

Jurnal

Keperawatan Klinis dan Komunitas

Clinical and Community Nursing Journal

Faktor yang Memengaruhi Peran Suami dalam Pengambilan Keputusan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Pernikahan Usia Muda

Dwi Marlinawati, Sinta Khrisnamurti, Wiwin Lismidiati

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Audiovisual terhadap Konsumsi Natrium pada Populasi dengan Risiko Tinggi Sindrom Metabolik di Puskesmas Turi

Kharina Nur Shabrina, Sri Mulyani, Melyza Perdana

Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi terhadap Tingkat Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI pada Ibu Hamil di Posyandu Karanglegi, Kabupaten Pati

Saffanah Khoirunnisa, Widyawati, Wiji Triningsih

Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual terhadap Peningkatan Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI Kader Posyandu

Ayyu Sandhi, Ika Parmawati

Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis dengan Perawatan Paliatif di *Intensive Care Unit*: Studi di Yogyakarta

Sri Setiyarini, Eri Yanuar Akhmad, Happy Indah Kusumawati

Gambaran Perilaku Anak Berkebutuhan Khusus dan Penanganannya oleh Guru di Sekolah Dasar Inklusi Kabupaten Sleman

Galih Adi Pratama, Ibrahim Rahmat, Sri Warsini

Volume 3	Nomor 2	Halaman 58-121	Juli 2019	ISSN 2614-4948 (online) ISSN 2614-445x (print)
-------------	------------	-------------------	--------------	---

JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS *Clinical and Community Nursing Journal*

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (JK3) merupakan jurnal yang mempublikasikan hasil-hasil penelitian dalam bidang keperawatan dan kesehatan dari area klinis (RS, puskesmas), pendidikan, dan masyarakat. JK3 diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (PSIK FK-KMK UGM). Redaksi jurnal ini berkantor di Lantai 2 Gedung Ismangoen PSIK FK-KMK UGM di Jalan Farmako Sekip Utara Yogyakarta 55281. No Telp: (0274) 545674; Fax: (0274) 631204. Email: jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id.

Jurnal ini merupakan pembaharuan dari Jurnal Ilmu Keperawatan (JIK) yang sudah tidak terbit sejak tahun 2010. JIK pertama kali terbit pada tahun 2006. Hingga tahun 2009 JIK telah terbit sebanyak 4 volume atau 12 edisi dan masih berupa jurnal fisik.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas terbit tiga kali dalam setahun yaitu Bulan Maret, Juli dan November. Mulai terbit tahun 2017, JK3 disusun oleh kepengurusan dewan redaksi yang baru dan mulai menggunakan *Open Journal System* (OJS) di mana para penulis wajib melakukan register terlebih dahulu dan meng-upload naskah secara online. Melalui OJS, dewan redaksi, editor, *peer review*, penulis, pembaca dapat memantau proses naskah, pelangganpun dapat melakukan pemesanan yang dilakukan secara *online*.

Diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM Yogyakarta

PELINDUNG DAN PENGARAH

Dekan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM

PEMIMPIN REDAKSI

Sri Warsini

ANGGOTA DEWAN REDAKSI

Uki Noviana

PELAKSANA

Kadek Dewi Cahyani
Arif Annurrahman

MITRA BESTARI

Haryani, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Khudazi Aulawi, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Christantie Effendy, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Heny Suseani Pangastuti, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Widyawati, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Lely Lusmilasari, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Fitri Haryanti, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Sri Hartini, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Wenny Artanty N,
Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Syahirul Alim, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Intansari Nurjannah, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM

Sri Warsini, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Ema Madyaningrum, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Uki Noviana, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Martina Sinta K., Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Ariani Arista Putri P., Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Sri Setiyarini, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Suni Hariati, Universitas Hassanudin
Ferry Effendi, Universitas Airlangga
Agianto, Universitas Lambung Mangkurat
Agus Setyawan, Universitas Indonesia
Saryono, Universitas Jendral Soedirman
Kusnanto, Universitas Airlangga
Fitri Arofiati, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Tantut Sutanto, Universitas Jember
I Gede Putu Darma Suyasa, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali
Shanti Wardaningsih, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Sri Padma Sari, Universitas Diponegoro
Joko Gunawan, Akedemi Keperawatan Belitung
Eko Winarto, RSUD Banyumas
Linlin Lindayani, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PPNI

ALAMAT REDAKSI

Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada
Alamat: Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281
Telp: (0274) 545674/ Fax: (0274) 631204
Email: jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id Website: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkkk>

JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS
Clinical and Community Nursing Journal
Volume 3/ Nomor 2/ Juli/ 2019

DAFTAR ISI

No	Judul	Hal
1	Faktor yang Memengaruhi Peran Suami dalam Pengambilan Keputusan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Pernikahan Usia Muda Dwi Marlinawati, Sinta Khrisnamurti, Wiwin Lismidiati	58-68
2	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Audiovisual terhadap Konsumsi Natrium pada Populasi dengan Risiko Tinggi Sindrom Metabolik di Puskesmas Turi Kharina Nur Shabrina, Sri Mulyani, Melyza Perdana	69-78
3	Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi terhadap Tingkat Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI pada Ibu Hamil di Posyandu Karanglegi, Kabupaten Pati Saffanah Khoirunnisa, Widyawati, Wiji Triningsih	79-87
4	Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual terhadap Peningkatan Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI Kader Posyandu Ayyu Sandhi, Ika Parmawati	88-98
5	Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis dengan Perawatan Paliatif di <i>Intensive Care Unit</i>: Studi di Yogyakarta Sri Setiyarini, Eri Yanuar Akhmad, Happy Indah Kusumawati	99-109
6	Gambaran Perilaku Anak Berkebutuhan Khusus dan Penanganannya oleh Guru di Sekolah Dasar Inklusi Kabupaten Sleman Galih Adi Pratama, Ibrahim Rahmat, Sri Warsini	110-121

Faktor yang Memengaruhi Peran Suami dalam Pengambilan Keputusan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Pernikahan Usia Muda

Influencing Factors for Husband's Role in Contraceptive Use Among Early Marriage

Dwi Marlinawati^{1*}, Sinta Khrisnamurti², Wiwin Lismidiati³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Bagian Maternal RSUP dr. Sardjito Yogyakarta

³Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The use of contraceptive aims for controlling excessive labor and overcoming maternal mortality rate among early marriage. The role of husband as motivator, facilitator, and educator is associated with contraceptive use in wife.

Objective: To scrutinize influencing factors for husband's role in contraceptive decision making among early marriage in Sukoharjo Community Health Center's working area.

Method: This study was a quantitative study, with a cross-sectional design. This research was conducted on March-April 2017 and involved by 50 respondents who were husbands of early marriages which was taken using purposive sampling. This study used questionnaire on husband's role and knowledge about contraception. Data analysis was using chi square test.

Result: Percentage of husband's role as motivator and facilitator was high (64% and 86%), and as educator was low (44%). Chi square test showed that there was significant correlation between family income ($p=0,033$), husband's knowledge ($p=0,015$), and media exposure ($p=0,013$) with husband's role in contraceptive use decision making.

Conclusion: Factors that influence the husband's role in making decisions on the choice of contraceptives are family income and husband's knowledge. Knowledge also affects the husband's role as a motivator, while media exposure affects the husband's role as an educator.

Keywords: contraceptive, early marriage, family planning, husband's role

ABSTRAK

Latar belakang: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan salah satu upaya untuk mengatasi tingginya angka kelahiran dan kematian ibu pada pasangan yang menikah di usia muda. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap penggunaan kontrasepsi pada istri adalah peran suami, baik peran sebagai motivator, fasilitator, dan edukator.

Tujuan: Untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi peran suami dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi pada pasangan yang menikah muda, di wilayah kerja Puskesmas I Sukoharjo, Wonosobo.

Metode: Jenis penelitian kuantitatif non eksperimen, survei analitik, dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-April 2017, dengan sampel sebanyak 50 orang suami yang menikah di usia muda sebagai responden. Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling. Penelitian ini menggunakan kuesioner peran suami dan pengetahuan suami tentang kontrasepsi. Analisis data menggunakan *chi square*.

Hasil: Peran suami sebagai motivator dan fasilitator berada dalam kategori baik (64% dan 86%). Sementara peran suami sebagai edukator berada dalam kategori kurang (44%). Terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga ($p=0,033$), pengetahuan suami ($p=0,015$), dan paparan media ($p=0,013$) dengan peran suami dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi.

Corresponding Author: **Dwi Marlinawati**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: dwimarlina07@yahoo.co.id

Kesimpulan: Faktor yang memengaruhi peran suami dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi adalah pendapatan keluarga dan pengetahuan suami. Pengetahuan juga memengaruhi peran suami sebagai motivator, sedangkan paparan media memengaruhi peran suami sebagai edukator.

Kata kunci: keluarga berencana, kontrasepsi, peran suami, pernikahan usia muda

PENDAHULUAN

Pernikahan di usia muda merupakan salah faktor penyebab tingginya Angka Kematian Anak (AKA), Angka Kematian Ibu (AKI), dan tingginya angka kelahiran di Indonesia. Menurut United Nation Development Economic and Social Affairs, Indonesia termasuk negara ke-37 dengan persentase pernikahan muda yang tinggi dan merupakan negara tertinggi kedua di Association of South East Asia Nations (ASEAN) setelah Kamboja.¹ Salah satu cara untuk mengatasi masalah tingginya angka kelahiran serta angka kematian ibu dan anak yang disebabkan tingginya pernikahan di usia remaja adalah melalui penggunaan alat kontrasepsi untuk menunda atau mengatur jarak kelahiran. Kehamilan yang terlalu muda, terlalu sering, dan terlalu banyak, merupakan penyebab terjadinya kematian pada ibu hamil.²

Penggunaan alat kontrasepsi dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya peran/dukungan suami. Dukungan suami memiliki hubungan yang signifikan dengan penggunaan kontrasepsi pada wanita yang menikah pada usia dini.³ Tidak adanya dukungan dari suami merupakan salah satu faktor penyebab seorang wanita tidak menggunakan kontrasepsi.⁴ Peran suami dalam pengambilan keputusan terbagi menjadi 3, yaitu sebagai motivator, fasilitator, dan edukator.⁵ Peran suami tersebut juga dapat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti demografi, pendapatan keluarga, pengetahuan suami, dan paparan media.⁶

Kecamatan Sukoharjo merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Wonosobo dengan angka pernikahan di usia muda yang cukup banyak. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Kantor Urusan Agama (KUA) Kecamatan Sukoharjo, Kabupaten Wonosobo, didapatkan hasil bahwa dalam rentang tahun 2015, terdapat cukup banyak wanita yang menikah di usia muda/remaja, di wilayah kerja Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo, yaitu 100 dari total 164 pasangan yang mendaftarkan pernikahannya di KUA. Sebanyak 45 di antaranya merupakan pasangan menikah muda, yang calon mempelai wanitanya berusia 19 tahun ke bawah. Angka pernikahan muda ini sudah menurun dari tahun 2014 yaitu 55 pasangan dari 180 pasangan yang menikah. Namun, angka tersebut masih tergolong cukup tinggi.

Berdasarkan hasil wawancara singkat dengan pegawai di kantor Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan salah satu bidan di wilayah Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo, penggunaan alat kontrasepsi di wilayah Kecamatan Sukoharjo cenderung masih menjadi tanggung jawab istri. Selain itu, konsultasi pemilihan alat kontrasepsi juga hanya dilakukan kepada istri karena menurut masyarakat setempat, membicarakan masalah alat kontrasepsi masih menjadi hal yang tabu.

Penelitian tentang peran suami dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi

belum pernah dilakukan pada pasangan muda khususnya di Kecamatan Sukoharjo, Wonosobo. Oleh karena itu, peneliti tertarik meneliti lebih lanjut untuk mengetahui bagaimana gambaran peran suami dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi dan faktor-faktor yang memengaruhi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah jenis penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Lokasi yang dipilih sebagai tempat penelitian adalah wilayah Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo, Kabupaten Wonosobo, Jawa Tengah. Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan yaitu bulan Maret-April 2017.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh suami dari wanita yang menikah di usia 19 tahun atau lebih muda pada tahun 2014 dan 2015, di wilayah kerja Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo, Kabupaten Wonosobo, Jawa Tengah yang berjumlah 100 orang. Besar sampel dihitung menggunakan rumus besar sampel dari Slovin yaitu $N/N (0,1)^2 + 1$ dan didapatkan jumlah sebanyak 50 responden. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah laki-laki yang memiliki istri dan menikah di usia kurang dari atau sama dengan 19 tahun, yang pernah atau sedang menggunakan alat kontrasepsi, tinggal serumah bersama istri di wilayah kerja Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo, dapat membaca dan menulis, serta bersedia menjadi responden penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah sedang tidak berada di tempat, saat pengambilan data dilakukan.

Variabel penelitian ini antara lain faktor demografis (usia suami, usia istri, tingkat pendidikan suami, tingkat pendidikan istri, pekerjaan suami, pekerjaan istri, pendapatan keluarga, jumlah anak hidup), faktor pengetahuan suami tentang KB, dan juga faktor paparan media. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner peran suami dan pengetahuan suami.

Kuesioner peran suami diadopsi dari Kustanti⁵ yang juga telah menguji reliabilitas dengan skor Alpha Cronbach 0,9135. Kuesioner ini terdiri dari 15 pernyataan, meliputi: lima pernyataan mengenai suami sebagai motivator, lima pernyataan mengenai suami sebagai fasilitator, dan lima pernyataan mengenai suami sebagai edukator. Peran suami dikatakan baik, jika skor yang didapat antara 3-5. Sementara peran suami dikatakan buruk, jika nilainya 1-2.

Kuesioner pengetahuan diadopsi dari Wahidin⁷ yang terdiri dari 28 pernyataan meliputi empat aspek, yaitu: pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, dan peningkatan kesejahteraan keluarga. Kuesioner ini juga telah dilakukan uji validitas menggunakan koefisien korelasi poin biserial dengan nilai valid $r \geq 0,30$ dan uji reliabilitas menggunakan formula ganjil genap dari Rulon, diperoleh tingkat reliabilitas sebesar 0,973.⁷ Penilaian pengetahuan suami didasarkan pada nilai mean. Skor di atas nilai mean dikategorikan berpengetahuan tinggi dan skor di bawah nilai mean dikategorikan berpengetahuan rendah.

Analisis data yang digunakan adalah uji *Chi Square*. Proses pengambilan data dilakukan setelah mendapat surat kelayakan etik (*ethical clearance*) dari Komite Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada pada tanggal 27 Februari 2017 (KE/FK/0221/2017). Responden diberikan surat persetujuan (*informed consent*) untuk ditandatangani sebelum mulai menjawab pertanyaan dalam kuesioner.

HASIL

Karakteristik responden dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 1. Responden sebagian besar berusia antara 20-30 tahun, yaitu sebanyak 44 responden (88,0%). Usia istri sebagian besar saat ini berusia antara 20-30 tahun, yaitu sebanyak 31 (62,0%).

Tabel 1. Karakteristik responden penelitian (n=50)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia suami		
20-30 tahun	44	88,0
> 30 tahun	6	12,0
Usia istri		
<20 tahun	19	38,0
20-30 tahun	31	62,0
Pendidikan suami		
Tinggi (SMA/Perguruan Tinggi)	12	24,0
Rendah (SD/SMP)	38	76,0
Pendidikan istri		
Tinggi (SMA/Perguruan Tinggi)	15	30,0
Rendah (SD/SMP)	35	70,0
Pekerjaan suami		
Petani	30	60,0
Bukan petani	20	40,0
Pekerjaan istri		
Ibu rumah tangga	47	94,0
Bekerja	3	6,0
Pendapatan		
>UMR	18	36,0
< UMR	32	64,0
Jumlah anak		
Satu	48	96,0
> Satu	2	4,0
Pengetahuan		
Tinggi	28	56,0
Rendah	22	44,0
Paparan media		
Ada	22	44,0
Tidak	28	56,0

Responden penelitian dan juga istri, sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah (SD/SMP) sebanyak 76,0% pada suami dan 70,0% pada istri. Pekerjaan responden sebagian besar berprofesi sebagai petani (60,0%). Sementara mayoritas istri sebagai ibu rumah tangga (IRT) sebanyak 94,0%. Mayoritas responden memiliki pendapatan per bulan kurang dari UMR (64,0%), dan memiliki jumlah anak hidup satu (96%). Untuk pengetahuan mengenai keluarga berencana dan alat kontrasepsi sebanyak 28 responden (56,0%) merasa memiliki pengetahuan tinggi. Faktor paparan media mengenai alat kontrasepsi, sebanyak 28 responden (56,0%)

mengatakan tidak ada paparan dari media cetak maupun elektronik.

Terdapat 3 jenis peran suami yaitu peran sebagai motivator, fasilitator, dan edukator. Persentase peran suami dijabarkan dalam Tabel 2. Peran suami sebagai motivator dan fasilitator, mayoritas tergolong baik (64,0% dan 86%). Sementara untuk peran suami sebagai edukator, mayoritas masih dalam kategori kurang (56,0%).

Tabel 2. Karakteristik responden penelitian (n=50)

Peran Suami		Frekuensi (f)	Persentase (%)
Peran suami motivator	Baik	32	64,0
	Kurang	18	36,0
Peran suami fasilitator	Baik	43	86,0
	Kurang	7	14,0
Peran suami edukator	Baik	22	44,0
	Kurang	28	56,0

Hasil analisis data hubungan faktor demografi dengan peran suami sebagai motivator, disajikan dalam Tabel 3. Berdasarkan Tabel 3 didapatkan hanya variabel pendapatan dan pengetahuan yang berhubungan dengan peran edukator ($p < 0,05$).

Tabel 3. Hubungan faktor demografi dengan peran suami sebagai motivator (n=50)

Faktor Demografi	Peran Suami Motivator				p-value
	Baik		Kurang		
	f	%	f	%	
Usia suami					
20-30 tahun	28	56,0	16	32,0	1,000 ^b
> 30 tahun	4	8,0	2	4,0	
Usia istri					
<20 tahun	11	22,0	8	16,0	0,481 ^a
20-30 tahun	21	42,0	10	20,0	
Pendidikan suami					
Tinggi	9	18,0	3	6,0	0,497 ^b
Rendah	23	46,0	15	30,0	
Pendidikan istri					
Tinggi	11	22,0	4	8,0	0,368 ^a
Rendah	21	42,0	14	28,0	
Pekerjaan suami					
Petani	18	36,0	12	24,0	0,470 ^a
Bukan petani	14	28,0	6	12,0	
Pekerjaan istri					
IRT	30	60,0	17	34,0	1,000 ^b
Bekerja	2	4,0	1	2,0	
Pendapatan					
>UMR	15	30,0	3	16,7	*0,033 ^a
<UMR	17	34,0	15	46,9	
Jumlah anak					
Satu	31	64,6	17	35,4	1,000 ^b
> Satu	1	50,0	1	2,0	
Pengetahuan					
Tinggi	22	44,0	6	12,0	*0,015 ^a
Rendah	10	20,0	12	24,0	
Paparan media					
Ada	15	30,0	7	14,0	0,585 ^a
Tidak	17	34,0	11	22,0	

Keterangan: ^a) *Chi-Square test*; ^b) *Fisher exact test*,*) Signifikan ($p < 0,05$)

Hasil analisis data hubungan faktor demografi, pengetahuan suami, dan paparan media dengan peran suami sebagai fasilitator, disajikan dalam Tabel 4. Pada Tabel 4 menunjukkan hasil bahwa tidak ada faktor signifikan yang memengaruhi peran suami sebagai fasilitator.

Tabel 4. Hubungan faktor demografi dengan peran suami sebagai fasilitator (n=50)

Faktor Demografi	Peran Suami Fasilitator				p-value
	Baik		Kurang		
	f	%	f	%	
Usia suami					
20-30 tahun	38	86,4	6	13,6	1,000 ^b
> 30 tahun	5	83,3	1	16,7	
Usia istri					
<20 tahun	17	89,5	2	10,5	0,695 ^b
20-30 tahun	26	83,9	5	16,1	
Pendidikan suami					
Tinggi	12	100,0	0	0,0	0,174 ^b
Rendah	31	81,6	7	18,4	
Pendidikan istri					
Tinggi	13	86,7	2	13,3	1,000 ^b
Rendah	30	85,7	5	14,3	
Pekerjaan suami					
Petani	28	93,3	2	6,7	1,000 ^b
Bukan petani	15	75,0	5	25,0	
Pekerjaan istri					
IRT	41	87,2	6	12,8	0,370 ^b
Bekerja	2	66,7	1	33,3	
Pendapatan					
>UMR	15	83,3	3	16,7	0,692 ^b
<UMR	28	87,5	4	12,5	
Jumlah anak					
Satu	42	87,5	6	12,5	0,263 ^b
> Satu	1	50,0	1	50,0	
Pengetahuan					
Tinggi	24	85,7	4	14,3	1,000 ^b
Rendah	19	86,4	3	13,6	
Paparan media					
Ada	19	86,4	3	13,6	1,000 ^b
Tidak	24	85,7	4	14,3	

Keterangan: ^a) Chi-Square test; ^b) Fisher exact test; *) Signifikan (p<0,05)

Hasil analisis data hubungan faktor demografi, pengetahuan suami, dan paparan media dengan peran suami sebagai edukator, disajikan dalam Tabel 5. Tabel 5 menunjukkan hasil bahwa faktor yang berpengaruh terhadap peran suami sebagai edukator adalah paparan media (p<0,05).

