rata - rata, nilai maksimum, nilai minimum dan simpangan baku variabel tingkat kekeringan tali pusat pada hari kedua.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	1,30	1	2	1
B	1,10	1	2	1
C	1,00	1	1	0
D	1,00	1	1	0

Pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap tingkat kekeringan pada hari ke 4 dapat dilihat dari analisis ragam seperti terlihat pada tabel 31. Dari analisis ragam tersebut nampak bahwa diantara metode perawatan tali pusat yang dilakukan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dari nilai  $F_{hitung}$  yaitu 1,647 yang lebih rendah dari nilai  $F_{0,05}$  yaitu 2,84.

Tabel 31 Analisis ragam pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat, terhadap variabel tingkat kekeringan tali pusat hari 4

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	1,400	0,467	1,647	2,84
Galat	36	10,200	0,283		
Total	39	11,600			

Pengamatan variabel waktu pelepasan tali pusat dari masing - masing perlakuan dapat dilihat pada tabel 4.2.18. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT nilai maksimum adalah 7 dan nilai minimum adalah 4 dengan nilai rata-rata adalah 6,70 yang artinya adalah

waktu pelepasan tali pusat dengan menggunakan perawatan tali pusat metode kering air DTT adalah antara 6 sampai 7 hari. Untuk perlakuan perawatan tali pusat metode kering alkohol 70 % nilai minimum adalah 4 dan nilai maksimum adalah 10 dengan nilai rata-rata adalah 7,00 yang artinya adalah waktu pelepasan dengan menggunakan perawatan tali pusat metode kering alkohol 70 % adalah 7 hari. Sedangkan untuk perlakuan perawatan tali pusat dengan menggunakan metode basah alkohol 70 % nilai minimum adalah 7 dan nilai maksimum adalah 11 dengan nilai rata-rata adalah 7,50. Artinya adalah waktu pelepasan tali pusat dengan menggunakan perawatan tali pusat metode basah alkohol 70 % adalah 7 sampai 8 hari. Sedangkan untuk perawatan tali pusat yang menggunakan perawatan tali pusat metode basah Betadhine nilai minimum adalah 7 dan nilai maksimum adalah 12 dengan nilai rata-rata adalah 8,50 Artinya adalah bahwa waktu yang dibutuhkan untuk pelepasan tali pusat dengan menggunakan perawatan tali pusat metode basah Betadhine adalah 8 sampai 9 hari.

Tabel 32 Nilai rata - rata, nilai minimum, nilai maksimum dan simpangan baku variabel waktu pelepasan tali pusat, akibat perlakuan metode perawatan tali pusat.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	6,70	4	7	3
B	7,00	4	10	6
C	7,50	7	11	4
D	8,50	7	12	5

Pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap waktu

pelepasan tali pusat dari analisis ragam dapat dilihat pada tabel 4.2.19. Dari analisis ragam tersebut nampak perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dari nilai  $F_{hitung}$  yaitu 3,243 yang lebih besar dari nilai  $F_{0,05}$  yaitu 2,84. Hal ini berarti kalau dilihat dari waktu pelepasan tali pusat dari metode perawatan yang dicoba terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 33 Analisis ragam pengaruh perlakuan perawatan tali pusat terhadap variabel waktu pelepasan tali pusat.

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	18,675	6,225	3,243	2,84
Galat	36	69,100	1,919		
Total	39	87,775			

Perbedaan tersebut dapat juga dilihat dari perbandingan nilai batas bawah dan nilai batas atas dari masing-masing perlakuan. Dari tabel 4.2.20 nampak bahwa antara perlakuan A dan B tidak ada perbedaan yang signifikan karena nilai batas atas dan batas bawahnya saling berhimpitan Begitu juga dengan perlakuan C dan D Sedang untuk perlakuan A dan C ada perbedaan yang signifikan karena nilai batas atas dan nilai batas bawahnya tidak saling berhimpitan. Begitu juga dengan perlakuan A dan C, A dan D, B dan C serta B dan D.