Tabel 5. Hubungan faktor demografi dengan peran suami sebagai Edukator (n=50)

Faktor Demografi	Peran Suami Edukator				p-value
	Baik		Kurang		
	f	%	f	%	
Usia suami					
20-30 tahun	19	38,0	25	50,0	1,000 ^b
> 30 tahun	3	6,0	3	6,0	
Usia istri					
<20 tahun	7	14,0	12	24,0	0,425 ^a
20-30 tahun	15	30,0	16	32,0	

Tabel 5. Hubungan faktor demografi dengan peran suami sebagai Edukator (n=50) (lanjutan)

Faktor Demografi	Peran Suami Edukator				p-value
	Baik		Kurang		
	f	%	f	%	
Pendidikan suami					
Tinggi	5	10,0	7	14,0	0,852 ^a
Rendah	17	34,0	21	42,0	
Pendidikan istri					
Tinggi	7	14,0	8	16,0	0,804 ^a
Rendah	15	30,0	20	40,0	
Pekerjaan suami					
Petani	14	28,0	16	32,0	0,642 ^a
Bukan petani	8	16,0	12	24,0	
Pekerjaan istri					
IRT	21	42,0	26	52,0	1,000 ^b
Bekerja	1	2,0	2	4,0	
Pendapatan					
>UMR	8	16,0	10	20,0	0,962 ^a
<UMR	14	28,0	18	36,0	
Jumlah anak					
Satu	22	44,0	26	52,0	0,497 ^b
> Satu	0	0,0	2	4,0	
Pengetahuan					
Tinggi	14	28,0	14	28,0	0,335 ^a
Rendah	8	16,0	14	28,0	
Paparan media					
Ada	14	28,0	8	16,0	*0,013 ^a
Tidak	8	16,0	20	40,0	

Keterangan: ^a) *Chi-Square test*; ^b) *Fisher exact test*,*) Signifikan ($p < 0,05$)

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki peran suami sebagai motivator dalam kategori baik. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan hasil bahwa peran suami sebagai motivator paling banyak terdistribusi dalam kategori baik dengan persentase 61%.⁸ Kesesuaian hasil dalam penelitian tersebut antara lain karena karakteristik usia suami yang sama, yaitu usia dewasa awal (20-40 tahun). Sebagian besar suami yang masuk dalam usia dewasa awal memiliki karakteristik yang sabar dan memahami orang lain.⁹ Karakteristik tersebut membuat istri merasa diperhatikan dan mendapat dukungan motivasi dari suami, serta berpengaruh terhadap pemilihan alat kontrasepsi yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan.¹⁰

Terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan peran suami sebagai motivator dengan nilai $p=0,033$ ($p < 0,05$). Responden dengan pendapatan lebih dari UMR memiliki peran sebagai motivator yang lebih baik dibandingkan responden yang berpenghasilan kurang dari UMR per bulannya. Hasil tersebut mendukung penelitian sebelumnya, yang menyatakan bahwa semakin tinggi penghasilan keluarga semakin banyak peran suami dalam keluarga berencana dengan nilai $p=0,001$ ($p < 0,05$).¹¹

Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan suami dengan peran suami sebagai motivator. Semakin tinggi pengetahuan suami, maka semakin baik perannya sebagai

motivator. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa peran suami dalam keluarga berencana, tergolong lebih baik pada responden yang memiliki pengetahuan tinggi tentang alat kontrasepsi. Suami yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi akan lebih tertarik untuk berdiskusi dan berperan dalam keluarga berencana. Sebanyak 78% dari semua responden yang berpengetahuan baik, memiliki peran yang baik pula dalam keluarga berencana.⁶ Pengetahuan merupakan salah satu domain penting dalam pembentukan perilaku. Perilaku yang didasarkan pada pengetahuan, umumnya akan bertahan lebih lama atau bersifat langgeng.¹² Pengetahuan menyumbang peran dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi.¹³

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki peran suami sebagai fasilitator dalam kategori baik, bahkan menunjukkan persentase tertinggi dibandingkan peran yang lain. Peran sebagai fasilitator ini meliputi membantu dan mengingatkan istri untuk melakukan kontrol, serta menyediakan waktu untuk mengantar istri ke fasilitas kesehatan baik untuk kontrol atau rujukan.¹⁴ Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebesar 77,1% dari total responden yang diteliti memiliki peran sebagai fasilitator yang baik.⁵

Pada penelitian ini, karakteristik responden dari segi pendidikan memiliki kemiripan, yaitu mayoritas responden mempunyai tingkat pendidikan rendah (SD dan SMP) dan sebagian besar memiliki mata pencaharian sebagai petani, sehingga memiliki keuangan waktu untuk mengantar istri ke fasilitas kesehatan. Di antara peran yang lain, peran ini yang lebih mudah dilakukan pada responden dengan karakteristik tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki peran suami sebagai edukator dalam kategori kurang. Hasil serupa ditunjukkan pada penelitian sebelumnya yang mendapatkan hasil peran suami sebagai edukator, lebih banyak tergolong kategori kurang baik dengan persentase 73,3%.¹⁵ Kurangnya peran suami sebagai edukator dalam penelitian tersebut disebabkan karena kurangnya pengetahuan suami mengenai keluarga berencana, fungsi, manfaat, serta hal-hal yang harus dilakukan dalam melaksanakan program tersebut. Hal ini menyebabkan suami tidak dapat berperan menjadi edukator yang baik bagi istri.

Terdapat hubungan yang signifikan antara paparan media dengan peran suami sebagai edukator. Hasil ini mendukung penelitian sebelumnya yang menyatakan, bahwa peran suami dalam keluarga berencana tergolong lebih tinggi pada suami yang mendapat paparan informasi dari berbagai media, dibandingkan suami yang tidak terpapar media sama sekali, dengan nilai $p < 0,000$.⁶ Penelitian lain menyatakan bahwa responden dengan paparan media lebih banyak, akan memiliki peran yang lebih baik dalam keluarga berencana dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$).¹¹ Suami yang terpapar media lebih banyak baik dari TV, koran, atau media lain, akan meningkatkan keinginan untuk menggunakan alat kontrasepsi, serta dapat meningkatkan komunikasi dengan pasangan.¹⁶ Paparan media merupakan salah satu faktor yang dapat mengubah perilaku individu dalam masyarakat.¹⁷

Jumlah anak hidup tidak memengaruhi peran suami dalam pengambilan keputusan

pemilihan alat kontrasepsi. Tidak adanya hubungan signifikan pada variabel ini kemungkinan disebabkan karena hampir semua responden memiliki satu anak, sehingga proporsi responden tidak berimbang antara yang memiliki 1 anak dan >1 anak. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang mendapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan signifikan antara jumlah anak dengan keterlibatan suami dalam keluarga berencana, ditunjukkan dengan nilai $p=0,079$ ($p>0,05$).¹⁸ Sebanyak 45% dari total responden dalam penelitian tersebut belum mempunyai anak, sedangkan dalam penelitian ini semua responden sudah mempunyai anak.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia suami dengan peran suami baik sebagai motivator, fasilitator, dan edukator. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya, yang menyatakan tidak ada hubungan signifikan antara usia suami dengan peran tidak langsung dalam keluarga berencana, ditunjukkan dengan nilai $p=0,438$.¹⁹ Pada penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa, baik pada rentang usia 20-30 tahun, maupun pada usia > 30 tahun, suami memiliki peran tidak langsung dalam keluarga berencana, pada kategori baik.

Berbeda dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa usia suami berpengaruh pada keterlibatan suami dalam keluarga berencana dengan nilai $p=0,049$ ($p<0,05$).²⁰ Hal ini dikarenakan penelitian tersebut lebih meneliti peran suami secara langsung, sebagai akseptor KB. Hasil dari penelitian tersebut didapatkan bahwa suami yang berusia di atas 55 tahun, lebih banyak berperan dalam penggunaan alat kontrasepsi. Sementara dalam penelitian ini, tidak ada responden yang berusia di atas 55 tahun, sehingga hasil analisis data yang didapatkan pun berbeda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor usia istri tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan peran suami, baik sebagai motivator, fasilitator, dan edukator. Hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa semakin tua usia istri, maka semakin baik peran pria dalam keluarga berencana.⁶ Hal ini dikarenakan istri dari responden semua menikah di usia muda dan distribusi usia yang homogen. Sementara pada penelitian sebelumnya, distribusi usia istri lebih lebar yaitu antara 25 tahun sampai di atas 35 tahun, sehingga hasil analisis data berbeda.

Faktor pendidikan suami tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan peran suami baik sebagai motivator ($p=0,497$), fasilitator ($p=1,000$), dan edukator ($p=0,642$). Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan suami dengan partisipasi suami dalam keluarga berencana dengan nilai $p=0,572$ ($p>0,05$).²⁰ Karakteristik responden pada penelitian tersebut memiliki kemiripan dengan penelitian saat ini, yaitu mayoritas pendidikan terakhir adalah SD, SMP, dan SMA, serta tidak ada perbedaan persentase yang signifikan antara masing-masing karakteristik tersebut.

Pendidikan istri tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan peran suami, baik sebagai motivator ($p=0,368$), fasilitator ($p=1,000$), dan edukator ($p=0,804$). Hasil ini berbeda

dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan istri dengan peran suami dalam keluarga berencana.¹⁸ Hal ini dikarenakan perbedaan karakteristik tingkat pendidikan istri dalam penelitian tersebut. Pada penelitian ini, tingkat pendidikan terbagi menjadi dua, yaitu rendah (SD dan SMP) dengan persentase 70% dan tinggi (SMA dan Perguruan tinggi) sebanyak 30%. Sementara pada penelitian Wiafe,¹⁸ sebagian besar responden tidak berpendidikan (50%), dan sisanya berpendidikan dasar (24%) dan berpendidikan menengah/tinggi (26%).

Pekerjaan suami tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan peran suami, baik sebagai motivator, fasilitator, dan edukator. Sebagian besar responden dalam penelitian ini berprofesi sebagai petani. Hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang memperoleh hasil adanya hubungan signifikan antara status pekerjaan suami dengan keterlibatan suami dalam keluarga berencana, ditunjukkan dengan $p=0,011$ ($p<0,05$).¹⁸ Hal ini karena karakteristik suami pada penelitian sebelumnya, sebagian besar tidak bekerja (67%), sedangkan pada penelitian ini semua responden memiliki mata pencaharian sebagai petani (60%) dan 40% lainnya mempunyai mata pencaharian sebagai wiraswasta, buruh, dan pedagang.

Tidak ada hubungan signifikan antara pekerjaan istri dengan peran suami dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi, sebagai motivator, fasilitator, dan edukator. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pekerjaan istri dengan peran suami dalam keluarga berencana, terlihat dari nilai $p=0,779$ ($p>0,05$).¹¹ Hal ini dikarenakan adanya kemiripan karakteristik pekerjaan istri, pada penelitian tersebut sebagian besar istri bekerja di dalam rumah (90,9%). Sementara pada penelitian ini, sebagian besar istri merupakan ibu rumah tangga, yang berarti juga tidak bekerja di luar rumah (94%).

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa persentase peran suami sebagai motivator dan fasilitator tergolong baik, akan tetapi peran suami sebagai edukator masih kurang, dalam hal pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi, di wilayah kerja Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo.

Faktor yang berhubungan dengan peran suami sebagai motivator dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi di wilayah kerja Puskesmas I Kecamatan Sukoharjo adalah pendapatan keluarga dan pengetahuan suami. Sementara faktor yang berhubungan dengan peran suami sebagai edukator dalam pengambilan keputusan pemilihan alat kontrasepsi adalah paparan media.

Saran untuk peneliti selanjutnya, perlu adanya penelitian di wilayah yang lebih luas, dengan jumlah responden yang lebih besar, serta perlu adanya penelitian kualitatif untuk menggali lebih dalam lagi, tentang peran suami dalam pemilihan alat kontrasepsi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada para responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Terima kasih juga kepada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, selaku penyandang dana riset. Serta terima kasih kepada asisten peneliti yang telah membantu dan mendukung kelancaran proses pengambilan data pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. [Internet]. 2015. Available from: http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin_reproduksi_remaja-ed.pdf.
2. Sudarma M. Sosiologi untuk Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
3. Aryanty H. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Kontrasepsi pada Wanita Kawin Usia Dini di Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur [Thesis]. Denpasar: Universitas Udayana Denpasar; 2011.
4. Astuti E, Ratifah. Deskriptif Faktor-Faktor yang Memengaruhi Wanita Usia Subur (WUS) Tidak Menggunakan Alat Kontrasepsi. *Jurnal Ilmu Kebidanan*. 2014; 5(2): 99–108.
5. Kustanti P. Hubungan Peran Suami dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Pasca Bencana Erupsi Merapi [Skripsi]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada; 2013.
6. Kamal MM, Islam MS, Alam MS, Hasssn ABME. Determinants of Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Bangladesh. *American Journal of Human Ecology*. 2013; 2(2).
7. Wahidin. Pengetahuan dan Sikap Pria tentang KB serta Hubungannya dengan Penggunaan Kontrasepsi di Kota Jambi [Thesis]. Yogyakarta: Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada; 2001.
8. Rahmawati. Peran Suami dalam Pengambilan Keputusan Keluarga Berencana di Puskesmas Gatak Sukoharjo [Skripsi]. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2016.
9. Jahja Y. Psikologi Perkembangan. Jakarta: Kencana; 2011.
10. Vadnjal J, Vadnjal M. The Role of Husband's: Support or Barrier to Women's on Sexual and reproductive. *Academic Journals*. 2013; 7(36): 3730–8.
11. Shahjahan M, Mumu S, Afroz A, Chowdhury H, Kabir R, Ahmed K. Determinants of Male Participation in Reproductive Healthcare Service. *Reproductive Health Journal*. 2013; 10(27).
12. Sunaryo. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC; 2004.
13. Ekarini. Analisis Faktor yang Berpengaruh terhadap Partisipasi Pria dalam KB di Kecamatan Selo Kabupaten Boyolali [Thesis]. Semarang: FKM Undip Semarang; 2008.
14. Suparyanto. Konsep Suami dalam Keluarga Berencana. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
15. Fauzan R. Gambaran Peran Suami dalam Program Keluarga Berencana (KB) di Desa Lambaro Skep Kota Banda Aceh Tahun 2013 [Skripsi]. Banda Aceh: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala; 2013.
16. Haile A, Enqueselassie F. Influence of Women's Autonomy on Couple's Contraception Use in Jimma Town, Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Health Development*. 2009; 20(3).
17. Suprpto T. Pengantar Teori dan Manajemen Komunikasi. Yogyakarta: Media Pressindo; 2009.
18. Wiafe E. Male Involvement in Family Planning in Sunyani Municipality [Disertasi]. University of Ghana; 2015.
19. Ernawati S. Faktor yang Memengaruhi Keluarga Berencana (KB) Pria dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu II. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. 2016; 4(2): 109.
20. Budi Santoso SI. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di Kecamatan Jetis Kabupaten Bantul [Thesis]. Semarang: Magister Promosi Kesehatan, Universitas Diponegoro; 2008.

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Audiovisual terhadap Konsumsi Natrium pada Populasi dengan Risiko Tinggi Sindrom Metabolik di Puskesmas Turi

The Effect of Audiovisual Health Education on Natrium Consumption in Population with Metabolic Syndrome High-Risk in Turi Health Center Area

Kharina Nur Shabrina^{1*}, Sri Mulyani², Melyza Perdana³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Metabolic syndrome is a group of risk factors that can lead to the risk of heart disease. The habit of high natrium food consumption can cause metabolic syndrome. One of the method to prevent the emergence of metabolic syndrome is by improving knowledge and changing the diet through audiovisual health education.

Objective: To identify the effect of audiovisual health education method on natrium consumption in people with the risk of metabolic syndrome.

Methods: The type of this study was quasi experimental with non-equivalent pretest post-test design with control group design. Participants of this study were 38 people from Puskesmas Turi who joined the audiovisual group and 42 people from the booklet media control group. The researcher used Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire (SQ-FFQ) for 2 weeks to discover the natrium consumption of respondents. The researcher employed paired sample t-test to analyze the audiovisual effect on natrium consumption, before and after health education.

Results: The decreasing intake in the two pretests and post-test groups showed a significant difference $p < 0,05$ ($p = 0,00$).

Conclusion: Audiovisual health education method is effectively reducing the excessive natrium intake, yet the method requires continuous education to decrease excess natrium intake effectively.

Keywords: audiovisual, health education, natrium consumption

ABSTRAK

Latar belakang: Sindrom metabolik merupakan sekelompok faktor risiko yang dapat menyebabkan risiko penyakit jantung. Konsumsi makanan tinggi natrium berpengaruh terhadap kejadian sindrom metabolik. Salah satu upaya pencegahan terjadinya sindrom metabolik adalah meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap tentang pola makan, melalui pendidikan kesehatan menggunakan media audiovisual.

Tujuan: Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode audiovisual terhadap konsumsi natrium pada masyarakat yang berisiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi.

Metode: Jenis penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *non-equivalent pretest post-test design with control group*. Responden penelitian ini adalah masyarakat di wilayah Puskesmas Turi dengan 38 responden pada kelompok intervensi audiovisual dan 42 responden pada kelompok kontrol dengan media booklet. Konsumsi natrium diukur menggunakan kuesioner *Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire* (SQ-FFQ) selama 2 minggu. Analisis data menggunakan *paired sample t-test* untuk mengetahui pengaruh audiovisual terhadap konsumsi natrium sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan.

Hasil: Hasil uji statistik menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara penurunan asupan natrium pada kelompok intervensi audiovisual dengan kelompok kontrol $p < 0,05$ ($p = 0,00$).

Corresponding Author: Kharina Nur Shabrina

PSIK FKKMK UGM, Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: kharinashabrina11@gmail.com

Kesimpulan: Pendidikan kesehatan dengan metode audiovisual, efektif menurunkan konsumsi natrium yang berlebih. Namun, diperlukan pendidikan yang berkelanjutan, agar penurunan konsumsi natrium yang berlebih dapat lebih efektif.

Kata kunci: audiovisual, konsumsi natrium, pendidikan kesehatan

PENDAHULUAN

Sindrom metabolik merupakan sindrom yang terdiri dari kumpulan gejala seperti tingkat trigliserida yang tinggi, *high density lipoprotein* (HDL) yang rendah, intoleransi glukosa, dan juga tekanan darah tinggi.¹ Prevalensi sindrom metabolik di dunia sekitar 20-25%.² Sementara prevalensi sindrom metabolik pada lebih dari 20 provinsi dan 27 suku di Indonesia sebesar 21,66% dengan prevalensi komponen metabolik tertinggi, yaitu tekanan darah tinggi, rendahnya nilai kolesterol HDL, dan obesitas sentral.³

Peningkatan tekanan darah erat kaitannya dengan konsumsi garam. Hasil penelitian Suhaema & Masthalina⁴ menunjukkan bahwa konsumsi makanan tinggi natrium dapat memengaruhi kejadian sindrom metabolik, terutama melalui peningkatan tekanan darah. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan konsumsi makanan asin di Indonesia meningkat dari 24,5% menjadi 26,7% pada tahun 2013. Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa hampir 75% masyarakat Indonesia mengonsumsi makanan tinggi garam dan menggunakan bumbu penyedap.⁵ Lebih spesifik di wilayah Daerah Yogyakarta, sekitar 12,4% masyarakat mengonsumsi makanan asin > 1 jenis per hari, sedangkan untuk konsumsi bumbu penyedap sebesar 77,8%.⁶ Hasil Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) menunjukkan bahwa rerata asupan natrium penduduk Indonesia termasuk kategori tinggi, yaitu sebesar 2.764 mg/orang/hari.⁷ Sementara, konsumsi natrium yang direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia⁶ adalah 2.000 mg/hari atau setara dengan 1 sendok teh garam. Konsumsi natrium yang melebihi batas normal ini akan meningkatkan risiko seperti hipertensi, stroke, diabetes, dan penyakit jantung.

Salah satu upaya pencegahan terjadinya sindrom metabolik dengan meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap, melalui pendidikan kesehatan tentang pola makan.⁸ Audiovisual merupakan media elektronik yang menyediakan informasi melalui komponen suara dan gambaran visual.⁹ Dibanding media lain, penggabungan suara dan gambaran visual dalam media penyuluhan, dapat mengaktifkan lebih dari satu indra dan emosi, sehingga dapat meningkatkan retensi memori terkait materi yang disampaikan.¹⁰ Hasil penelitian lain membuktikan adanya peningkatan pengetahuan maupun sikap yang cukup efektif, pada ibu yang diberikan penyuluhan melalui media audiovisual.¹¹

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang, “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Audiovisual terhadap Konsumsi Natrium pada Populasi Risiko Tinggi Sindrom Metabolik di Wilayah Kerja Puskesmas Turi”.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan audiovisual

terhadap konsumsi natrium pada populasi risiko tinggi sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif dan jenis penelitian *non-equivalent pretest post-test design with control group*. Peneliti ingin melihat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap konsumsi natrium pada populasi risiko tinggi, di wilayah Puskesmas Turi. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari hingga Maret 2017. Pemilihan lokasi penelitian dan media pendidikan kesehatan yang diberikan, menggunakan teknik *cluster random sampling*. Dengan teknik tersebut, terpilih Desa Bangunkerto sebagai kelompok kontrol yang diberi pendidikan kesehatan melalui booklet dan Desa Girikerto sebagai kelompok perlakuan yang diberi pendidikan kesehatan melalui media audiovisual. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah berusia 18-61 tahun, indeks masa tubuh (IMT) > 23, lingkar perut > 80 cm untuk perempuan dan lingkar perut laki-laki >90cm, dapat membaca dan menulis, serta bersedia menjadi responden.

Instrumen yang dipakai pada penelitian ini, di antaranya: timbangan berat badan, *microtoise*, *meterline*, tensimeter, dan kuesioner *Semi-Quantitative Food Frequency Questioner* (SQ-FFQ) yang disebarakan selama 2 minggu. Uji validitas kuesioner SQ-FFQ dilakukan oleh peneliti dengan membandingkan kuesioner SQ-FFQ dan Food Recall 2x24. Uji *concurrent criterion validity* menggunakan *paired t-test*, didapatkan hasil $p > 0,05$. Uji reliabilitas didapatkan hasil r hitung (0,51) > r tabel (0,5), sehingga kuesioner SQ-FFQ dinyatakan valid dan reliabel.

Analisis data *univariat* untuk mendeskripsikan karakteristik responden, seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan hasil skrining komponen sindrom metabolik. Untuk mengetahui perubahan sebelum dan setelah pendidikan kesehatan, menggunakan *paired t-test*. Kemudian, untuk mengetahui perubahan konsumsi setiap individu, menggunakan uji Mc Nemar.

Peneliti telah mendapatkan izin kelayakan etik dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan dengan nomor: KE/FK/1311/EC/2016. Sebelum dilakukan pengambilan data, seluruh responden telah menandatangani persetujuan *informed consent* sebagai bukti telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

HASIL

Total responden dalam penelitian ini sebanyak 80 responden, yang terdiri dari 38 responden pada kelompok intervensi audiovisual dan 42 responden pada kelompok kontrol dengan media *booklet*. Data karakteristik responden dijabarkan dalam Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1, menunjukkan bahwa responden pada kedua kelompok, terbanyak pada kategori usia 24-45 tahun. Responden pada penelitian ini didominasi oleh perempuan dibandingkan laki-laki. Pada kelompok intervensi, responden perempuan hampir 4 kali lebih banyak dibanding laki-laki. Sementara pada kelompok kontrol, responden perempuan 2,5 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki.

Tabel 1. Karakteristik responden penelitian (n=80)

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi (n=38)			Kelompok Kontrol (n=42)			p-value
	f	%	Mean	f	%	Mean	
Usia			42,5			44,2	
24-45 tahun	23	60,5		24	57,1		0,640
46-60 tahun	15	39,5		18	42,9		
Jenis kelamin							
Laki-laki	8	21,1		12	28,6		0,680
Perempuan	30	78,9		30	71,4		
Pendidikan							
Tidak sekolah/ SD/ SMP	20	50,6		16			0,790
SMA	17	44,8		18	22,8		
Perguruan Tinggi	1	2,6		8	19,0		
Pekerjaan							
Ibu rumah tangga	13	34,2		19	45,2		0,480
Petani	10	26,3		3	7,1		
Lainnya	15	10,6		20	14,3		
Status Pernikahan							
Menikah	35	92,1		38	90,5		0,320
Janda/duda/belum/tidak kawin	3			4			
Status Penghasilan							
Rendah (<1,5 juta)	31	81,6		36	85,7		0,970
Menengah dan tinggi (2,5-> 5 juta)	7	18,4		6	14,3		
Kebiasaan merokok							
Merokok	4	10,6		9	21,4		0,720
Tidak merokok	34	89,4		33	78,6		
IMT			27,9			29,2	
Pre-obese (23-29,9)	27	71,1		28	66,7		0,520
Obesitas (>30)	11	28,9		14	33,3		
Lingkar perut							
Laki-laki			98,6			97,6	
90-100 cm	4	10,5		7	16,7		0,150
>100 cm	4	10,5		5	11,9		
Perempuan			98,3			89,9	
80-90cm	16	42,1		15	35,7		0,460
>90cm	14	36,9		15	35,7		
Tekanan Darah			136/83			132/89	
Rendah dan Normal (\leq 130/90 mmHg)	12	31,6		17	40,5		0,190
Tinggi (>130/90 mmHg)	26	68,4		25	59,5		

Berdasarkan Tabel 1, menunjukkan bahwa responden pada kedua kelompok, terbanyak pada kategori usia 24-45 tahun. Responden pada penelitian ini didominasi oleh perempuan dibandingkan laki-laki. Pada kelompok intervensi, responden perempuan hampir 4 kali lebih banyak dibanding laki-laki. Sementara pada kelompok kontrol, responden perempuan 2,5 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki.

Pada kelompok kontrol, mayoritas responden berpendidikan SMA. Sementara, pada kelompok intervensi mayoritas responden berpendidikan SD-SMP. Penghasilan sebagian besar responden masih di bawah upah minimum regional (UMR) Yogyakarta karena sebagian besar responden bekerja sebagai ibu rumah tangga dan petani. Status pernikahan responden hampir semuanya menikah dan kebanyakan responden yang menikah tinggal bersama orang tua, anak, dan cucu.

Hasil rerata indeks massa tubuh (IMT) responden termasuk dalam kategori berat badan berlebih dan obesitas. Rerata lingkar perut responden wanita di kelompok kontrol 89,9 cm dan kelompok intervensi 98,3 cm. Pada responden laki-laki, rerata lingkar perut kelompok kontrol 97,6 cm dan pada kelompok intervensi 98,6 cm.

Tekanan darah responden lebih banyak termasuk kategori tekanan darah tinggi, sebanyak 68,4% pada kelompok intervensi dan 59,5% pada kelompok kontrol. Dari hasil uji beda kedua kelompok, dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna dalam karakteristik responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

Distribusi konsumsi natrium responden penelitian tersaji dalam Tabel 2. Analisis Mc Nemar digunakan untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada konsumsi natrium sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil analisis akan bermakna apabila $p < 0,05$. Berdasarkan Tabel 2, responden dengan konsumsi natrium cukup, tampak pada kelompok kontrol dan mengalami peningkatan dari 11,9% menjadi 54,7%. Hasil uji analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna konsumsi natrium sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol ($p = 0,000$).

Tabel 2. Distribusi asupan natrium (n=80)

Pretest		Post-test		Total	p-value
		Na Cukup f (%)	Na Lebih f (%)		
Kelompok Kontrol (n=42)	Na Cukup	4 (9,5)	1 (2,4)	5 (11,9)	0,000
	Na Lebih	19 (45,2)	18 (42,9)	37 (88,1)	
Kelompok Intervensi (n=38)	Na Cukup	3 (7,9)	3 (7,9)	6 (15,8)	0,001
	Na Lebih	18 (47,4)	14 (36,8)	32 (84,2)	

Keterangan: *) Signifikan ($p < 0,05$)

Konsumsi natrium cukup pada kelompok intervensi juga mengalami peningkatan dari 15,8% menjadi 55,3%. Analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada konsumsi natrium antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi ($p = 0,001$).

Tabel 3. Asupan natrium pada kelompok intervensi dan kontrol pada sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan (n=80)

Asupan Natrium	Pretest Mean±SD	Post-test Mean±SD	p-value
Kontrol (n=42)	2113,5±89,2	1997,7±91,4	0,000*
Intervensi (n=38)	2102,8±106,1	1978,1±98,3	0,000*

Asupan konsumsi natrium berlebih pada responden penelitian menurun, baik pada kelompok intervensi maupun kontrol. Penurunan asupan pada dua kelompok, menunjukkan adanya perbedaan bermakna secara statistik. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik dengan *paired t-test* pada Tabel 3 yang menunjukkan bahwa $p < 0,05$, sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara hasil pretest dan post-test dengan media audiovisual dan media *booklet*.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, umur responden berkisar antara 24-45 tahun dan 46-60 tahun, dengan mean 44,19 pada kelompok kontrol dan mean 42,5 pada kelompok intervensi. Kelompok usia 35-44 tahun berisiko 1,84 kali lebih tinggi mengalami sindrom metabolik dibandingkan umur 25-34 tahun. Sementara umur 45-54 tahun dan 55-65 tahun berisiko 3,34 kali dan 4 kali lebih tinggi terkena sindrom metabolik.¹²

Responden wanita pada penelitian ini lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Pada kelompok kontrol, responden wanita 4 kali lebih banyak dibanding laki-laki, sedangkan pada kelompok intervensi, responden wanita 2,5 kali lebih banyak. Menurut Bantas *et al.*,¹³ prevalensi sindrom metabolik lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki. Wanita berisiko mengalami sindrom metabolik 1,32 kali lebih besar dibandingkan laki-laki.

Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini, lebih banyak lulusan SMA. Sesuai dengan hasil penelitian Bantas *et al.*¹³ individu dengan pendidikan menengah ke bawah memiliki risiko sindrom metabolik yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih tinggi, terutama pada wanita.

Karakteristik responden untuk status ekonomi, masih lebih banyak di bawah upah minimum regional (UMR) Yogyakarta, yakni sebesar < Rp1.500.000,-. Status sosial ekonomi yang rendah dapat memengaruhi risiko terjadinya sindrom metabolik, terutama pada wanita. Hal ini karena status ekonomi rendah berarti penghasilan juga rendah, sehingga pemilihan makanan cenderung yang lebih murah, mengandung padat energi, dan berpotensi meningkatkan stres. Sementara pada status sosial ekonomi yang lebih tinggi, akan lebih memperhatikan kesehatan, terutama dalam pemilihan makanan.¹⁴

Karakteristik indeks massa tubuh (IMT) responden lebih banyak termasuk dalam kategori pre-obesitas dan obesitas, dari setiap kelompok. Seseorang yang mengalami pre-obesitas memiliki risiko 5,54 kali lebih besar mengalami sindrom metabolik. Sementara, pada individu yang obesitas, risiko meningkat menjadi 7,44 kali lebih besar mengalami Sindrom Metabolik, dibandingkan individu dengan IMT normal.¹

Tekanan darah responden dalam penelitian ini lebih banyak dalam kelompok tekanan darah tinggi (>130/90 mmHg), yaitu sebanyak 26 orang pada kelompok intervensi dan 25 orang pada kelompok kontrol. Menurut Bustan,¹⁵ hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah, yang gejalanya akan berlanjut pada target organ, seperti penyakit jantung koroner yang merupakan salah satu penyakit dalam sindrom metabolik.

Sebelum diberi pendidikan kesehatan, responden dengan asupan natrium berlebih sebanyak 84,2% pada kelompok intervensi dan 88,1% pada kelompok kontrol. Asupan natrium berpengaruh langsung dalam peningkatan tekanan darah, yang merupakan faktor risiko terjadinya sindrom metabolik.¹⁶

Hasil kuesioner SQ-FFQ menunjukkan bahwa responden memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan gurih dan bersantan. Selain itu, menurut hasil kuesioner SQ-FFQ, sebagian besar

responden dalam kategori asupan natrium berlebih, cenderung lebih banyak mengonsumsi bumbu dapur (garam yang berlebih, *vetsin*, saus, dan kecap), serta makanan gurih (seperti ikan asin dan mi instan). Hal tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya^{17,18} bahwa asupan natrium yang berlebih pada responden karena kebiasaan pola makan sehari-hari yang sering mengonsumsi ikan asin, makanan kaleng, dan tingginya konsumsi garam dapur. Konsumsi camilan tinggi natrium dan menambahkan bumbu penyedap saat memasak, merupakan perilaku yang lazim ditemui pada responden di Indonesia. Selain itu, konsumsi mi instan dan makanan cepat saji, juga merupakan penyebab konsumsi tinggi natrium yang banyak ditemui, setelah bumbu dapur.¹⁹

Adanya perubahan responden dengan asupan natrium berlebih pada kelompok intervensi, menurun dari 84,2% menjadi 44,7% dan hal ini menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik. Asupan natrium harian responden memiliki perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan ($p=0,000$) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Asupan natrium pada kelompok intervensi turun menjadi 124,7 mg dan pada kelompok kontrol turun menjadi 115,8 mg. Hal tersebut sesuai dengan penelitian di Sulawesi, bahwa terdapat penurunan asupan natrium, baik pada kelompok konseling maupun kelompok *leaflet* selama 4 bulan. Selain itu, berdasarkan penelitian di Manado menunjukkan bahwa, pada responden hipertensi didapatkan kelompok intervensi mengalami penurunan konsumsi natrium, setelah 6 minggu diberikan konseling gizi.^{20,21}

Perubahan konsumsi natrium yang sebelumnya berlebih menjadi cukup, dikarenakan sebagian besar responden memiliki kesadaran akan kondisi tubuh dan penyakit yang dimiliki. Sebagian besar responden memiliki riwayat hipertensi, sehingga responden mengurangi konsumsi natrium, agar dapat terhindar dari komplikasi penyakit. Sesuai dengan hasil penelitian di Cina terkait pemberian pendidikan pada masyarakat tentang pengurangan konsumsi natrium berlebih, penduduk yang menganggap dirinya berisiko terkena penyakit hipertensi karena konsumsi natrium berlebih, cenderung akan melakukan pengurangan konsumsi natrium.²²

Pada penelitian ini, responden lebih banyak mengurangi konsumsi garam dan *vetsin* dibandingkan mengurangi jajanan, seperti *snack* ringan, kue, dan gorengan. Pengurangan konsumsi garam ini terbukti dapat menurunkan tekanan darah. Pada penelitian Suparto²³ kelompok dengan diet rendah garam mengalami penurunan tekanan darah sistolik sampai 22,6 mmHg dan tekanan darah diastolik turun sebanyak 9,2 mmHg, dibandingkan kelompok dengan diet tinggi natrium.

Pada kelompok kontrol, terdapat penurunan konsumsi natrium yang signifikan. Hasil analisis dengan uji *paired t-test* menunjukkan hasil $p=0,00$ ($p<0,05$), yang berarti terdapat pengaruh signifikan adanya pendidikan kesehatan dengan media *booklet*, terhadap konsumsi natrium pada populasi sindrom metabolik.

Perubahan yang bermakna pada kelompok kontrol kemungkinan dipengaruhi oleh pemberian pendidikan kesehatan melalui media *booklet*. Pada penelitian ini responden

membaca ulang *booklet* 2-3x ketika ada waktu luang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Suppavitiporn *et al.*,²⁴ bahwa konseling yang dilakukan dengan media *booklet* maupun media lain, akan mendapatkan hasil yang lebih baik, jika dibandingkan tanpa menggunakan bantuan media.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan perubahan konsumsi natrium pada kelompok intervensi audiovisual saat *pretest* dan *post-test*, yang bermakna secara statistik ($p=0,00$). Pada penelitian ini, responden di kelompok intervensi mengulangi video secara mandiri sebanyak 1-2x kali. Sebuah kelompok, dapat mengubah pengetahuan dan sikap melalui pemberian pendidikan kesehatan.²⁵

Menurut Rahmawati,²⁶ media audiovisual merupakan media yang menarik dan dapat menstimulasi lebih banyak indra, sehingga mampu memberikan hasil yang optimal. Semakin banyak pancaindra yang digunakan, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengetahuan yang diperoleh. Video dapat menyampaikan informasi lebih nyata karena pengetahuan dari video dapat diserap otak sebanyak 75%.²⁷ Beberapa kelebihan video, di antaranya kemudahan dalam menyimpan data, tidak memerlukan biaya tinggi, serta keunggulan media audiovisual dibandingkan media komunikasi lain. Hal ini membuat media audiovisual dapat menjadi pilihan untuk memberikan informasi, terutama informasi kesehatan.²⁸⁻³⁰ Video merupakan media yang cukup efektif dalam memodifikasi perilaku kesehatan.³¹

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa, setelah dilakukan pendidikan kesehatan, terdapat penurunan konsumsi natrium, baik pada kelompok audiovisual maupun kelompok kontrol, dengan penurunan konsumsi natrium lebih tinggi pada kelompok intervensi yang mendapatkan pendidikan kesehatan melalui media audiovisual. Puskesmas disarankan untuk memberi penyuluhan tentang penyakit tidak menular (PTM), terutama sindrom metabolik kepada masyarakat melalui media audiovisual, sehingga dengan adanya pengetahuan tentang sindrom metabolik, maka masyarakat dapat mencegah penyakit tersebut.

Harapannya, peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian serupa dengan melakukan follow-up pengukuran konsumsi natrium, lebih dari 1 kali (satu bulan atau enam bulan) untuk mengetahui sejauh mana retensi ingatan dan kepatuhan individu, dalam membatasi asupan garam, setelah mendapatkan pendidikan kesehatan melalui media audiovisual.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, selaku pemberi dana hibah penelitian ini. Peneliti juga mengucapkan terima kasih dan memberi apresiasi untuk para responden yang telah ikut andil dalam penelitian ini, pihak Puskesmas Turi, dan para kader di wilayah Puskesmas Turi yang telah membantu jalannya penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kamsu S, Purwastyastuti P, Lubis DU, Juwita R, Robbi YK, Besral B. Prevalensi dan Determinan Sindrom Metabolik pada Kelompok Eksekutif di Jakarta dan Sekitarnya. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2011; 6(2).
2. IDF. International Diabetes Federation, The IDF Consensus Worldwide Definition of The Metabolic Syndrome. International Diabetes Federation. 2006.
3. Herniningtyas EH, Ng TS. Prevalence and Distribution of Metabolic Syndrome and Its Components among Provinces and Ethnic Groups in Indonesia. *BMC Public Health* 2019; 19: (377). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6711-7>.
4. Suhaema, Masthalina H. Pola Konsumsi dengan Terjadinya Sindrom Metabolik di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2015; 9(4): 340-347.
5. Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI. Pusdatin Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
6. Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI. Pusdatin Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2013 [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013. Available from: www.depkes.go.id/resources/download/%0Apusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf%0A.
7. Prihatini S, Permaesih D, Julianti ED. Asupan Natrium Penduduk Indonesia: Analisis Data Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) 2014. *GIZI Indonesia*. 2016; 39(1).
8. Sirait AM, Sulistiawati E. Sindrom Metabolik pada Orang Dewasa di Kota Bogor, 2011-2012. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 2014; 24(2): 81-88.
9. Setiawati S, Dermawan AC. Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan. Jakarta: Trans Info Media; 2008.
10. Nicolaou C, Matsiola M, Kalliris G. Technology-Enhanced Learning and Teaching Methodologies through Audiovisual Media. *Education Sciences*. 2019; 9(3):196. doi:10.3390/educsci9030196.
11. Kapti RE, Rustina Y, Widyatuti. Efektivitas Audiovisual sebagai Media Penyuluhan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Tata Laksana Balita dengan Diare di Dua Rumah Sakit Kota Malang [Skripsi]. Malang: PSIK FK Universitas Brawijaya; 2013.
12. Sihombing M, Tuminah S. Hubungan Komponen Sindrom Metabolik dengan Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 di Lima Kelurahan Kecamatan Bogor Tengah. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 2015; 25(4).
13. Bantas K, Yoseph HK, Moelyono B. Perbedaan Gender pada Kejadian Sindrom Metabolik pada Penduduk Perkotaan di Indonesia. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2012; 7(5).
14. Park MJ, Yun KE, Lee GE, Cho HJ, Park HS. A Cross-Sectional Study of Socioeconomic Status and The Metabolic Syndrome in Korean Adults. *Annals of Epidemiology*. 2007; 17(4): 320–6.
15. Bustan MN. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
16. Desrini EN. Asupan Natrium dan Tekanan Darah sebagai Faktor Risiko Peningkatan Kadar C-Reactive Protein (CRP) pada Remaja Obesitas dengan Sindrom Metabolik [Skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2014.
17. Hendrayani C. Hubungan Rasio Asupan Natrium: Kalium dengan Kejadian Hipertensi pada Wanita Usia 25-45 Tahun di Komplek Perhubungan Surabaya [Skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2009.
18. Pangastuti HS, Perdana M, Wati DA, Tien HI, Latifah R. The Difference of Sodium Intake, Physical Activities and Psychological Problems of Patients Suffering from Hypertension in Rural and Urban Areas. *Jurnal INJE*. 2018; 3(1): 71-78.
19. Wicaksana AL. Determinant Factors Influencing High Sodium Food Intake among Patients with Hypertension [Thesis]. Taiwan: National Cheng Kung University; 2016.
20. Suwarni S, Asdie AH, Astuti H. Konseling Gizi dan Pengaruhnya terhadap Asupan Zat Gizi dan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2009; 6(1): 21–8.
21. Makarawung A, Momongan NR, Imbar HS. Pengaruh Konseling Gizi terhadap Asupan Natrium Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rurukan Kota Tomohon. *GIZIDO*. 2016; 8(2).
22. Zhang J, Xu A qiang, Ma J xiang, Shi X ming, Guo X lei, Engalgau M, et al. Dietary Sodium Intake: Knowledge, Attitudes and Practices in Shandong Province, China, 2011. *PLoS One*. 2013; 8(3).
23. Suparto. Faktor Risiko yang Paling Berperan terhadap Hipertensi pada Masyarakat di Kecamatan Jatipuro Kabupaten Karanganyar Tahun 2010 [Thesis]. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Surakarta; 2010.
24. Suppaitiporn S, Chindavijak B, Onsanit S. Effect of Diabetes Drug Counseling by Pharmacist, Diabetic Disease Booklet and Special Medication Containers on Glycemic Control of Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2005; 88(Suppl 4): S134–41.
25. Pickett G. *Kesehatan Masyarakat: Administrasi dan Praktik*. Jakarta: EGC; 2008.
26. Rahmawati I, Sudargo T, Paramastri I. Pengaruh Penyuluhan dengan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Balita Gizi Kurang dan Buruk di Kabupaten Kotawaringin Barat Provinsi Kalimantan Tengah. *J Gizi Klin Indones*. 2007; 4(2):6 9–77.
27. Wardhani SJ. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Pembelajaran Aktif terhadap Peningkatan Kesehatan Reproduksi Pendidik Remaja Sebaya Usia 10-14 Tahun [Tesis]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada; 2014.
28. Karimi Moonaghi H, Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Emamimoghadam Z, Ebrahimzadeh S. A Comparison of

- Face to Face and Video-Based Education on Attitude Related to Diet and Fluids: Adherence in Hemodialysis Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012; 17(5).
29. Priyono A, Sodikin, Yulistiani M. Efektivitas Penyuluhan Kesehatan Gigi dengan Metode Ceramah disertai Video terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Kelas 1 tentang Kesehatan Gigi di SD dan MI Adipasir Kecamatan Rakit Kabupaten Banjarnegara. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan, Ed Khusus*. 2013; XIII(1): 37–42.
 30. Khusna LM. Efektivitas Pendidikan Kesehatan dengan Metode Tatap Muka dan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja pada Siswa AMP di Dlingo [Skripsi]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada; 2016.
 31. Tuong W, Larsen ER, Armstrong AW. Videos to Influence: A Systematic Review of Effectiveness of Video-based Education in Modifying Health Behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*. 2014; 37: 218–33.

Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi terhadap Tingkat Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI pada Ibu Hamil di Posyandu Karanglegi, Kabupaten Pati

Effect of Health Education using Demonstration Method to Increase The Knowledge on Breastfeeding Management in Pregnant Women at Posyandu Karanglegi, Pati Regency

Saffanah Khoirunnisa¹, Widyawati^{2*}, Wiji Triningsih³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito

ABSTRACT

Background: Breastmilk is the most important baby food especially in the first months of life. The achievement level of exclusive breastfeeding in 2014 at Pati Regency was 30.4%, moreover Trangkil District was the lowest among others which was achieved 6,4%. Karanglegi Village belongs to Trangkil District. Mother's knowledge is one of the hindrance to highten breastfeeding achievement level. Thus, health education through demonstration method is expected to increase mother's knowledge.

Objective: To identify the effect of health education using demonstration method to increase the knowledge on breastfeeding management in pregnant women in Posyandu Karanglegi, Pati Regency.

Methods: The study was a quantitative research type with Quasi-experimental research design using One Group pre-test and post-test. The research subjects were 14 pregnant women selected by purposive sampling. Visual aid was used during health education delivery. A questionnaire was used to asses knowledge on breastfeeding management in pregnant women and Wilcoxon Test was applied for analysis.

Results: There was an increase in the mean of pretest and posttest values from 9,42 to 10,78. Statistical analysis of the mean values of total pretest and posttest showed $p = 0,012$ ($p < 0,05$) which means that there was a statistically significant difference in respondents' knowledge before and after obtaining health education by demonstration method.

Conclusion: The average value of breastfeeding management knowledge after being given a health education with demonstration method is higher than before given health education.

Keywords: breastfeeding management, demonstration, health education.

ABSTRAK

Latar belakang: ASI adalah makanan bayi yang paling penting, terutama pada bulan-bulan awal kehidupan. Cakupan pemberian ASI eksklusif tahun 2014 di Kabupaten Pati masih tergolong rendah, khususnya Kecamatan Trangkil (6,4%). Desa Karanglegi termasuk dalam wilayah Kecamatan Trangkil. Salah satu hal yang menghambat pemberian ASI eksklusif adalah tingkat pengetahuan ibu yang rendah. Pemberian pendidikan kesehatan menggunakan metode demonstrasi, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ibu.

Tujuan: Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap tingkat pengetahuan tentang manajemen pemberian ASI pada ibu hamil di Posyandu Karanglegi, Kabupaten Pati.

Metode: Jenis penelitian kuantitatif pre-eksperimen dengan desain *one group pretest and posttest*. Subjek penelitian sebanyak 14 ibu hamil yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Pendidikan kesehatan dilakukan dengan bantuan alat peraga. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner untuk mengukur pengetahuan ibu. Analisis data menggunakan uji *Wilcoxon test*.

Corresponding Author: **Widyawati**

PSIK FKKMK UGM, Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: widyawati.poernomo@ugm.ac.id

Hasil: Terdapat peningkatan nilai mean pengetahuan ibu pada saat *pretest* dan *posttest* dari 9,42 menjadi 10,78. Analisis statistik terhadap nilai mean total *pretest* dan *posttest* menunjukkan hasil $p=0,012$ ($p<0,05$), berarti terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi.

Kesimpulan: Pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi efektif meningkatkan skor pengetahuan ibu.

Kata kunci: demonstrasi, manajemen pemberian ASI, pendidikan kesehatan

PENDAHULUAN

Air susu ibu (ASI) adalah makanan bayi yang paling penting, terutama pada bulan-bulan awal kehidupan.¹ ASI sebagai makanan tunggal, cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi dalam tumbuh kembang bayi normal sampai usia 6 bulan.² Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 mengenai pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, mendefinisikan ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak lahir selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan minuman lain.³

Salah satu tujuan program *Sustainable Development Goals* (SDGs) dalam sektor kesehatan adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Salah satu targetnya adalah menurunkan angka kematian balita dan neonatus.⁴ Pada tahun 2030, Indonesia menargetkan angka kematian bayi (AKB) dari 19 per 1.000 kelahiran hidup menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita dari 40/1.000 kelahiran hidup menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup.⁵ Salah satu upaya untuk mencapai target penurunan AKB di tahun 2030 adalah dengan promosi kesehatan melalui pemberian ASI eksklusif.⁶

Angka cakupan ASI eksklusif yang dikutip dalam profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 hanya 61,6%, dengan cakupan terendah berada di Puskesmas Trangkil, yaitu 6,4%.^{7,8} Rendahnya cakupan keberhasilan pemberian ASI eksklusif pada bayi, baik di perkotaan maupun pedesaan dipengaruhi oleh banyak hal, antara lain: rendahnya pengetahuan dan kurangnya informasi pada ibu dan keluarga mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif, tata laksana rumah sakit, ataupun tempat bersalin lain yang sering kali tidak memberlakukan “*bed in*” (ibu dan bayi berada dalam satu kasur) atau “*rooming in*” (ibu dan bayi berada dalam satu kamar atau rawat gabung), dan 82% ibu bekerja yang menganggap repot menyusui dalam kondisi harus bekerja.⁹

Pengetahuan ibu tentang keunggulan ASI dan cara pemberian ASI yang benar akan menunjang keberhasilan menyusui.¹⁰ Untuk menjelaskan kepada semua ibu hamil, perawat dapat berperan dalam peningkatan pendidikan kesehatan, salah satunya menggunakan metode demonstrasi. Metode demonstrasi adalah metode mengajar dengan cara memperagakan barang, kejadian, aturan, dan urutan melakukan sesuatu kegiatan, baik secara langsung maupun melalui media pengajaran yang relevan dengan pokok bahasan atau materi yang sedang disajikan. Penelitian yang dilakukan oleh Suryaningsih¹¹ di RSUD Cibabat, bahwa

metode demonstrasi berpengaruh terhadap tingkat motivasi dan kemampuan ibu dalam pemberian ASI, dibandingkan dengan pemberian leaflet teknik menyusui.

Penelitian terkait pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan metode demonstrasi pada ibu menyusui belum banyak dilakukan, khususnya di Puskesmas Trangkil. Oleh karena itu, penelitian ini penting untuk dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi terhadap tingkat pengetahuan tentang manajemen pemberian ASI pada ibu hamil di Posyandu Karanglegi, Kabupaten Pati.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif pre-eksperimental dengan desain *one group pretest and posttest design*. Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu Karanglegi, wilayah binaan Puskesmas Trangkil, Kabupaten Pati.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang berada di wilayah Desa Karanglegi. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi, antara lain: ibu hamil yang bersedia menjadi responden; ibu hamil trimester 1, 2, maupun 3; ibu hamil yang sudah pernah melahirkan maupun belum pernah melahirkan; dan bersedia mengikuti pendidikan kesehatan. Kriteria eksklusi, meliputi: ibu hamil yang merupakan kader atau tenaga kesehatan; responden yang berhalangan hadir; dan mengalami hal yang dapat menghambat, seperti muntah atau pusing saat pendidikan kesehatan tentang manajemen pemberian ASI berlangsung.

Saat studi pendahuluan, jumlah seluruh ibu hamil di wilayah Karanglegi sebanyak 36 orang. Namun, saat pengambilan data, jumlah seluruh ibu hamil tersisa 19 orang karena sudah banyak yang melahirkan dan sebanyak 5 orang menolak mengikuti pendidikan kesehatan. Oleh karena itu, responden penelitian yang didapatkan hanya 14 orang.

Pendidikan kesehatan dilakukan di Posyandu Karanglegi pada tanggal 25 November 2017 oleh bidan dan ahli gizi di Puskesmas Trangkil, yang telah mendapatkan pelatihan tentang ASI eksklusif. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, responden diminta untuk mengisi kuesioner *pretest* terlebih dahulu untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden sebelum pemberian edukasi.

Alat peraga yang digunakan saat pendidikan kesehatan untuk demonstrasi manajemen ASI eksklusif terdiri dari boneka, *washlap*, air hangat, baskom, dan model payudara. Materi yang diberikan, antara lain: materi manajemen pemberian ASI, manfaat pemberian ASI eksklusif, masalah menyusui dan cara mengatasinya, serta materi teknik menyusui efektif. Setelah sesi pemberian materi dan tanya jawab, responden diminta untuk mengisi kuesioner *posttest*.

Peneliti dibantu oleh 2 asisten penelitian dan bidan desa yang menjadi pengelola Posyandu Karanglegi. Asisten penelitian merupakan tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas Trangkil, telah berpengalaman dalam edukasi pemberian ASI, dan telah mendapatkan pelatihan ASI eksklusif.

Penelitian ini menggunakan dua instrumen, yaitu kuesioner data demografi yang terdiri dari data umum, meliputi nama, umur, usia kehamilan, jumlah anak yang lahir hidup, alamat, pendidikan terakhir, nomor telepon, dan informasi tentang manajemen pemberian ASI yang pernah didapat. Instrumen pengetahuan dalam penelitian ini merupakan modifikasi instrumen dari penelitian Kanta dan Lesmana.^{12,13} Kuesioner berjumlah 15 unit pertanyaan dan terdiri dari 4 aspek, yaitu ASI eksklusif, manfaat ASI eksklusif, masalah-masalah menyusui, dan teknik menyusui efektif.

Uji validitas instrumen penelitian ini menggunakan korelasi *point biserial*. Sementara uji reliabilitas menggunakan KR-21 dikarenakan kuesioner memiliki skor 0 dan 1. Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan pada 10 orang di Puskesmas Juwana, Kabupaten Pati. Pada uji validitas, diperoleh hasil dari 15 unit pertanyaan dinyatakan sudah valid, dengan nilai korelasi 0,632 dan nilai reliabilitas 0,887.

Variabel karakteristik responden dianalisis menggunakan analisis *univariat* secara deskriptif. Karakteristik tersebut mencakup umur, pendidikan, paritas, dan paparan informasi ibu. Untuk mengetahui apakah pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi berpengaruh terhadap pengetahuan tentang manajemen pemberian ASI, dilakukan analisis *bivariat* yang sebelumnya dilakukan uji normalitas dengan Shapiro-Wilk. Hasil uji normalitas data menunjukkan data tidak terdistribusi normal. Oleh karena itu, uji yang digunakan adalah Wilcoxon *test*.

Penelitian ini telah mendapatkan izin kelayakan etik melalui surat *ethical clearance* pada tanggal 20 Desember 2017 dengan nomor Ref: KE/FK/309/EC/2017. Sebelum pengambilan data, responden dijelaskan terkait penelitian yang akan dilakukan dan menanyakan kesediaan untuk menjadi responden. Apabila responden bersedia, peneliti meminta responden untuk mengisi *informed consent* yang didampingi oleh asisten, yaitu bidan desa.

HASIL

Jumlah responden penelitian ini sebanyak 14 ibu hamil. Karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1. Berdasarkan Tabel 1, mayoritas responden berumur 20-25 tahun (42,9%) dan memiliki status multigravida (57,1%). Sebanyak 9 orang (64,3%) tergolong berpendidikan rendah, yaitu 1 orang tidak bersekolah (7,1%), 3 orang tamat SD (21,4%), dan 5 orang tamat SMP (35,7%). Berdasarkan paparan informasi responden dalam penelitian ini, menunjukkan hanya 4 orang (28,6%) responden yang sudah pernah mendapatkan informasi tentang manajemen pemberian ASI, dengan sumber informasi paling banyak berasal dari internet.

Pengetahuan responden penelitian tentang manajemen pemberian ASI setelah menerima pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi, tampak mengalami peningkatan. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil mean nilai total *pretest* dan *posttest* seperti yang tertulis pada Tabel 2.

Tabel 1. Karakteristik responden (n=14)

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean ± SD
Umur (tahun)			27,4 ± 5,13
20-25	6	42,9	
26-30	5	35,7	
>30	3	21,4	
Paritas			
Primigravida	6	42,9	
Multigravida	8	57,1	
Pendidikan			
Tidak sekolah	1	7,2	
Tamat SD	3	21,4	
Tamat SMP	5	35,7	
Tamat SMA	5	35,7	
Paparan informasi			
Pernah	4	28,6	
Belum pernah	10	71,4	
Jenis paparan informasi (n=4)			
Internet	3	75,0	
Tenaga kesehatan	1	25,0	

Tabel 2. Hasil analisis Wilcoxon pengetahuan responden terkait manajemen ASI dan aspeknya (n=14)

Variabel	Uji Statistik	
	z score	p value
Skor Total Manajemen ASI	-2,506	0,012*
Aspek ASI eksklusif	-1,826	0,068
Aspek manfaat ASI eksklusif	-2,754	0,006*
Aspek masalah-masalah menyusui	-1,473	0,141
Aspek teknik menyusui efektif	-1,000	0,317

Berdasarkan Tabel 2, analisis statistik dengan Wilcoxon *test* terhadap mean nilai total *pretest* dan *posttest* menunjukkan hasil $p=0,012$ yang berarti terdapat perbedaan bermakna secara statistik, pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah memperoleh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi.

Tabel 3. Perbandingan mean nilai *pretest* dan *posttest* responden pada setiap aspek manajemen pemberian ASI (n=14)

Variabel Pengetahuan	Mean ± SD	Uji Statistik		Keterangan
		z score	p value	
ASI eksklusif		-1,826	0,068	Tidak bermakna
<i>Pretest</i>	2,50 ± 1,28			
<i>Posttest</i>	3,14 ± 0,77			
Manfaat ASI eksklusif		-2,754	0,006	Bermakna
<i>Pretest</i>	2,14 ± 0,86			
<i>Posttest</i>	3,07 ± 0,47			
Masalah-masalah menyusui		-1,473	0,141	Tidak bermakna
<i>Pretest</i>	2,64 ± 0,74			
<i>Posttest</i>	2,21 ± 0,69			
Teknik menyusui efektif		-1,000	0,317	Tidak bermakna
<i>Pretest</i>	2,14 ± 0,77			
<i>Posttest</i>	2,35 ± 0,84			

Untuk melihat apakah ada perbedaan yang bermakna secara statistik pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah intervensi untuk tiap aspek manajemen pemberian ASI, dapat dilihat pada Tabel 3. Dari hasil analisis menggunakan Wilcoxon *test* menunjukkan

bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada aspek manfaat ASI eksklusif pada nilai *pretest* dan *posttest* ($p=0,006$). Namun, aspek ASI Eksklusif, masalah-masalah menyusui, dan teknik menyusui efektif tidak mengalami peningkatan secara signifikan ($p=0,068$, $p=0,141$, dan $p=0,317$ secara berurutan).

PEMBAHASAN

Karakteristik responden yang dibahas dalam penelitian ini adalah umur, pendidikan, paritas, dan paparan informasi mengenai manajemen pemberian ASI. Hasil penelitian didapat bahwa rata-rata umur ibu hamil adalah 27 tahun. Umur minimal adalah 20 tahun dan umur maksimal adalah 32 tahun. Umur merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kehamilan, baik dari kesiapan organ tubuh, pengalaman, maupun pengetahuan ibu hamil.¹⁴

Karakteristik pendidikan responden dalam penelitian ini, yaitu ibu yang berpendidikan rendah lebih banyak (64,3%) dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi (35,7%). Jika pendidikan seseorang relatif rendah, maka pengetahuan tentang pemberian ASI juga akan rendah. Sementara seseorang dengan pendidikan tinggi, tentunya memiliki pengetahuan tentang pemberian ASI yang lebih baik.¹⁵

Berdasarkan status paritas, lebih banyak ibu yang memiliki status multigravida. Pengalaman merupakan sumber pengetahuan, ketika kebenaran pengetahuan diperoleh dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang telah diperoleh sebelumnya.¹⁶

Berdasarkan karakteristik paparan informasi, sebagian besar responden mendapatkan informasi melalui internet, meskipun jumlahnya hanya sedikit (3 dari 4 orang yang telah mendapatkan informasi). Internet disebut sebagai pusat informasi bebas hambatan karena dapat menghubungkan satu situs informasi ke situs informasi lainnya dalam waktu singkat. Internet menjadi sumber informasi yang mempunyai banyak manfaat, dibandingkan dengan sumber informasi lainnya.¹⁷

Berdasarkan hasil penelitian ini, mean nilai total *pretest* dan *posttest* menunjukkan hasil $p=0,012$ ($p<0,05$), berarti terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi. Semakin banyak pancaindra digunakan, maka semakin jelas pula pengertian dan pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga dimaksudkan untuk mengarahkan pancaindra sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman.¹⁸ Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila terjadi peningkatan (*output*) yang diharapkan dari pendidikan kesehatan tersebut. Dalam penelitian ini, *output* berupa pengetahuan responden tentang manajemen pemberian ASI setelah dilakukan intervensi.¹⁹

Metode demonstrasi memiliki beberapa kelebihan dibandingkan dengan metode lain, yaitu penyampaian lebih jelas, lebih menarik, dan peserta lebih aktif.²⁰ Penelitian Wibawa²¹ menyebutkan bahwa metode demonstrasi lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan

responden tentang penyakit demam berdarah *dengue*. Hal tersebut dapat terjadi karena kelompok demonstrasi mendapat pengalaman langsung atau pengalaman konkret dan kemudian menuju pada pengalaman yang lebih abstrak. Belajar akan lebih efektif jika dibantu dengan alat peraga daripada belajar tanpa dibantu alat peraga.²²

Berdasarkan hasil penelitian, mean nilai pengetahuan tentang masalah-masalah menyusui saat *pretest* adalah 2,64 dengan standar deviasi 0,74. Sementara *mean* pada saat *posttest* adalah 2,21 dengan standar deviasi 0,69. Hal ini berarti mengalami penurunan 0,43 pada nilai *posttest*. Penurunan mean nilai pengetahuan *pretest* dan *posttest* ini dikarenakan adanya unit pertanyaan pada aspek pengetahuan tentang masalah-masalah menyusui, yaitu pada pertanyaan, "Jika payudara bengkak, ibu harus sering menyusui bayi." Pada saat *pretest*, sejumlah 11 responden menjawab dengan benar pada unit pertanyaan ini. Namun, pada saat *posttest* hanya terdapat 8 responden yang menjawab dengan benar.

Adanya aspek pertanyaan yang tidak mengalami peningkatan pengetahuan yang bermakna antara rerata *pretest* dan *posttest*, dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: 1) Saat pelaksanaan mendemonstrasikan manajemen pemberian ASI, pemateri tidak menggunakan mikrofon sehingga suara yang dihasilkan kurang jelas; 2) Pemateri pendidikan kesehatan seorang laki-laki sehingga responden malu untuk bertanya atau menyampaikan pendapat. Keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, di antaranya metode, materi/pesan yang disampaikan, pendidik/ pemateri/ petugas yang menyampaikan, dan alat peraga dan pendukung yang dipakai.²³

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang mungkin memengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan yang pertama, yaitu jumlah responden. Pada awalnya responden berjumlah 36 orang ibu hamil, sedangkan saat proses pengambilan data jumlah ibu hamil hanya tersisa 19 orang. Hal ini dikarenakan beberapa ibu hamil tersebut sudah melahirkan. Pada saat pengambilan data, jumlah ibu hamil yang bersedia menjadi responden dan menghadiri pendidikan kesehatan semakin berkurang, yaitu hanya 14 orang. Menurut Gay dalam Mahmud,²⁴ batas ukuran minimum sampel yang dapat diterima untuk metode penelitian eksperimental adalah 15 responden. Oleh karena itu, kesimpulan penelitian ini tidak dapat digeneralisasi terhadap populasi yang lebih luas.