Hasil tersebut juga bisa dilihat dari hasil perbandingan menggunakan nilai nyata terkecil pada tingkat kesalahan 5 %. Dari tabel tersebut terlihat bahwa nilai rata - rata yang didampingi huruf yang sama berarti tidak ada perbedaan secara signifikan. Sebagai contoh adalah perlakuan A dan B tidak berbeda (karena didampingi huruf yang sama ) sedang A dan C berbeda karena huruf yang mendampingi tidak sama.

Tabel 34 Perbandingan nilai rata - rata, nilai selang kepercayaan 95% (batas atas dan batas bawah ) variabel waktu pelepasan tali pusat.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Batas Bawah	Batas Atas
A	6,70 a	6,02	7,38
B	7,00 a	5,99	7,01
C	7,50 b	7,59	8,41
D	8,50 b	7,53	9,77

BNT 0,05 = 1,25

Pengamatan variabel tingkat penyembuhan dapat dilihat pada tabel 35. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pada perlakuan perawatan tali pusat metode kering air DTT, skor tertinggi adalah 7 dan skor terendah adalah 12 dengan nilai rata-rata 7,80. Artinya waktu penyembuhan rata-rata 7-8 hari. Sedang untuk perlakuan perawatan tali pusat metode kering alkohol 70%, nilai minimum adalah 7 dan nilai maksimum adalah 12 dengan nilai rata-rata adalah 9,20. Yang artinya adalah waktu penyembuhan yang dibutuhkan bila menggunakan perawatan tali pusat metode kering alkohol 70% adalah 9 sampai 10 hari. Perlakuan perawatan tali pusat metode basah alkohol 70% nilai minimum adalah 7 dan nilai maksimum adalah 11 dengan nilai rata-rata adalah 7,60. Artinya adalah waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan adalah 7 sampai 8 hari. Dan perlakuan perawatan tali pusat metode basah Betadine, nilai minimum adalah 7 dan nilai maksimum adalah 12 dengan nilai rata-rata adalah 8,50. Yang artinya adalah waktu penyembuhan adalah 8 sampai 9 hari.

Tabel 35 Nilai rata - rata, nilai maksimum, nilai minimum dan simpangan baku variabel waktu penyembuhan tali pusat akibat perlakuan metode perawatan tali pusat.

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Nilai minimum	Nilai maksimum	Simpangan baku
A	7,80	7	10	3
B	9,20	7	12	5
C	7,60	7	11	4
D	8,50	7	12	5



Pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat terhadap waktu penyembuhan dapat dilihat dari analisis ragam seperti pada tabel 36. Dari analisis ragam tersebut nampak bahwa diantara metode perawatan tali pusat yang dilakukan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Hal ini bisa dilihat dari  $F_{hitung}$  yaitu 2,503 yang lebih rendah dari  $F_{0,05}$  yaitu 2,84

Tabel 36 Analisis ragam pengaruh perlakuan metode perawatan tali pusat, terhadap variabel waktu penyembuhan

Sumber Keragaman	Derajat Bebas	Jumlah Kuadrat	Ragam	$F_{hit}$	$F_{0,05}$
Perlakuan	3	15,875	5,292	2,503	2,84
Galat	36	76,100	2,114		
Total	39	91,975			

Dari tabel 4.2.22 nampak bahwa antara perlakuan A dan B, A dan C, A dan D, B dan C, B dan D serta C dan D menunjukkan bahwa nilai selang kepercayaan 95 % (batas atas dan batas bawah) adalah saling berhimpitan. Hal ini berarti bahwa diantara perlakuan tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

Tabel 37 Perbandingan nilai rata-rata, nilai selang kepercayaan 95% ( batas atas dan batas bawah ) variabel waktu penyembuhan tali pusat

Perlakuan	Nilai Rata-rata	Batas Bawah	Batas Atas
A	7,80	7,06	8,54
B	9,20	8,04	10,36
C	7,60	6,70	8,50
D	8,50	7,23	9,77

### Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dari semua metode perawatan tali pusat yang dicoba tidak terdapat perubahan bau pada tali pusat pada semua bayi yang diberi perlakuan. Sedangkan untuk luas area kemerahan,

pada metode kering lebih banyak terjadi. Tidak ditemukan pus pada semua bayi yang diberi perlakuan perawatan tali pusat. Sedang untuk perubahan warna tali pusat, waktu kekeringan dan waktu pelepasan, perawatan tali pusat metode kering air DTT lebih cepat dibanding metode perawatan tali pusat yang lain. Untuk waktu penyembuhan perawatan tali pusat metode basah alkohol 70 % lebih cepat sembuhnya dibanding dengan metode yang lain.

Jadi dari semua metode perawatan tali pusat yang telah dicoba, perawatan tali pusat metode kering air DTT lebih cepat lepas/ puput, tapi membutuhkan waktu yang lebih lama untuk penyembuhan pusarnya. Sedangkan lama penyembuhan, perawatan tali pusat metode basah alkohol 70 % lebih cepat sembuh dibandingkan dengan metode perawatan tali pusat yang lain.

### Saran

Untuk peneliti selanjutnya, subyek penelitian sebaiknya lebih banyak lagi karena semakin banyak subyek penelitian semakin baik hasil penelitian yang ditemukan. Subyek penelitian pada penelitian ini adalah bayi baru lahir normal. Jadi untuk mendapatkan hasil yang lebih, dapat diambil subyek penelitian yang lebih beragam seperti bayi yang lahir dengan Seccio Cesaria atau bayi yang lahir dengan induksi persalinan dan vacuum ekstraksi.

Pada penelitian ini ditemukan bahwa metode kering dengan air DTT ternyata tali pusat lebih cepat lepas/pupus dibandingkan dengan metode yang lain. Metode basah Alkohol 70% tali pusat lebih cepat kering dibanding dengan metode yang lain. Perbedaan tersebut mengindikasikan bahwa pada perawatan tali pusat masih diperlukan pemberian antiseptic untuk mencegah tali pusat tersebut lama keringnya atau sebaiknya tali pusat dengan perawatan kering iar DTT sebaiknya menggunakan kasa steril, sehingga meminimalkan terjadinya

lambat pengeringan. Sedangkan menggunakan perawatan basah Alkohol tali pusat lebih lambat lepas namun setelah lepas tali pusat segera cepat kering, namun kelemahan perawatan tali pusat metode basah adalah memberi peluang bagi bayi terjadi hipotermia.

#### **Daftar Pustaka**

- Arikunto Suharsini, 1998, *Prosedur Penelitian*, Jakarta : Rinneka Cipta.
- Dep. Kes RI, 1998, *Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*, Jakarta : Kemenkes Kesehatan RI
- Notoatmodjo Soekijo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rinneka Cipta.
- Nursalam, 2000, *Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta : CV. Sagung Seto
- Azwar Azrul, 2000. *Desain Penelitian*, Jakarta : EGC
- Creasoft. files  
wordpress.com/2013/04/tlpuset. pdf, 28  
Desember 2013
- Maersida Andy, 2006, *Tabloit Ayah Bunda*, Jakarta : Ayah Bunda
- Hurlock Elizabeth, 2000, *Psikologi Perkembangan*, Jakarta : EGC
- Dep. Kes RI, 1995, *Pedoman Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesehatan Neonatal*, Jakarta : Kemenkes Kesehatan RI.
- ibudananak.com/nidex.php?itemid=9&id=177, 23 Desember 2013



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PALANGKA RAYA**

Gedung B  
Jin. George Obos No.32 Palangka Raya 731 1 1  
Telp : (0536) 3221768  
Fax : (0536) 3221768  
Email : [direktorat@poltekkes-palangkaraya.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-palangkaraya.ac.id)  
<http://www.poltekkes-palangkaraya.ac.id>

ISBN 978-6D2-748D7-D-4