Keterbatasan lain dalam penelitian ini adalah proses penelitian yang tidak sesuai dengan proposal, salah satunya adalah pemilihan asisten penelitian. Rencana semula, pemateri yang akan memberikan pendidikan kesehatan adalah bidan desa. Namun, saat proses penelitian, pemateri langsung dipilih oleh pihak puskesmas, dengan kriteria yang berkompeten di bidangnya, yaitu seorang pemateri laki-laki. Hal ini berdampak pada saat pelaksanaan penelitian, beberapa ibu mengungkapkan bahwa malu untuk bertanya ketika sesi tanya jawab.

Pada saat pelaksanaan pendidikan kesehatan, bahasan dari pemateri sempat keluar dari materi yang seharusnya diberikan. Hal ini karena kurangnya standar penyuluhan yang ditentukan sejak awal. Selain itu, peneliti tidak menganalisis hubungan variabel perancu, yaitu

faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan terhadap peningkatan pengetahuan dengan metode demonstrasi. Salah satunya, pemateri yang membahas tentang nutrisi selama hamil.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi berpengaruh dalam pengetahuan manajemen pemberian ASI pada ibu hamil di Posyandu Karanglegi, Puskesmas Trangkil, Pati.

Tenaga kesehatan di Puskesmas wilayah Trangkil diharapkan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan pada ibu hamil perlu memperhatikan persiapan sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan pendidikan kesehatan, seperti alat peraga serta memperhatikan pemilihan narasumber perempuan. Hal ini agar saat pendidikan kesehatan berlangsung, para ibu hamil tidak malu untuk bertanya terkait materi yang telah disampaikan.

Peneliti selanjutnya perlu memperhatikan usia kehamilan ibu. Akan lebih baik jika pendidikan kesehatan mengenai manajemen pemberian ASI diberikan pada ibu hamil di usia kehamilan trimester 3. Selain itu, apabila jumlah responden tidak terbatas, maka perlu diberikan jarak antara kegiatan pre-test dan post-test. Peneliti selanjutnya juga diharapkan dapat mempersiapkan pendidikan kesehatan sejak awal sebaik mungkin, misalnya berkoordinasi dengan asisten penelitian terkait standar penyuluhan sehingga diperoleh hasil yang lebih baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu selama proses penelitian ini, yaitu bidan dan tenaga kesehatan Puskesmas Trangkil, serta responden penelitian di wilayah Desa Karanglegi, Kecamatan Trangkil, Kabupaten Pati.

DAFTAR PUSTAKA

1. Soetjiningsih. ASI Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan. Jakarta: ECG; 2007.
2. Khairuniyah. Pemberian ASI Eksklusif Ditinjau dari Faktor Motivasi, Persepsi, Emosi dan Sikap pada Ibu yang Melahirkan. Universitas Padjadjaran; 2004.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012. Available from: http://pdgmi.org/wp-content/uploads/2016/06/ASI_BUKU-PP-NO-33-2012_ASI_.pdf.
4. Badan Pusat Statistik. Kajian Indikator Sustainable Development Goals (SDGs). Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2014.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pengembangan Media Promosi Kesehatan dalam Pemberdayaan Keluarga. Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2001.
6. Dirjen Bina Gizi KIA. Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs). Rakorpop Kementerian Kesehatan RI. 2015; (97): 24.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Buku Saku Kesehatan [Internet]. 2015th ed. Jawa Tengah; Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah; 2015. Available from: <http://www.dinkesjatengprov.go.id>.
8. Dinas Kesehatan Pati. Profil Kesehatan Kab. Pati Tahun 2016. Jawa Tengah: Dinas Kesehatan Pati. Available from: http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2015/3318_Jateng_Kab_Pati_2015.pdf.
9. Riksani. Keajaiban ASI (Air Susu Ibu). Jakarta Timur: Dunia Sehat; 2012.
10. Susanti R. Media Pembelajaran: Hakikat, Pengembangan, Pemanfaatan, dan Penilaian. Bandung: CV Wacana Prima; 2008.
11. Suryaningsih. Pengaruh Demonstrasi dan Pendampingan Menyusui terhadap Motivasi dan Kemampuan Ibu dalam Pemberian ASI [Tesis]. Jakarta: Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia; 2012.
12. Kanta D. Pengaruh Media POP UP BOOK terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Intensi ASI Eksklusif Ibu Hamil di Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan [Skripsi]. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah; 2013.

13. Lesmana S. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual dan Leaflet terhadap Tingkat Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI di Posyandu Puskesmas Gondokusuman 1 Kota Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2011.
14. Mulyani YS. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Usia Gestasi 36-40 Minggu tentang Cara Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan [Skripsi]. Jakarta: Universitas UIN Syarif Hidayatullah; 2016.
15. Mahardika M. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Ibu tentang ASI dengan Lama Pemberian ASI Eksklusif pada Balita Usia 6-24 Bulan di Desa Kebonagung Kecamatan Kebonagung Kabupaten Pacitan Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2010; 6(2): 69-78.
16. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan & Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
17. Munawarah R. Efektivitas Penggunaan Internet sebagai Sumber Informasi dan Pembelajaran bagi Mahasiswa Prodi Ilkom FMIPA Unlam [Skripsi]. Kalimantan Selatan: Universitas Lambung Mangkurat; 2010.
18. Maulana HD. Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC; 2007.
19. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
20. Setiawati S & Dermawan A. Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan. Jakarta: Trans Info Media; 2008.
21. Wibawa C. Perbedaan Efektivitas Metode Demonstrasi dengan Pemutaran Video tentang Pemberantasan DBD terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Anak SD di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 2007; 2(2): 115–29.
22. Suprijanto. Pendidikan Orang Dewasa dari Teori hingga Aplikasi. Jakarta: PT Bumi Aksara; 2008.
23. Notoatmodjo. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2014.
24. Mahmud. Metode Penelitian Pendidikan. Bandung: Pustaka Setia; 2011.

**Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual
terhadap Peningkatan Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI Kader Posyandu**

***The Effectiveness of Audiovisual Media in Improving Posyandu Cadres' Knowledge
of Breastfeeding Management***

Ayyu Sandhi*, Ika Parmawati

Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas Fakultas Kedokteran, Kesehatan
Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Breastmilk is very beneficial for immunity, growth, development, and reducing infant and toddler mortality. One of the pivotal factors that affects breastfeeding success is the support of community health workers, particularly Posyandu cadres. Health education using audiovisual media is expected to improve cadres' knowledge in giving breastfeeding counseling among mothers with infant.

Objective: To identify the effect of health education using audiovisual media on Posyandu cadres' knowledge of breastfeeding management in Wijimulyo, Nanggulan subdistrict, Kulon Progo.

Method: This was a pre-experimental study with one group pretest-posttest design. A total of 40 Posyandu cadres, who were chosen through purposive sampling, participated in this study. Audiovisual media was used as intervention tool in health education, and the cadres' knowledge was measured by questionnaire. Data was analyzed by using Wilcoxon signed rank test.

Results: There was improvement of pretest and posttest mean score from 15,18 to 16,60. The result of statistical analysis showed significant difference in breastfeeding management knowledge among Posyandu cadres before and after health education using audiovisual media ($p = 0,000$).

Conclusion: Health education using audiovisual media is effective to improve cadres' knowledge of breastfeeding management.

Keywords: audiovisual aids, breastfeeding management, community health workers, health education

ABSTRAK

Latar belakang: Air susu ibu (ASI) sangat bermanfaat untuk sistem pertahanan tubuh, pertumbuhan, dan perkembangan bayi, serta berkontribusi menurunkan angka kematian bayi dan balita. Salah satu faktor yang berperan dalam kesuksesan pemberian ASI di antaranya dukungan dari kader Posyandu. Pendidikan kesehatan dengan media audiovisual diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kader Posyandu sehingga mendukung peningkatan keterampilan edukasi kader pada ibu menyusui.

Tujuan: Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan media audiovisual terhadap pengetahuan manajemen pemberian ASI kader Posyandu di Desa Wijimulyo, Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian pra-eksperimen dengan rancangan *one group pretest-posttest*. Subjek penelitian sebanyak 40 orang kader Posyandu yang dipilih secara purposive sampling. Instrumen penelitian mencakup alat intervensi, yaitu media audiovisual untuk pendidikan kesehatan dan kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan kader. Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan Wilcoxon *signed rank test*.

Hasil: Terdapat peningkatan mean nilai pretest dan posttest dari 15,18 menjadi 16,60. Analisis statistik menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan melalui media audiovisual ($p = 0,000$).

Kesimpulan: Pendidikan kesehatan dengan media audiovisual efektif untuk meningkatkan pengetahuan kader terkait manajemen pemberian ASI.

Kata kunci: audiovisual, manajemen pemberian ASI, pendidikan kesehatan, tenaga kesehatan masyarakat.

Corresponding Author: **Ayyu Sandhi**

Jl.Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: ayyusandhi@ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Air susu ibu (ASI) sangat bermanfaat, antara lain untuk sistem pertahanan tubuh dan tumbuh kembang bayi. World Health Organization (WHO) memperkirakan sekitar 1,3 juta kematian balita dapat dicegah tiap tahunnya dengan meningkatkan cakupan pemberian ASI eksklusif hingga 90%.¹ Pemerintah merespons fakta-fakta tersebut antara lain dengan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 450/MENKES/SK/IV 2004 tentang pemberian ASI secara eksklusif bagi bayi di Indonesia sejak lahir sampai usia 6 bulan dan dianjurkan sampai anak berusia 2 tahun dengan didampingi pemberian makanan tambahan yang sesuai.² Peraturan tersebut sejalan dengan rekomendasi WHO yang menetapkan capaian ASI eksklusif secara global pada enam bulan pertama pasca kelahiran agar tidak kurang dari 50%.³ Di lain pihak, pelaksanaan pemberian ASI eksklusif masih di bawah standar yang ditetapkan.

Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa di Indonesia, angka pemberian ASI eksklusif pada bayi berusia di bawah enam bulan baru mencapai 37,3%.⁴ Di Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo, jumlah bayi yang diberi ASI eksklusif telah mencapai 61,93%.⁵ Meskipun angka ini telah melewati capaian ASI eksklusif nasional, tetapi belum mencapai target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) sebesar 80%.⁶ Dengan demikian, upaya-upaya untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif tetap dipandang perlu dan penting untuk dilakukan.

Dukungan dari tenaga kesehatan sangat penting untuk menumbuhkan rasa percaya diri dan komitmen ibu yang kuat, serta agar tercipta proses menyusui yang nyaman dan memuaskan bagi ibu maupun bayi; tidak terkecuali dukungan dari kader Posyandu, sebagai penghubung antara komunitas dengan layanan kesehatan formal. Penelitian menunjukkan bahwa peran aktif kader terbukti efektif dalam pencegahan kematian balita, pencegahan malaria, perawatan bayi baru lahir, dan promosi ASI eksklusif.⁷ Tugas kader Posyandu dalam menyukseskan pemberian ASI eksklusif seperti tercantum pada buku panduan kader, di antaranya, yaitu memberikan pendidikan kesehatan berupa 1) memotivasi anggota keluarga untuk mendukung ibu menyusui eksklusif dari bayi berusia 0-6 bulan; 2) mengimbau ibu agar segera menyusui setelah bersalin, mengingat ASI yang pertama keluar (kolostrum) banyak mengandung antibodi yang dapat melindungi bayi dari infeksi; 3) menganjurkan agar ibu menyusui sesuai keinginan bayi; 4) menyarankan ibu agar membangunkan bayi untuk menyusui, apabila bayi telah tidur selama tiga jam atau lebih; 5) merekomendasikan ibu agar menyusui dengan satu payudara hingga kosong dulu, baru beralih di payudara lain pada waktu menyusui berikutnya; 6) memotivasi ibu agar memantau pertumbuhan berat badan bayi dengan cara menimbang secara rutin tiap bulan; dan 7) mengajarkan ibu teknik menyusui, cara mengenali tanda bayi lapar, mengatasi masalah-masalah yang kerap timbul selama ibu menyusui, dan cara memberikan ASI apabila ibu bekerja.⁸

Pendidikan kesehatan adalah salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan kader

Posyandu. Salah satu metode untuk optimalisasi pendidikan kesehatan adalah dengan penggunaan media. Hal ini agar dapat mengerahkan sebanyak mungkin pancaindra pada suatu objek, sehingga mempermudah pemahaman.⁹ Audiovisual, sebagai media pembelajaran yang memadukan gambar dan suara, diyakini memberikan peran penting dalam menunjang efektivitas penyampaian pendidikan kesehatan.¹⁰ Penyajian materi melalui media audiovisual akan membuat materi lebih menarik, sehingga memberikan rangsangan dan stimulus yang lebih kuat pada peserta untuk lebih memahami serta mengeksplorasi materi yang disampaikan.¹¹

Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan dengan media audiovisual terhadap pengetahuan manajemen pemberian ASI pada kader Posyandu di Desa Wijimulyo, Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan media audiovisual terhadap pengetahuan manajemen pemberian ASI pada kader Posyandu di Desa Wijimulyo, Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo sebelum dan sesudah adanya intervensi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian pra-eksperimen dengan rancangan *one group pretest-posttest*. Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 23 Oktober 2018 di Balai Desa Wijimulyo, Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo.

Populasi penelitian adalah seluruh kader Posyandu di Desa Wijimulyo sejumlah 55 orang. Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah kader Posyandu yang aktif menjalankan tugas dalam bidang kesehatan ibu dan anak di Desa Wijimulyo, serta bersedia menjadi responden penelitian. Sementara kriteria eksklusi adalah kader Posyandu yang ketika proses pengambilan data dalam keadaan sakit sehingga tidak mampu menjawab kuesioner dengan baik dan/atau tidak mampu mengikuti intervensi sampai selesai. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dan didapatkan 40 orang responden yang mengikuti proses pengambilan data hingga selesai.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat intervensi berupa media audiovisual sebagai media pendidikan kesehatan. Instrumen lain yang digunakan adalah kuesioner pengetahuan tentang manajemen pemberian ASI yang disusun oleh Sandhi.¹² Kuesioner ini terdiri dari 18 pertanyaan yang terdiri dari enam aspek, yaitu: pengertian ASI eksklusif, produksi ASI, manfaat ASI dan menyusui, teknik menyusui efektif, masalah yang sering timbul ketika menyusui, dan manajemen pemberian ASI bagi ibu bekerja. Kategori skor yang diperoleh total 0–18 dengan ketentuan, semakin tinggi skor berarti mengindikasikan tingkat pengetahuan yang semakin baik. Kuesioner ini telah melalui uji validitas dan reliabilitas dengan nilai korelasi antara 0,356 – 0,597 dan nilai reliabilitas 0,709 yang menunjukkan bahwa kuesioner tersebut valid dan reliabel. Informasi terkait karakteristik responden dikumpulkan dalam bentuk variabel kategori yang mencakup usia agar dapat membandingkan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya.¹³

Data yang terkumpul kemudian dianalisis menggunakan 2 cara. Pertama, analisis *univariat* yang disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Kedua, analisis *bivariat* menggunakan uji statistik Wilcoxon *signed rank test* untuk mengetahui apakah pendidikan kesehatan dengan media audiovisual berpengaruh terhadap pengetahuan tentang manajemen pemberian ASI. Sementara uji statistik Mann-Whitney U *test* digunakan untuk mengetahui apakah karakteristik responden maupun sumber informasi yang digunakan responden, dapat memengaruhi skor pengetahuan.

Ethical clearance didapatkan dari Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada - RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dengan nomor KE/FK/1342/EC/2018. Persetujuan kader untuk berpartisipasi dalam penelitian ini didapatkan sebelum pengambilan data, dengan cara meminta kesediaan kader untuk menandatangani formulir persetujuan menjadi responden.

HASIL

Kuesioner dibagikan kepada 44 orang kader Posyandu di Desa Wijimulyo, Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo. Sebanyak 4 orang kader tidak dapat mengikuti proses intervensi hingga selesai sehingga total responden yang mengikuti pengambilan data *pretest* dan *posttest* sebanyak 40 orang (*response rate* 90,9%). Karakteristik responden penelitian ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden kader Posyandu Desa Wijimulyo (n=40)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean±SD
Usia (tahun)			44,5±7,8
≤ 40	15	37,5	
> 40	25	62,5	
Status pekerjaan			
Tidak bekerja	31	77,5	
Bekerja	9	22,5	
Tingkat pendidikan			
SD-SMP	13	32,5	
SMA-Universitas	27	67,5	
Apakah pernah mendapatkan informasi tentang menyusui dan peran kader untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif?			
Belum pernah	8	20,0	
Pernah	32	80,0	
Pengalaman menjadi kader (tahun)			
≤ 5	19	47,5	
> 5	21	52,5	

Usia para kader Posyandu yang berpartisipasi dalam penelitian ini berada dalam rentang 30 – 57 tahun, dengan rata-rata usia 44,5 tahun (SD=7,8). Sebagian besar responden tidak bekerja (77,5%), menyelesaikan jenjang pendidikan SMA dan universitas (67,5%), pernah mendapatkan informasi sebelumnya terkait menyusui dan peran kader untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif (80,0%), dan lebih separuh dari total responden (52,5%) telah menjadi kader selama > 5 tahun.

Pengetahuan responden tentang manajemen pemberian ASI setelah menerima pendidikan kesehatan dengan media audiovisual mengalami peningkatan, yang dapat dilihat dari nilai *pretest* dan *posttest*-nya. Dari Tabel 2 di bawah ini, dapat dilihat bahwa analisis statistik dengan Wilcoxon *signed rank test* menunjukkan hasil $p=0,000$ ($p<0,05$) yang berarti terdapat perbedaan bermakna secara statistik pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan media audiovisual.

Tabel 2. Perbandingan nilai *pretest* dan *posttest* responden (n=40)

Pengetahuan	Median	Rentang (min-max)	Uji Statistik	
			z score	p value
<i>Pretest</i>	16,00	8-18		
<i>Posttest</i>	17,00	12-18	-4,212	0,000

Untuk melihat apakah terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik, pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah intervensi per aspek manajemen pemberian ASI, dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Perbandingan nilai *pretest* dan *posttest* responden per aspek manajemen pemberian ASI (n=40)

Pengetahuan	Median	Rentang		Uji Statistik	
		Min	Max	z score	p value
Pengertian ASI eksklusif					
<i>Pretest</i>	3,00	1	3	-1,134	0,257
<i>Posttest</i>	3,00	2	3		
Produksi ASI					
<i>Pretest</i>	3,00	0	4	-1,801	0,072
<i>Posttest</i>	3,00	0	4		
Manfaat ASI dan menyusui					
<i>Pretest</i>	4,00	2	4	-2,952	0,003
<i>Posttest</i>	4,00	2	4		
Teknik menyusui efektif					
<i>Pretest</i>	3,00	0	3	-3,116	0,002
<i>Posttest</i>	3,00	2	3		
Masalah yang sering timbul ketika menyusui					
<i>Pretest</i>	2,00	1	2	-2,714	0,007
<i>Posttest</i>	2,00	1	2		
Manajemen pemberian ASI bagi ibu bekerja					
<i>Pretest</i>	2,00	1	2	-2,449	0,014
<i>Posttest</i>	2,00	1	2		

Untuk mengetahui apakah karakteristik responden memengaruhi *output* penelitian (pengetahuan sesudah intervensi), maka peneliti menggunakan analisis statistik Mann-Whitney U *test*, yang hasil analisisnya dapat dilihat pada Tabel 4. Hasil analisis pada setiap kelompok karakteristik responden menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pada nilai total *posttest*. Hal ini menunjukkan bahwa adanya peningkatan pengetahuan yang terjadi setelah intervensi adalah benar-benar dampak dari intervensi pendidikan kesehatan yang diberikan, tidak dipengaruhi oleh karakteristik responden.

Pada penelitian ini, sebanyak 32 responden (80,0%) sudah pernah mendapatkan informasi sebelumnya tentang menyusui dan peran kader dalam peningkatan cakupan ASI eksklusif. Terdapat tujuh pilihan sumber informasi yang dicantumkan pada kuesioner, yakni seminar,

pelatihan, media cetak (majalah, tabloid, koran), media elektronik (televisi, radio), media sosial, *website*, dan materi sekolah/kuliah. Sebagian besar responden memilih lebih dari satu opsi, yang artinya sebagian besar kader pernah mendapatkan informasi dari sumber yang bervariasi (lebih dari satu sumber). Pada penelitian ini, pelatihan merupakan sumber informasi yang paling banyak disebutkan oleh 19 responden (47,5%), disusul oleh media elektronik sebanyak 9 responden (22,5%) dan sebanyak 8 responden menyebutkan sumber informasi berasal dari media cetak (20%).

Tabel 4. Perbedaan nilai *pretest* dan *posttest* pada karakteristik responden (n=40)

Karakteristik Responden	Pretest			Posttest		
	Median	Rentang (min-max)	<i>p value</i>	Median	Rentang (min-max)	<i>p value</i>
Usia (tahun)						
≤ 40	17,00	14-17	0,061	17,00	14-18	0,507
> 40	16,00	8-18		17,00	12-18	
Status pekerjaan						
Tidak bekerja	16,00	8-18	0,334	17,00	12-18	0,824
Bekerja	17,00	10-18		17,00	13-18	
Tingkat pendidikan						
SD-SMP	14,00	8-18	0,080	17,00	12-18	0,107
SMA-Universitas	16,00	11-18		17,00	15-18	
Paparan informasi sebelumnya (tentang ASI dan peran kader)						
Belum pernah	14,00	10-17	0,089	16,50	14-18	0,175
Pernah	16,00	8-18		17,00	12-18	
Pengalaman menjadi kader (tahun)						
≤ 5	16,00	8-17	0,781	17,00	12-18	0,153
> 5	16,00	10-18		17,00	13-18	

Setelah menerima intervensi, tidak terdapat perbedaan mean nilai total *posttest* pada seluruh kelompok responden. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan yang terjadi pada responden adalah benar-benar dampak dari intervensi pendidikan kesehatan yang diberikan, tidak dipengaruhi oleh paparan informasi yang diterima responden sebelumnya.

Buku panduan kader yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencantumkan enam topik pendidikan kesehatan yang harus disampaikan oleh kader Posyandu kepada ibu menyusui dan keluarga di wilayah kerja masing-masing, antara lain: 1) memotivasi anggota keluarga untuk mendukung ibu menyusui secara eksklusif; 2) mendukung ibu agar segera menyusui setelah bersalin; 3) mendukung ibu agar menyusui sesuai keinginan bayi; 4) memotivasi ibu agar membangunkan bayi untuk menyusui, apabila bayi telah tidur selama tiga jam atau lebih; 5) memotivasi ibu agar menyusui dengan satu payudara dulu hingga kosong; 6) memotivasi ibu agar memantau pertumbuhan berat badan bayi.

Tabel 5 menunjukkan informasi apa saja yang sudah pernah disampaikan oleh kader Posyandu kepada ibu menyusui di wilayahnya. Dari Tabel 5 dapat dilihat bahwa sebagian besar topik tentang menyusui tersebut sudah pernah disampaikan oleh kader kepada ibu menyusui dan keluarga, kecuali pada topik 'mendukung ibu agar segera menyusui setelah bersalin' hanya ada 11 kader (27,5%) yang sudah pernah menyampaikannya.

Tabel 5. Pendidikan kesehatan yang sudah pernah disampaikan responden kepada ibu menyusui dan keluarga di wilayah kerjanya (n=40)

Topik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Memotivasi anggota keluarga untuk mendukung ibu menyusui eksklusif		
Belum pernah menyampaikan	4	10,0
Sudah pernah menyampaikan	36	90,0
Mendukung ibu agar segera menyusui setelah bersalin		
Belum pernah menyampaikan	16	40,0
Sudah pernah menyampaikan	24	60,0
Mendukung ibu agar menyusui sesuai keinginan bayi		
Belum pernah menyampaikan	29	72,5
Sudah pernah menyampaikan	11	27,5
Memotivasi ibu agar dapat membangunkan bayi untuk menyusu apabila bayi telah tidur selama tiga jam atau lebih		
Belum pernah menyampaikan	16	40,0
Sudah pernah menyampaikan	24	60,0
Memotivasi ibu agar menyusui dengan satu payudara dulu hingga kosong		
Belum pernah menyampaikan	19	47,5
Sudah pernah menyampaikan	21	52,5
Memotivasi agar ibu memantau pertumbuhan berat badan bayi		
Belum pernah menyampaikan	17	42,5
Sudah pernah menyampaikan	23	57,5

PEMBAHASAN

Dari penelitian di Amerika Serikat, didapatkan data bahwa 92% ibu setelah melahirkan, mendapatkan informasi dan bantuan terkait menyusui selama berada di rumah sakit; baik dari konselor laktasi, perawat, maupun mahasiswa keperawatan. Akan tetapi, begitu mereka pulang kembali ke rumah, angka tersebut dilaporkan mengalami penurunan menjadi 54,8%. Data ini menunjukkan besarnya peluang kader untuk dapat memperluas cakupan pendidikan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan formal, sekaligus terjun membantu ibu dalam mengatasi masalah-masalah yang kerap timbul selama menyusui.¹⁴

Pada penelitian ini, lebih dari separuh responden (52,5%) telah menjadi kader selama lima tahun. Selain itu, sebagian besar responden (80%) telah mendapatkan informasi tentang menyusui dan peran kader untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Kader Posyandu mendapatkan informasi terkait ASI, menyusui, dan peran kader untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif melalui pelatihan dari Puskesmas. Hal ini selaras dengan hasil penelitian saat ini, yang menunjukkan bahwa pelatihan menjadi sumber informasi (tentang menyusui dan peran kader dalam peningkatan cakupan ASI eksklusif) yang paling banyak dipilih oleh responden (47,5%). Pelatihan kader Posyandu oleh Puskesmas dilakukan sesuai dengan kurikulum dan modul yang disusun oleh Kementerian Kesehatan RI bekerja sama dengan Kelompok Kerja Operasional Pembinaan Posyandu tingkat Pusat. Salah satu materi dalam pelayanan ibu menyusui adalah bagaimana kader melakukan penyuluhan/konseling kesehatan, persiapan menyusui, perawatan payudara, dan pemberian ASI, serta pentingnya ASI eksklusif.¹⁵ Hal ini menunjukkan bahwa kader Posyandu memiliki bekal dan peluang besar untuk membantu para ibu mengatasi masalah yang kerap timbul selama menyusui, sekaligus meningkatkan

cakupan pemberian ASI.

Adanya peningkatan pengetahuan yang secara statistik signifikan dalam penelitian ini mendukung pendapat Notoatmodjo¹⁶ yang mengatakan bahwa pendidikan kesehatan dikatakan berhasil, bila terjadi peningkatan hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan tersebut. Analisis statistik dengan Wilcoxon *signed rank test* menunjukkan hasil $p=0,000$ ($p<0,05$). Hal ini berarti terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik pada pengetahuan responden, sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan media audiovisual. Tingkat pencapaian pengetahuan melalui indra pendengaran hanya sebesar 13%, dibandingkan jika melalui indra penglihatan yang dapat mencapai 75%. Media pembelajaran melalui gambar sekaligus kata-kata, akan berdampak 3 kali lebih kuat dan mendalam, dibandingkan dengan penggunaan kata-kata saja.¹⁷ Dengan demikian, media audiovisual dapat memungkinkan audiens melakukan eksplorasi lebih dalam, memudahkan pemahaman (konsep yang abstrak, menjadi lebih konkret dan mudah dipahami), dan memperkuat proses retensi sehingga pada akhirnya peserta dapat mengoptimalkan kemampuan untuk mengingat informasi yang disampaikan lebih cepat.^{11,18}

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Hernández *et al.*,¹⁹ yang menunjukkan hasil bahwa media audiovisual yang digunakan dalam program intervensi secara statistik dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang menyusui. Penelitian lain yang juga mendapatkan hasil serupa yaitu penelitian Rosuzeita *et al.*,²⁰ media audiovisual yang digunakan dalam pendidikan kesehatan terkait menyusui, secara statistik berhubungan dengan peningkatan durasi menyusui.

Karakteristik responden pada penelitian ini adalah kader Posyandu dengan rentang usia mulai dari dewasa awal hingga lansia akhir. Terdapat kesamaan dengan penelitian Rosuzeita *et al.*²⁰ yang karakteristik respondennya, yaitu ibu menyusui pada rentang usia dewasa awal. Namun, terdapat perbedaan dengan penelitian Hernández *et al.*¹⁹ yang karakteristik respondennya remaja. Hal ini menunjukkan bahwa media audiovisual berpeluang untuk digunakan sebagai media pembelajaran pada rentang usia yang bervariasi.

Kesamaan lain dengan penelitian Rosuzeita *et al.*²⁰ adalah dari segi materi pendidikan kesehatan yang hampir serupa, yaitu anatomi payudara, produksi ASI, manfaat menyusui, teknik menyusui, masalah yang sering timbul berikut solusinya, dan manajemen pemberian ASI bagi ibu bekerja. Topik-topik penting tersebut tercantum dalam *Training Module for Health Profession* pada bagian promosi menyusui.²¹ Kader Posyandu diharapkan dapat memberikan penyuluhan atau konseling kesehatan terhadap ibu menyusui sehingga dengan menguasai topik-topik tersebut diharapkan kader akan dapat menyampaikan pendidikan kesehatan tentang menyusui yang lebih komprehensif.

Terdapat dua aspek dalam manajemen pemberian ASI yang tidak menunjukkan perbedaan bermakna secara statistik pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah intervensi. Kedua aspek tersebut adalah pengertian ASI eksklusif dan produksi ASI. Hasil penelitian

sebelumnya menunjukkan bahwa 97,2% kader kesehatan dapat menyebutkan pengertian ASI eksklusif dengan benar dan telah memotivasi anggota keluarga untuk mendukung ibu menyusui secara eksklusif.²² Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman terkait pengertian ASI eksklusif sudah terbentuk sebelum kader menerima intervensi dari peneliti. Kemungkinan penyebab lain adalah penggunaan istilah sulit dalam media audiovisual ketika menjelaskan tentang produksi ASI yang mungkin masih asing di telinga responden (misalnya hormon prolaktin dan oksitosin). Pendidikan kesehatan akan lebih efektif apabila disampaikan dengan bahasa yang sederhana, mudah dimengerti oleh orang awam, cukup jelas, dan mampu menggambarkan maksud sebenarnya. Penggunaan istilah-istilah sulit pun sedapat mungkin dihindari. Bila terpaksa menggunakan istilah sulit maka berilah penjelasan lebih lanjut mengenai istilah tersebut. Jika audiens mendengar suatu kata yang mereka tidak tahu artinya, mereka akan cenderung terus memikirkan arti istilah tersebut. Akibatnya, ia kehilangan konsentrasi dalam mendengarkan informasi selanjutnya.²³

Pada penelitian ini, hanya 27,5% responden yang sudah pernah menyampaikan informasi agar ibu menyusui sesuai keinginan bayi, meskipun topik tersebut sudah tercantum dalam buku panduan kader dari Kementerian Kesehatan RI, sebagai salah satu dari enam topik pendidikan kesehatan yang harus disampaikan kepada ibu menyusui dan keluarga. Dalam buku panduan kader, disebutkan bahwa "... ibu dapat menyusui sesering mungkin semau bayi, paling sedikit 8 kali sehari"²⁴ Menyusui sesuai keinginan bayi secara signifikan berhubungan dengan durasi menyusui.²⁵ Selain itu, isapan bayi akan menstimulasi produksi ASI sehingga menyusui sesuai keinginan bayi juga berhubungan dengan persepsi ibu akan kecukupan ASI-nya.²⁶ Dengan mempertimbangkan signifikansi topik tersebut terhadap cakupan ASI eksklusif, diharapkan kader Posyandu dapat lebih gencar menyampaikan informasi tersebut kepada ibu menyusui dan keluarga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui media audiovisual terhadap pengetahuan manajemen pemberian ASI pada kader Posyandu di Desa Wijimulyo, Kecamatan Nanggulan, Kulon Progo. Hal ini dapat dilihat dari nilai pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi yang mengalami peningkatan.

Berdasarkan hasil dan kesimpulan dari penelitian di atas, Puskesmas sebagai pelaksana pelatihan bagi kader Posyandu dapat mempertimbangkan untuk menggunakan media audiovisual sebagai media pembelajaran, untuk mempermudah pemahaman kader Posyandu mengenai manajemen pemberian ASI. Selain itu, harapannya kader Posyandu dapat mengoptimalkan pendidikan kesehatan pada ibu menyusui, sesuai yang tercantum dalam buku panduan kader, dengan menekankan pada aspek 'menyusui sesuai keinginan bayi' untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif di wilayah masing-masing.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Puskesmas Nanggulan Kulon Progo, Kepala Desa Wijimulyo, dan seluruh kader Posyandu Desa Wijimulyo, Nanggulan Kulon Progo. Penelitian ini dapat dilaksanakan dengan dukungan Hibah Pengabdian Masyarakat Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan FK-KMK UGM 2018.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cattaneo A, Quintero-Romero S. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Low-Income Countries. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2006; 2006(11): 48-53.
2. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. *Situasi dan Analisis ASI Eksklusif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
3. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding* [Homepage on The Internet]. 2018. [Cited 2018 July 26]. Available from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. *Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016 (Data 2015)*. Kulon Progo: Dinas Kesehatan; 2016.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. *Profil Kesehatan Kabupaten Kulon Progo Tahun 2015 (Data 2014)*. Kulon Progo: Dinas Kesehatan; 2015.
7. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of Community Health Workers Delivering Preventive Interventions for Maternal and Child Health in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *BMC Public Health*. 2013 Dec; 13(1): 847.
8. Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Buku Pegangan Kader POSYANDU*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
9. Maulana HDJ. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2009.
10. Mahnun N. *Media Pembelajaran (Kajian terhadap Langkah-langkah Pemilihan Media dan Implementasinya dalam Pembelajaran)*. *An-Nida'*. 2012 Jun 2; 37(1): 27-34.
11. Haryoko S. Efektivitas Pemanfaatan Media Audio-Visual Sebagai Alternatif Optimalisasi Model Pembelajaran. *Jurnal Edukasi Elektro*. 2012 Dec 6; 5(1).
12. Sandhi A. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audiovisual terhadap Peningkatan Pengetahuan Manajemen Pemberian ASI di Posyandu Kelurahan Baciro Gondokusuman Kota Yogyakarta*. [Skripsi]. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM; 2011.
13. Crispin N, Wamae A, Ndirangu M, Wamalwa D, Wangalwa G, Watako P, Mbiti E. Effects of Selected Socio-Demographic Characteristics of Community Health Workers on Performance of Home Visits during Pregnancy: A Cross-Sectional Study in Busia District, Kenya. *Global Journal of Health Science*. 2012 Sep; 4(5): 78.
14. Lewallen LP, Dick MJ, Flowers J, Powell W, Zickefoose KT, Wall YG, Price ZM. Breastfeeding Support and Early Cessation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006 Mar; 35(2): 166-72.
15. Kementerian Kesehatan RI. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Kader Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
16. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
17. Bardansyah Y. *Urgensi Penciptaan Lingkungan Berbahasa Asing*, Makalah. 2008.
18. Husmiati R. Kelebihan dan Kelemahan Media Film Sebagai Media Pembelajaran Sejarah. *Jurnal Sejarah Lontar*. 2010; 7(2): 61-72.
19. Hernández MP, Díaz-Gómez NM, Romero AM, Díaz JG, Rodríguez VP, Jiménez AS. Effectiveness of An Intervention to Improve Breastfeeding Knowledge and Attitudes Among Adolescents. *Revista Espanola de Salud Publica*. 2018 Jun; 92.
20. Rosuzeita F, Rabiaah MC, Rohani I, Shukri OM. The Effectiveness of Breastfeeding Intervention on Breastfeeding Exclusivity and Duration among Primiparous Mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*. 2018 Feb; 25(1): 53.
21. UNICEF/WHO. *Baby-friendly Hospital Initiative, Revised, Updated and Expanded for Integrated Care, Section 2. Strengthening and Sustaining The Baby-friendly Hospital Initiative: A Course for Decision-Makers; Section 3. Breastfeeding Promotion and Support in A Baby-friendly Hospital: A 20-hour Course for Maternity Staff*. Geneva: World Health Organization; 2009.
22. Utoo BT, Ochejele S, Obulu MA, Utoo PM. Breastfeeding Knowledge and Attitudes Amongst Healthworkers in A Health Care Facility in South-South Nigeria: The Need for Middle Level Health Manpower Development. *Clinics in Mother and Child Health*. 2012; 9(1).
23. Arief S. *Media Pendidikan, Pengertian, Pengembangan, dan Pemanfaatannya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. 2003.
24. Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Ayo ke Posyandu Setiap Bulan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2012.

25. Khanal V, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Postpartum Breastfeeding Promotion and Duration of Exclusive Breastfeeding in Western Nepal. *Birth*. 2015 Dec; 42(4): 329-36.
26. La Leche League International. How Often Should I Nurse My Baby? [Homepage on The Internet]. c2009. [Cited 2016 June 24]. Available from <http://www.llli.org/faq/frequency.html>

Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis dengan Perawatan Paliatif di Intensive Care Unit: Studi di Yogyakarta

Needs of Family Members of Critically Ill Patients with Palliative Care in ICU: Study in Yogyakarta

Sri Setiyarini*, Eri Yanuar Akhmad, Happy Indah Kusumawati
Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, Fakultas Kedokteran Kesehatan
Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Regarding the severity of disease, death occur at high rates in ICU, with mortality rate reaches 25%. Hospitalization in ICU has significant impact for patient's family, therefore meeting needs of family is crucial part in the ICU.

Objective: To determine family needs of critically ill patients who need palliative care from nurses and families perspective.

Method: This was descriptive study which conducted in three ICU facilities in Yogyakarta. The subjects were 31 nurses and 76 family members who completed the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), Meeting Needs Inventory (MNI) instruments and open questions. Data were analyzed quantitatively used mean (\pm SD) and percentage.

Result: The mean (\pm SD) score of inventory needs (CCFNI) subscale from nurse perception vs. family perception were as follows: assurance ($3,488 \pm 0,386$ vs. $3,602 \pm 0,362$), proximity and accessibly ($3,308 \pm 0,363$ vs. $3,484 \pm 0,739$), information ($3,207 \pm 0,630$ vs. $3,334 \pm 0,422$). The mean (\pm SD) score of meeting needs (MNI) subscale from perception of nurses vs family were as follows: assurance ($3,160 \pm 0,371$ vs. $3,137 \pm 0,556$), proximity and accessibly ($3,151 \pm 0,405$ vs. $2,998 \pm 0,531$), information ($2,775 \pm 0,399$ vs. $2,512 \pm 0,630$).

Conclusion: The most important family need and meeting need, according to nurses and families, is assurance subscale.

Keywords: CCFNI, family, ICU, needs inventory, palliative care

ABSTRAK

Latar belakang: Beratnya jenis penyakit pasien di ICU, membuat ICU menjadi tempat kematian yang umum bagi pasien, dengan angka kematian sekitar 25%. Hospitalisasi di ICU cukup berdampak pada keluarga, sehingga memenuhi kebutuhan keluarga menjadi hal yang penting di ICU.

Tujuan: Untuk mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis yang membutuhkan perawatan paliatif, dari persepsi perawat dan keluarga.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan di tiga ICU di Yogyakarta. Terdapat 31 sampel perawat dan 76 sampel keluarga pasien yang mengisi instrumen *The Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), *Meeting Needs Inventory* (MNI), dan beberapa pertanyaan terbuka. Data dianalisis secara kuantitatif menggunakan rerata (\pm SD) dan persentase.

Hasil: Skor rerata pentingnya kebutuhan keluarga pasien dari persepsi perawat dan keluarga pada 3 subskala tertinggi, adalah: jaminan $3,488 (\pm 0,386)$ dan $3,602 (\pm 0,362)$; kedekatan dan akses $3,308 (\pm 0,363)$ dan $3,484 (\pm 0,739)$; informasi $3,207 (\pm 0,630)$ dan $3,334 (\pm 0,422)$. Rerata terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien dari persepsi perawat dan keluarga pada 3 subskala tertinggi, adalah: jaminan $3,160 (\pm 0,371)$ dan $3,137 (\pm 0,556)$; kedekatan dan akses $3,151 (\pm 0,405)$ dan $2,998 (\pm 0,531)$, informasi $2,775 (\pm 0,399)$ dan $2,512 (\pm 0,630)$,

Kesimpulan: Baik kebutuhan maupun pemenuhan kebutuhan, yang dianggap paling penting menurut perawat dan keluarga adalah jaminan.

Kata kunci: CCFNI, ICU, keluarga, kebutuhan, perawatan paliatif

Corresponding Author: Sri Setiyarini

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: sri_setiyarini@ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Intensive care units (ICU) memberikan pelayanan yang canggih bagi pasien-pasien kritis dengan penyakit serius dan kompleks.¹ Umumnya, pasien ICU dalam kondisi sakit parah, mengalami sedasi, intubasi, terpasang bermacam-macam alat, tidak mampu berkomunikasi, dan tidak mampu mengambil keputusan akan dirinya.² Dengan beratnya penyakit, sebagian pasien tidak mampu bertahan hidup, sehingga ICU menjadi tempat kematian yang umum bagi pasien. Di Amerika, sekitar 20% (1 dari 5 pasien) kematian terjadi di ICU. Sementara di seluruh dunia, angka kematian di ICU mencapai 25%.² Tingginya angka kematian di ICU mengindikasikan bahwa perawatan di ICU tidak hanya untuk menyelamatkan hidup. Namun, juga memberikan perawatan paliatif dan perawatan akhir hayat.³

Ciri khas situasi di ICU adalah sakit yang terjadi tiba-tiba dan pengalaman traumatis yang dapat memengaruhi keluarga.⁴ Terdapat lima kondisi yang dialami keluarga pasien kritis di ICU, yaitu ketidakpastian, bergejolaknya emosi, keseimbangan antara harapan dan realitas, keinginan untuk melindungi dan menjaga pasien sebagai keluarganya, bercampurnya peran pengasuh dan dukungan, serta ketidakseimbangan antara dukungan dan kondisi sosial di masyarakat.⁵ Keluarga juga dituntut untuk berperan sebagai pemberi dukungan dan pengambil keputusan.⁶ Perawat dan dokter ICU memiliki tanggung jawab, tidak hanya pada perawatan pasien. Namun, juga memenuhi kebutuhan keluarga, sehingga perlu dilakukan evaluasi terpenuhinya kebutuhan keluarga, guna meningkatkan perawatan yang komprehensif, kepuasan, dan kapasitas keluarga dalam pengambilan keputusan.⁷ Terdapat lima tipe kebutuhan keluarga pasien, yaitu kebutuhan akan kenyamanan, dukungan, jaminan, mengurangi ansietas serta kebutuhan akan kedekatan dan akses.⁸

Saat ini, hanya sedikit studi yang menggambarkan pemenuhan kebutuhan dan kepuasan keluarga pasien di ICU, termasuk keluarga pasien yang membutuhkan perawatan paliatif.⁹ Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis yang membutuhkan perawatan paliatif, serta mengetahui perbedaan persepsi keluarga pasien dan perawat, akan prioritas dan pentingnya pemenuhan kebutuhan keluarga pasien di ICU di Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan populasi penelitian terdiri dari perawat dan keluarga pasien yang dirawat di ICU di Yogyakarta. Sampel diambil dari perawat dan keluarga pasien ICU pada tiga rumah sakit di Yogyakarta, yaitu 1 rumah sakit pusat rujukan, 1 rumah sakit swasta, 1 rumah sakit daerah tipe B, dan ketiga rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit pendidikan. Besar sampel untuk perawat diambil secara *total sampling*. Perawat dipilih menggunakan kriteria inklusi: perawat ICU berstatus pegawai tetap dan minimal telah bekerja di ICU selama 2 tahun. Besar sampel dihitung menggunakan data dari penelitian Auerbach *et al.*¹⁰ pada rumus penelitian deskriptif untuk data numerik,

maka didapatkan besar sampel total untuk keluarga pasien sebanyak 76 orang. Sampel keluarga pasien dipilih secara konsekutif dengan kriteria inklusi: 1) Keluarga dari pasien yang membutuhkan perawatan paliatif (*prediction mortality* dengan skor total *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II ≥ 25 setara dengan kemungkinan kematian $\geq 50\%$ dan atau pasien telah dirawat lebih dari dua hari;^{11,12} 2) Pasangan hidup, anak, atau orang terdekat pasien; 3) Berusia di atas 18 tahun; 4) Mampu berkomunikasi dalam bahasa Indonesia; 5) Minimal telah menunggu pasien selama 24 jam. Kriteria eksklusi sampel keluarga, yaitu jika keluarga pasien merupakan staf di ICU.

Penelitian menggunakan kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) – *Meeting Needs Inventory* (MNI) versi modifikasi dari Norris & Grove¹³ dengan menambahkan 3 pertanyaan terbuka. Instrumen CCFNI digunakan untuk menilai “pentingnya kebutuhan keluarga,” sedangkan instrumen MNI digunakan untuk menilai “terpenuhinya kebutuhan keluarga” oleh perawat atau klinisi ICU. Instrumen CCFNI – MNI berisi 30 unit pertanyaan yang diorganisir dalam 5 domain, yaitu: (1) Jaminan dan menurunkan kecemasan; (2) Kedekatan; (3) Rasa nyaman; (4) Dukungan; dan (5) Informasi.¹⁴ Skor CCFNI untuk pentingnya kebutuhan keluarga menggunakan skala *Likert* 1-4, dengan nilai 1 untuk tidak penting, sampai nilai 4 untuk sangat penting. Untuk menilai pemenuhan kebutuhan, digunakan skala *Likert* dengan rentang nilai 1 untuk tidak pernah terpenuhi, sampai nilai 4 untuk selalu terpenuhi.¹³ Instrumen CCFNI – MNI terdiri dari 4 subskala, yaitu: 1) Subskala *proximity and accessibility* pada pertanyaan no.1,7,10,11,15,26,29; 2) Subskala *support* pada pertanyaan no. 17,18,18,20,22,23,30; 3) Subskala *information* pada pertanyaan no. 13,14,16,21,25,27,28; 3) Subskala *comfort* pada pertanyaan no. 12,24; 4) Subskala *assurance and anxiety reduction* pada pertanyaan no. 2,3,4,5,6,8,9. Dalam instrumen CCFNI tidak terdapat penilaian tingkat kepuasan karena instrumen ini tidak memiliki titik potong yang telah tervalidasi untuk mengukur skala kepuasan keluarga. Semakin tinggi skor total, maka semakin tinggi pentingnya kebutuhan.^{7,13}

Analisa statistik *univariat* digunakan untuk mencari mean dan standar deviasi dalam setiap unit. Nilai CCFNI dan MNI dikategorikan dalam rentang skor rata-rata: 1,0 – 1,5 (tidak penting/tidak terpenuhi); 1,6 – 2,0 (kurang penting/kurang terpenuhi); 2,1 – 2,6 (cukup penting/cukup terpenuhi); 2,7 – 3,3 (penting/banyak terpenuhi); 3,4 – 4,0 (sangat penting/hampir semua terpenuhi). Perbedaan prioritas pemenuhan kebutuhan keluarga dari persepsi keluarga pasien dan perawat, dilakukan dengan sistem ranking mean unit CCFNI - MN. Data CCFNI - MNI dianalisis untuk mencari rerata dan standar deviasi.

Instrumen CCFNI versi modifikasi dari Norris & Grove¹³ memiliki validitas 0,79, dengan reliabilitas (nilai Cronbach's Alpha = 0,85), internal konsistensi bervariasi antara 0,80 sampai 0,62, dengan semua faktor bermakna dan berkorelasi satu sama lain. Sebelum instrumen CCFNI - MNI digunakan, telah dilakukan penerjemahan instrumen ke dalam Bahasa Indonesia menggunakan metode *forward backward* dari WHO oleh lembaga yang tersertifikasi. Kemudian, dilakukan uji validitas reliabilitas instrumen pada 30 keluarga pasien di ICU jantung. Hasil uji

validitas dan reliabilitas adalah valid pada semua butir pertanyaan, dengan nilai r antara 0,403 – 0,695 (valid jika $r > 0,318$) dan reliabel di semua butir pertanyaan, dengan nilai Cronbach's Alpha 0,916 (reliabel jika Cronbach's Alpha $> 0,6$).

Penelitian ini telah mendapatkan surat izin kelayakan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada tanggal 9 Agustus 2011, nomor Ref.no: KE/FK/098/EC/2011.

HASIL

Sampel keluarga pasien semuanya (100%) diambil dari keluarga terdekat pasien, yaitu orang tua, anak, atau saudara kandung pasien (kakak/adik) yang telah menunggu pasien lebih dari 2 hari, data ditampilkan pada Tabel 1. Sampel perawat sebanyak 31 orang, merupakan perawat yang sehari-hari terlibat dalam perawatan pasien dan berkolaborasi dengan keluarga pasien. Data demografi responden perawat ditampilkan pada Tabel 2.

Tabel 1. Data demografi responden keluarga pasien di tiga ICU rumah sakit di Yogyakarta (n= 76)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia (tahun)		
0 - 21	2	2,6
21 - 30	22	28,9
31 - 40	15	19,7
41 - 50	24	31,6
51 - 65	12	15,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	32	42,1
Perempuan	44	57,9
Pendidikan		
SD	10	13,2
SMP	15	19,7
SMA	34	44,7
S1	17	22,4
Pengalaman menunggu di ICU		
Ya	19	25,0
Tidak	57	75,0
Tinggal serumah		
Ya	55	72,4
Tidak	21	27,6

Gambaran pentingnya kebutuhan keluarga pasien (CCFNI) dan terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien (MNI) yang dipersepsikan oleh perawat berdasar ranking pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga dapat dilihat pada Tabel 3. Dari 30 pertanyaan CCFNI, terdapat 15 kebutuhan yang dianggap sangat penting bagi keluarga pasien, dari persepsi perawat (Tabel 3) memiliki nilai rata-rata di atas 3,4. Namun, hanya 2 dari 15 unit tersebut, yang hampir semua terpenuhi.

Sementara gambaran pentingnya kebutuhan keluarga pasien (CCFNI) dan terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien (MNI) yang dipersepsikan oleh keluarga berdasarkan ranking pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga, secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 4. Dari Tabel 4 terdapat 20 kebutuhan keluarga yang dianggap sangat penting dari persepsi

keluarga. Namun, hanya 2 kebutuhan yang hampir terpenuhi secara keseluruhan.

Tabel 2. Data demografi responden perawat di tiga ICU rumah sakit di Yogyakarta (n= 31)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia (tahun)		
20 - 30	5	16,1
31 - 40	21	67,7
41 - 50	4	12,9
51 - 65	1	3,2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9	29,0
Perempuan	22	71,0
Status perkawinan		
Menikah	30	97,0
Tidak Menikah	1	3,0
Pendidikan terakhir		
DIII Keperawatan	26	84,0
S1 Keperawatan	5	16,0
Jabatan fungsional		
Perawat Pelaksana	27	87,1
Ketua Tim	1	3,2
Primary Nurse	2	6,5
Kepala Ruang	1	3,2
Pengalaman di ICU (tahun)		
0 - 5	11	35,5
6 - 10	12	38,7
11 - 15	5	16,1
16 - 20	2	6,5
> 20	1	3,2
Pengalaman di luar ICU (tahun)		
0 - 5	19	61,3
6 - 10	12	38,7
Sertifikasi di ICU		
Ya	20	64,5
Tidak	11	35,5

Tabel 3. *Ranking* pentingnya pemenuhan kebutuhan keluarga (CCFNI) dan terpenuhinya kebutuhan keluarga (MNI) dari persepsi perawat ICU di tiga rumah sakit di Yogyakarta (n=31)

<i>Ranking</i>	Pertanyaan	CCFNI) Mean ±SD	MNI Mean ±SD
Kebutuhan keluarga akan...			
1	Pernyataan rencana pindah pasien ketika keputusan dibuat	3,65 ± 0,608	3,87 ± 0,428
2	Penjelasan kondisi pasien yang mudah dipahami oleh keluarga	3,65 ± 0,860	3,03 ± 0,706
3	Mengetahui kemungkinan outcome dari kondisi pasien	3,61 ± 0,495	3,00 ± 0,730
4	Mendapat kepastian perawatan yang terbaik untuk diberikan kepada pasien	3,61 ± 0,495	3,26 ± 0,631
5	Mengetahui fakta yang spesifik tentang kondisi pasien	3,58 ± 0,502	3,00 ± 0,730
6	Mengetahui mengapa sesuatu diberikan kepada pasien	3,55 ± 0,568	3,29 ± 0,783
7	Membicarakan adanya kemungkinan kematian pasien	3,52 ± 0,508	3,19 ± 0,792
8	Mengetahui bahwa pasien sedang dirawat secara medis	3,48 ± 0,508	3,26 ± 0,682
9	Jam kunjungan dimulai tepat waktu	3,48 ± 0,508	3,39 ± 0,715
10	Mendapat arahan petugas terkait apa yang perlu dilakukan di samping tempat tidur pasien	3,48 ± 0,508	3,26 ± 0,682
11	Mengetahui apa yang telah dilakukan perawat kepada pasien	3,45 ± 0,568	3,03 ± 0,795
12	Merasa diterima oleh petugas kesehatan	3,45 ± 0,568	3,16 ± 0,820
13	Merasa bahwa petugas kesehatan merawat pasien dengan baik	3,42 ± 0,807	3,23 ± 0,669
14	Menjenguk pasien secara teratur	3,42 ± 0,564	3,45 ± 0,624

Tabel 3. Ranking pentingnya pemenuhan kebutuhan keluarga (CCFNI) dan terpenuhinya kebutuhan keluarga (MNI) dari persepsi perawat ICU di tiga rumah sakit di Yogyakarta (n=31) (lanjutan)

Ranking	Pertanyaan	CCFNI	MNI
		Mean ± SD	Mean ± SD
15	Pertanyaan dijawab dengan jujur	3,42 ± 0,502	3,32 ± 0,599
16	Ada seseorang yang telah dipilih petugas untuk menghubungi unit saat mereka tidak berada di tempat	3,35 ± 0,486	2,68 ± 0,791
17	Berbicara dengan perawat setiap hari	3,26 ± 0,514	2,97 ± 0,706
18	Menerima informasi tentang pasien setiap hari	3,19 ± 0,543	2,87 ± 0,619
19	Dapat berbicara dengan dokter setiap hari	3,16 ± 0,583	2,71 ± 0,824
20	Merasa bahwa ada harapan untuk pasien	3,13 ± 0,991	3,26 ± 0,965
21	Mengetahui bahwa mereka akan dihubungi lewat telepon rumah ketika ada perubahan kondisi pasien	3,13 ± 0,885	2,53 ± 0,042
22	Mendapat penjelasan terkait unit lingkungan sebelum menjenguk	3,13 ± 0,499	2,81 ± 0,703
23	Mengetahui tentang tipe petugas yang merawat pasien	3,06 ± 0,680	2,39 ± 0,715
24	Mendapat dukungan dari teman terdekat.	3,03 ± 0,706	2,45 ± 0,723
25	Adanya perubahan jam kunjungan untuk keadaan khusus	3,03 ± 0,605	3,00 ± 0,931
26	Membicarakan perasaan keluarga	3,03 ± 0,605	2,32 ± 0,599
27	Merasakan bahwa petugas kesehatan memperhatikan kesehatan keluarga yang menunggu	3,00 ± 0,730	2,61 ± 0,919
28	Ada penjelasan dari petugas kesehatan lain yang dapat membantu, berkaitan dengan masalah tertentu	2,97 ± 0,407	2,35 ± 0,608
29	Adanya telepon yang dekat dengan ruang tunggu	2,58 ± 0,886	1,13 ± 0,341
30	Membantu perawatan fisik pasien	2,39 ± 0,844	1,94 ± 0,892

Tabel 4. Ranking dari pentingnya pemenuhan kebutuhan keluarga dari persepsi keluarga pasien ICU di tiga rumah sakit di Yogyakarta (n=76)

Prioritas	Pertanyaan	CCFNI	MNI
		Mean ± SD	Mean ± SD
1	Merasa bahwa ada harapan untuk pasien	3,68 ± 0,496	3,46 ± 0,738
2	Mengetahui fakta yang spesifik tentang kondisi pasien	3,66 ± 0,505	3,17 ± 0,885
3	Mendapat kepastian perawatan yang terbaik untuk diberikan kepada pasien	3,66 ± 0,478	3,26 ± 0,789
4	Menjenguk pasien secara teratur	3,63 ± 0,514	3,55 ± 0,759
5	Menerima informasi tentang pasien setiap hari	3,61 ± 0,713	2,86 ± 0,962
6	Merasa bahwa petugas kesehatan merawat pasien dengan baik	3,61 ± 0,518	3,24 ± 0,814
7	Mengetahui bahwa mereka akan dihubungi lewat telepon rumah ketika ada perubahan kondisi pasien	3,59 ± 0,495	2,75 ± 1,072
8	Pernyataan rencana pindah pasien ketika keputusan dibuat	3,59 ± 0,495	3,17 ± 1,063
9	Pertanyaan dijawab dengan jujur	3,58 ± 0,497	3,13 ± 0,914
10	Mengetahui bahwa pasien sedang dirawat secara medis	3,57 ± 0,525	2,93 ± 0,984
11	Mendapat dukungan dari teman terdekat	3,57 ± 0,525	3,34 ± 0,825
12	Mengetahui mengapa sesuatu diberikan kepada pasien	3,54 ± 0,502	3,08 ± 0,963
13	Mengetahui kemungkinan <i>outcome</i> dari kondisi pasien	3,53 ± 0,553	2,82 ± 1,055
14	Ada seseorang yang telah dipilih petugas untuk menghubungi unit, saat mereka tidak berada di tempat	3,51 ± 0,600	3,12 ± 1,083
15	Penjelasan kondisi pasien yang mudah dipahami oleh keluarga	3,51 ± 0,529	2,88 ± 0,966
16	Membicarakan adanya kemungkinan kematian pasien	3,50 ± 0,643	2,46 ± 1,160
17	Mengetahui apa yang telah dilakukan perawat kepada pasien	3,47 ± 0,577	2,72 ± 0,932
18	Merasa diterima oleh petugas kesehatan	3,46 ± 0,528	3,18 ± 0,860
19	Dapat berbicara dengan dokter setiap hari	3,43 ± 0,619	2,35 ± 0,979
20	Adanya perubahan jam kunjungan untuk keadaan khusus	3,41 ± 0,696	2,46 ± 1,137
21	Mendapat arahan petugas, terkait apa yang perlu dilakukan di samping tempat tidur pasien.	3,38 ± 0,610	2,63 ± 1,069
22	Mendapat penjelasan terkait unit lingkungan sebelum menjenguk	3,34 ± 0,644	2,57 ± 1,215
23	Berbicara dengan perawat setiap hari	3,32 ± 0,657	2,54 ± 0,972
24	Membicarakan perasaan keluarga	3,30 ± 0,674	2,25 ± 1,072
25	Jam kunjungan dimulai tepat waktu	3,30 ± 0,589	3,53 ± 0,757

Tabel 3. Ranking dari pentingnya pemenuhan kebutuhan keluarga dari persepsi keluarga pasien ICU di tiga rumah sakit di Yogyakarta (n=76) (lanjutan)

Ranking	Pertanyaan	CCFNI	MNI
		Mean ± SD	Mean ± SD
26	Merasakan bahwa petugas kesehatan memperhatikan kesehatan keluarga yang menunggu	3,29 ± 0,727	2,13 ± 1,050
27	Ada penjelasan dari petugas kesehatan lain yang dapat membantu, berkaitan dengan masalah tertentu	3,17 ± 0,575	2,21 ± 1,011
28	Adanya telepon yang dekat dengan ruang tunggu	3,13 ± 0,822	1,25 ± 0,635
29	Mengetahui tentang tipe petugas yang merawat pasien	3,08 ± 0,762	2,11 ± 1,114
30	Membantu perawatan fisik pasien	2,79 ± 1,062	1,74 ± 0,943

Perbedaan prioritas tertinggi mengenai pentingnya kebutuhan keluarga pasien berdasar persepsi keluarga dan perawat menunjukkan hasil yang berbeda. Terdapat 2 unit yang sama-sama dalam 5 prioritas tertinggi, walaupun dengan urutan yang berbeda (Tabel 5).

Tabel 5. Perbedaan prioritas pentingnya kebutuhan keluarga pasien dari persepsi perawat dan keluarga

Prioritas	Unit Prioritas Pentingnya Kebutuhan Berdasar Persepsi	
	Keluarga	Perawat
1	Merasa bahwa ada harapan untuk pasien	Pernyataan rencana pindah pasien ketika keputusan dibuat
2	Mengetahui fakta yang spesifik tentang kondisi pasien	Penjelasan kondisi pasien yang mudah dipahami oleh keluarga
3	Keluarga mendapat kepastian perawatan terbaik pada pasien	Mengetahui kemungkinan <i>outcome</i> dari kondisi pasien
4	Menjenguk pasien secara teratur	Mendapat kepastian perawatan yang terbaik untuk diberikan kepada pasien
5	Menerima informasi tentang pasien setiap hari	Mengetahui fakta yang spesifik tentang kondisi pasien

Berdasarkan nilai rerata pada masing-masing subskala, jaminan dan penurunan kecemasan merupakan kebutuhan paling penting bagi keluarga pasien dan merupakan kebutuhan yang hampir semua terpenuhi, berdasarkan persepsi perawat dan keluarga (Tabel 6).

Tabel 6. Ranking dan Skor Rerata (±SD) Subskala CCFNI dan MNI dari Persepsi Perawat dan Keluarga ICU di Tiga Rumah sakit di Yogyakarta

Subskala	Perawat (n=31)		Keluarga (n=76)	
	CCFNI	MNI	CCFNI	MNI
	Mean ±SD	Mean ± SD	Mean ±SD	Mean ± SD
Jaminan dan penurunan kecemasan	3,488 ± 0,386	3,160 ± 0,371	3,602 ± 0,362	3,137 ± 0,556
Kedekatan dan akses	3,308 ± 0,363	3,151 ± 0,405	3,484 ± 0,739	2,998 ± 0,531
Informasi	3,207 ± 3,630	2,775 ± 0,399	3,364 ± 0,414	2,512 ± 0,630
Dukungan	3,165 ± 0,369	2,714 ± 0,397	3,334 ± 0,422	2,572 ± 0,565
Rasa nyaman	3,015 ± 0,535	2,145 ± 0,451	3,295 ± 0,511	2,215 ± 0,531

Hasil dari pertanyaan terbuka cukup mendukung data kuantitatif, bahwa sub skala jaminan perawatan dan penurunan kecemasan, merupakan prioritas kebutuhan dan pemenuhan kebutuhan keluarga pasien, berdasarkan persepsi perawat dan keluarga. Mayoritas keluarga menyatakan bahwa, keluarga membutuhkan penjelasan yang mudah dimengerti, mengetahui prognosis dan harapan hidup pasien, serta mendapat kepastian bahwa pasien dirawat dengan baik. Keluarga mengungkapkan bahwa dokter dan perawat telah memberikan perawatan terbaik, mereka mengobati, mengontrol tiap jam, dan memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien.

PEMBAHASAN

Pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien pada aspek jaminan dan penurunan kecemasan, baik dari persepsi perawat atau keluarga memiliki tingkat, skor, dan ranking yang sama. Skor yang tinggi, antara lain didukung oleh unit kebutuhan mendapat perawatan terbaik, mengetahui prognosis, dan penjelasan petugas yang mudah dipahami. Takmana & Severinsson¹⁵ menyatakan bahwa keluarga pasien menginginkan pasien menerima perawatan yang terbaik dan memiliki kebutuhan untuk merasa percaya dengan kemampuan staf ICU. American College of Critical Care Medicine (ACCM)¹⁶ merekomendasikan, agar klinisi ICU memberikan penjelasan dan informasi dengan jujur, tetap menjunjung tinggi budaya dan hak, serta melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan.

Pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien pada aspek kedekatan dan akses dari persepsi perawat dan keluarga memiliki tingkat kepentingan yang sama. Namun, keluarga menilai tingkat terpenuhinya aspek tersebut lebih rendah dibanding penilaian perawat. Dari aspek kedekatan dan akses, unit kebutuhan akan menjenguk pasien, jam kunjung yang cukup, menunggu saat pasien kritis, dan informasi kondisi pasien harian, menjadi kebutuhan terbanyak yang dikemukakan oleh perawat dan keluarga, dibandingkan kebutuhan lainnya. Keluarga umumnya ingin berada di samping pasien karena mereka menginginkan dekat dengan orang yang mereka cintai (fenomena *bedside*). Keluarga termotivasi berada di sisi pasien karena mereka ingin memastikan bahwa pasien mendapat perawatan terbaik dan menjaga akses berhubungan dengan orang lain.¹⁷ Faktanya, perawat ICU memiliki kecenderungan untuk membatasi keluarga termasuk dalam kunjungan, walau mereka mengetahui bahwa kunjungan keluarga merupakan hal penting untuk pasien dan keluarganya.¹⁸ AACM merekomendasikan agar ICU memberikan jam kunjung yang fleksibel dan terbuka.¹⁶ Jumlah jam kunjungan yang dianggap cukup baik adalah adanya keseimbangan antara kebutuhan pasien untuk dapat istirahat dan kebutuhan perawat untuk melakukan tindakan yang aman terhadap pasien.¹⁹

Pentingnya kebutuhan keluarga pada aspek dukungan, baik dari persepsi perawat maupun keluarga memiliki tingkat kepentingan dan pemenuhan kebutuhan yang sama, yaitu dalam kategori penting dan tingkat pemenuhan kebutuhan dalam kategori cukup. Keluarga menyatakan bahwa dukungan yang terpenting adalah dukungan spiritual dalam bentuk santunan rohani dan mendoakan, serta dukungan penjelasan prosedur administrasi dan biaya. Secara khusus, dukungan pada unit kegiatan ini tidak tertuang dalam kuesioner CCFNI. Dalam kuesioner CCFNI, aspek dukungan lebih menekankan pada membicarakan perasaan keluarga, teman dekat atau penjelasan tentang lingkungan. Namun, hal ini kurang diperlukan oleh keluarga karena mereka umumnya menunggu pasien tidak sendirian, tetapi bersama anggota keluarga lain. Terdapat tiga kebutuhan yang diidentifikasi oleh perawat sebagai kebutuhan utama bagi keluarga pasien, yaitu kebutuhan dukungan psikologis keluarga, kebutuhan kognitif, dan kebutuhan kenyamanan fisik dan psikologis.^{20,21} Hardicre²¹ dan AACM²⁰ merekomendasikan agar perawat memberi dukungan berupa dukungan emosional,

dukungan budaya, dan dukungan spiritual, termasuk pelaksanaan ibadah.

Pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga pada aspek informasi, baik dari persepsi perawat dan keluarga memiliki skor dan ranking yang sama, yaitu dalam kategori penting dan pemenuhan kebutuhan tersebut dalam kategori cukup. Umumnya keluarga ingin menerima informasi yang jelas dan konsisten dari > 1 sumber informasi²² dan bagi keluarga, informasi adalah sama pentingnya dengan kehadiran mereka.¹⁹ Keluarga secara konsisten menekankan kebutuhan tentang informasi bagaimana pasien diterapi, mengapa pasien diterapi, dan tingkat terpenuhinya. Depasse *et al.*²² dan Osse *et al.*²³ menyatakan bahwa salah satu kebutuhan keluarga adalah informasi mengenai kemungkinan pengobatan dan efek samping dan informasi akan alat-alat untuk membantu pasien.²³ Pemberian informasi tentang kondisi pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti dan dalam suasana yang penuh empati merupakan satu bagian integral dari perawatan ICU yang berkualitas tinggi.²² Tidak adekuatnya pemberian informasi pada anggota keluarga, dapat disebabkan oleh perbedaan budaya antara dokter dan keluarga, harapan akan perawatan kesehatan, gaya, ekspresi dan perilaku di antara keduanya atau adanya gap mengenai makna pembicaraan secara keseluruhan dan istilah-istilah medis dan teknis yang masih asing bagi keluarga.⁷

Pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien pada aspek rasa nyaman baik dari sumber data perawat dan keluarga, memiliki kategori dan ranking kepentingan yang sama. Skor rata-rata menunjukkan bahwa pentingnya kebutuhan berada pada kategori penting. Namun, terpenuhinya kebutuhan rasa nyaman oleh staf ICU, masih dalam kategori kurang. Rendahnya *ranking* untuk kebutuhan ini terkait dengan kurang terpenuhinya kebutuhan telepon (komunikasi di dalam ICU), ruang tunggu, tempat salat dan kamar mandi yang layak, kurang ramahnya petugas, serta lambatnya petugas merespons tanggapan keluarga. AACM²⁰ merekomendasikan untuk memberi dukungan kenyamanan pada keluarga di ICU di antaranya dengan tersedia ruang tunggu keluarga yang dekat dengan ruang rawat pasien, keramahan buat keluarga dan teman pasien, serta dukungan kenyamanan fisik.²⁰

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan prioritas unit kebutuhan keluarga yang dipersepsikan oleh perawat dan anggota keluarga. Perbedaan ini menggambarkan perbedaan pandangan dan prioritas dari keluarga pasien dan petugas ICU.²⁴ Studi Kosco & Warren²⁴ yang menyatakan hanya 4 dari 10 kebutuhan keluarga yang teridentifikasi sama dipersepsikan oleh keduanya. Sementara, Maxwell *et al.*¹³ menemukan adanya 5 kebutuhan yang dianggap paling penting, namun hanya 1 yang dipersepsikan sama.

Jika dikategorikan dalam subskala kepentingan, maka secara menyeluruh pentingnya dan terpenuhinya kebutuhan keluarga yang dipersepsikan perawat dan keluarga dalam ranking dan bobot yang sama. Ranking yang berbeda antara perawat dan keluarga terdapat pada subskala informasi. Keluarga memiliki persepsi pentingnya kebutuhan lebih tinggi dari perawat. Namun, sebaliknya untuk pemenuhan keluarga, perawat memiliki persepsi lebih terpenuhi dibanding persepsi keluarga. Studi lain menemukan hasil yang berlawanan, penelitian ini menunjukkan

bahwa perawat memberi skor kepentingan terhadap beberapa unit kebutuhan keluarga lebih tinggi dibanding yang dipersepsikan keluarga.²⁵ Adanya perbedaan pentingnya kebutuhan keluarga dari persepsi perawat dan keluarga dikarenakan perawat mengasumsikan bahwa kebutuhan keluarga adalah sebagai dasar untuk memberikan perawatan berdasar nilai-nilai perawat. Perbedaan persepsi ini menjadi saran, agar sebaiknya perawat bertanya langsung kepada keluarga dan bukan mengasumsikan sendiri kebutuhan mereka.²⁶

KESIMPULAN DAN SARAN

Keluarga dan perawat memiliki persepsi subskala kebutuhan dan terpenuhinya kebutuhan dalam skor dan ranking yang sama, dengan subskala jaminan dan penurunan kecemasan memiliki prioritas tertinggi. Sementara kebutuhan yang belum terpenuhi secara optimal, yaitu dukungan informasi dan rasa nyaman. Dari 5 unit yang diprioritaskan, unit mendapat kepastian perawatan yang terbaik untuk diberikan kepada pasien dan unit mengetahui fakta yang spesifik tentang kondisi pasien, merupakan unit yang dipersepsikan menjadi prioritas, bagi perawat dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

1. Center of Advanced Palliative Care. Intensive Care Unit [Internet]. Available from: <http://www.ccapc.org/about-capc/copyright/>
2. Curtis JR. Caring for Patients with Critical Illness and Their Families: The Value of The Integrated Clinical Team - PubMed. *Respir Care* [Internet]. 2008; 53(4): 480–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18364061/>
3. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for End-of-Life Care in The Intensive Care Unit: a Consensus Statement by The American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* [Internet]. 2008; 36(3): 953–63. DOI: 10.1097/CCM.0B013E3181659096. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18431285/>
4. Söderström IMK, Saveman BI, Hagberg MS, Benzein EG. Family Adaptation in Relation to A Family Member's Stay in ICU. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2009 Oct; 25(5): 250–7. DOI: 10.1016/J.ICCN.2009.06.006. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19628390/>
5. Linnarsson JR, Bubini J, Perseus KI. A Meta-Synthesis of Qualitative Research into Needs and Experiences of Significant Others to Critically Ill or Injured Patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010; 19(21–22): 3102–11. DOI: 10.1111/J.1365-2702.2010.03244.X. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20738453/>
6. Harvey MA. Evidence-Based Approach to Family Care in The Intensive Care Unit: Why Can't We Just be Decent? *Crit Care Med* [Internet]. 2004 Sep; 32(9): 1975–6. DOI: 10.1097/01.CCM.0000139616.58132.89. Available from: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2004/09000/Evidence_based_approach_to_family_care_in_the.31.aspx.
7. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting The Needs of Intensive Care Unit Patient Families: A Multicenter Study. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2001; 163(1): 135–9. DOI: 10.1164/AJRCCM.163.1.2005117. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11208638/>
8. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The Needs and Experiences of Family Members of Adult Patients in An Intensive Care Unit: A Review Of The Literature. *J Clin Nurs* [Internet]. 2005 Apr; 14(4): 501–9. DOI: 10.1111/J.1365-2702.2004.01081.X. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15807758/>
9. Roberti SM, Fitzpatrick JJ. Assessing Family Satisfaction with Care of Critically Ill Patients: A Pilot Study. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2010; 30(6): 18–26. DOI: 10.4037/CCN2010448. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21123230/>
10. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, Satisfaction with Needs Met, Interpersonal Perceptions of The Healthcare Team, and Emotional Distress in Patients' Family Members During Critical Care Hospitalization. *Am J Crit Care* [Internet]. 2005; 14(3): 202–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15840894/>
11. Bouch CD, Thompson JP. Severity Scoring Systems in The Critically Ill. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain* [Internet]. 2008 Oct 1; 8(5): 181–5. DOI: 10.1093/BJACEACP/MKN033. Available from: <https://academic.oup.com/bjaed/article/8/5/181/268370>
12. Iribarren-Diarasari S, Aizpuru-Barandiaran F, Muñoz-Martínez T, Loma-Orsorio Á, Hernández-López M, Ruiz-

- Zorrilla JM, et al. Health-Related Quality of Life as A Prognostic Factor of Survival in Critically Ill Patients. *Intensive Care Med* [Internet]. 2009 May; 35(5): 833–9. DOI: 10.1007/S00134-009-1418-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19183948/>
13. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of Family Members of Critically Ill Patients: A Comparison of Nurse and Family Perceptions. *Heart Lung* [Internet]. 2007 Sep; 36(5): 367–76. DOI: 10.1016/J.HRTLNG.2007.02.005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845883/>
 14. Leske JS. Needs of Adult Family Members After Critical Illness: Prescriptions for Interventions. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1992 Dec 1; 4(4): 587–96. DOI: 10.1016/S0899-5885(18)30606-3.
 15. Takman C, Severinsson E. A Description of Healthcare Providers' Perceptions of The Needs of Significant Others in Intensive Care Units in Norway and Sweden. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. 2006 Aug; 22(4): 228–38. DOI: 10.1016/J.ICCN.2005.10.003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16388948/>
 16. American College of Critical Care Medicine. Clinical Practice Guidelines for Support of The Family in The Patient-Centered Intensive Care Unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* [Internet]. 2007 Feb; 35(2): 605–22. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17205007/>
 17. Lam P, Beaulieu M. Experiences of Families in The Neurological ICU: A “Bedside Phenomenon” - PubMed. *J Neurosci Nurs* [Internet]. 2004; 36(3): 142–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15233414/>
 18. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' Roles with Families: Perceptions of ICU Nurses. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2007 Feb; 23(1): 43–50. DOI: 10.1016/J.ICCN.2006.07.003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16971125/>
 19. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The Meaning of Family Members' Presence during Intensive Care Stay: A Qualitative Study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2009 Aug; 25(4): 190–8. DOI: 10.1016/J.ICCN.2009.04.004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19497746/>
 20. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical Practice Guidelines for Support of The Family in The Patient-Centered Intensive Care Unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* [Internet]. 2007 Feb; 35(2): 605–22. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17205007/>
 21. Hardicre J. Meeting The Needs of Families of Patients in Intensive Care Units - PubMed. *Nurs Times* [Internet]. 2003; 99(27): 26–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12882048/>
 22. Ros I, Depasse B, Schroeder M, Dumont J, Vincent JL. Information Needs of The ICU Patient: A Belgian Experience. <http://dx.doi.org/10.3109/tcic.1111317> [Internet]. 2011;11(1):13–7. DOI: 10.3109/TCIC.11.1.13.17. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/tcic.11.1.13.17>
 23. Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schadé E, Grol RPTM. Problems Experienced by The Informal Caregivers of Cancer Patients and Their Needs for Support. *Cancer Nurs* [Internet]. 2006 Sep;29(5):378–88. DOI: 10.1097/00002820-200609000-00005. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17006111/>
 24. Kosco M, Warren NA. Critical Care Nurses' Perceptions of Family Needs as Met. *Crit Care Nurs Q* [Internet]. 2000;23(2):60–72. DOI: 10.1097/00002727-200008000-00008. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11853028/>
 25. Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Appl Nurs Res*. 1992 Feb 1; 5(1): 2–8. DOI: 10.1016/S0897-1897(05)80076-X.
 26. Davidson JE. Family-Centered Care: Meeting The Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2009 Jun; 29(3): 28–34. DOI: 10.4037/CCN2009611. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19487778/>

Gambaran Perilaku Anak Berkebutuhan Khusus dan Penanganannya oleh Guru di Sekolah Dasar Inklusi Kabupaten Sleman

Behavior of Children with Special Needs and Teacher Experiences in Handling it at Inclusive Elementary School of Sleman Regency

Galih Adi Pratama¹, Ibrahim Rahmat², Sri Warsini^{2*}

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Sleman District Government through the Child Friendly City (Kota Layak Anak/KLA) has a child-friendly school program in the form of inclusive school. The implementation of inclusive education in Indonesia has not met the current standard. There has been no further study regarding the behavior of children with special needs in inclusive schools and how teacher handle their behaviors in Sleman. Therefore, research on the experience of classroom teachers in finding and handling behavior of children with special needs in inclusive primary school of Sleman Regency is important.

Objective: To describe the experience of classroom teachers in finding and handling behavior of children with special needs in inclusive primary school Sleman Regency.

Method: This research was qualitative with phenomenology approach. The subjects were six class teachers, six parents/guardians, and two education-office civil servants whom were selected by purposive sampling method. Data obtained from the results of in-depth interviews were processed using content analysis.

Result: Children with special needs had several behavioral problems, i.e: internalizing problems in the form of anxiety, somatic disorder, and withdrawal; externalizing issues (behavior) in the form of aggressive behavior, and destructive behavior; other behavioral problems such as attention disorder, thought problem, and social problem. The handling of children with special needs at school was based on the strategy of the school and its classroom teacher.

Conclusion: There are five themes in this research that are internalizing (emotion) children with special needs, externalizing (behavioral) problem of children with special needs, other behavior problem, classroom teacher strategy in handling children with special needs behavior, and school strategy in handling children with special needs behavior.

Keywords: behavior, children with special needs, handling, inclusive school

ABSTRAK

Latar belakang: Pemerintah Kabupaten Sleman melalui program Kota Layak Anak (KLA) mempunyai program sekolah ramah anak yang diimplementasikan dalam sekolah inklusi. Pelaksanaan pendidikan inklusi di Indonesia masih belum memenuhi standar yang ada. Belum ada kajian lebih lanjut mengenai sekolah inklusi di Kabupaten Sleman khususnya mengenai perilaku Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) di sekolah inklusi dan bagaimana penanganan perilaku yang telah dilakukan guru di sekolah. Oleh karena itu, penelitian tentang pengalaman guru kelas dalam menemukan perilaku pada anak berkebutuhan khusus dan penanganannya di sekolah dasar inklusi Kabupaten Sleman, penting untuk dilakukan.

Tujuan: Mengetahui pengalaman guru kelas dalam menemukan perilaku pada anak berkebutuhan khusus dan penanganannya di sekolah dasar inklusi Kabupaten Sleman.

Metode: Jenis penelitian ini adalah kualitatif, menggunakan pendekatan fenomenologi. Subjek penelitian adalah 6 guru kelas, 6 orang tua/wali, dan 2 pegawai dinas yang dipilih dengan *purposive sampling*. Data diperoleh dari hasil wawancara mendalam. Data dianalisis menggunakan analisis konten.

Corresponding Author: **Sri Warsini**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: sri.warsini@ugm.ac.id

Hasil: ABK mempunyai beberapa masalah perilaku, yaitu masalah *internalizing* (emosi) yang meliputi kecemasan, gangguan somatis, dan menarik diri; masalah *externalizing* (perilaku) yang meliputi perilaku agresif dan perilaku merusak; serta masalah perilaku lainnya, seperti gangguan perhatian, masalah pemikiran, dan masalah sosial. Penanganan ABK di sekolah dilakukan berdasarkan strategi dari sekolah dan yang dilakukan oleh guru kelas.

Kesimpulan: Terdapat lima tema dalam penelitian ini, yaitu masalah *internalizing* (emosi) ABK, masalah *externalizing* (perilaku) ABK, masalah perilaku lainnya, strategi guru kelas dalam penanganan perilaku ABK, dan strategi sekolah dalam penanganan perilaku ABK.

Kata kunci: anak berkebutuhan khusus, penanganan, perilaku, sekolah inklusi

PENDAHULUAN

Disabilitas merupakan suatu keterbatasan atau kehilangan kemampuan untuk melakukan suatu kegiatan dengan cara atau dalam batas yang dipandang normal bagi manusia, sebagai akibat kehilangan atau abnormalitas dari struktur atau fungsi psikologis, fisiologis, atau anatomis.¹ Perilaku anak dipengaruhi oleh kondisi disabilitas, keterbatasan tersebut akan menghambat perkembangan perilakunya.² Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, anak-anak dengan *autisme spectrum disorder* (ASD) memiliki skor lebih tinggi di semua unit skala (total ada 8 skala) *Children Behavior Checklist* (CBCL) (*withdrawn, somatic complaints, anxious, social problems, thought problems, attention problems, rule-breaking behaviors, aggressive behaviors*) dibandingkan anak-anak *typical development* di Indonesia.³

Anak mempunyai hak-hak dasar yang harus dipenuhi, agar dapat tumbuh dan berkembang dalam lingkungan yang layak.⁴ Pemenuhan hak-hak anak merupakan tanggung jawab dari berbagai pihak, yaitu keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Pemerintah Indonesia telah mewujudkan program Kota Layak Anak (KLA) sebagai upaya untuk memenuhi hak-hak anak dan sebagai implementasi dari Konvensi Hak Anak.⁵ Program dan kegiatan dalam KLA disusun berdasarkan indikator-indikator yang sudah dicantumkan dalam peraturan, seperti klaster pendidikan, pemanfaatan waktu luang, kegiatan budaya, dan klaster perlindungan khusus. Dalam indikator pendidikan, setiap anak harus mendapatkan akses pendidikan dan pelatihan yang berkualitas, tanpa diskriminasi dari pemerintah. Misalnya dengan mendukung terselenggaranya sekolah inklusi, maka anak dengan disabilitas dapat berbaur dengan anak normal di dalam suatu sistem pengajaran.⁶

Program pendidikan inklusi di Kabupaten Sleman sudah berjalan. Namun, belum ada kajian lebih lanjut khususnya mengenai gambaran perilaku anak berkebutuhan khusus (ABK) di sekolah inklusi dan bagaimana penanganan perilaku yang telah dilakukan di sekolah. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran perilaku pada anak berkebutuhan khusus dan penanganannya di sekolah dasar inklusi di Kabupaten Sleman.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif eksploratif, dilakukan di tiga SD inklusi yang terdapat di Kabupaten Sleman, yaitu SDN Gejayan, SDN Mustokorejo, dan SDN Plaosan 1. Penelitian dilakukan pada bulan Juni-September 2017.

Subjek penelitian adalah guru kelas SD inklusi, orang tua/wali siswa ABK, dan pegawai dinas terkait. Jumlah partisipan sebanyak 14 orang, yang terdiri dari 6 guru, 6 wali siswa, dan 2 orang staf dinas terkait. Teknik pemilihan sampel dengan *purposive sampling*, merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan karakteristik partisipan dan tujuan penelitian.⁷

Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara. Pedoman wawancara penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti, berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan. Kemudian, untuk mengamati perilaku, pedoman wawancara dibuat berdasarkan 8 domain perilaku dari *Child Behavior Checklist*.⁸ Pengambilan data dilakukan 1 kali wawancara pada setiap partisipan. Teknik pengambilan data dengan cara bertemu dahulu, kemudian membuat janji pelaksanaan wawancara.

Wawancara menggunakan alat perekam suara berupa *smartphone*. *Soft files* hasil rekaman tersebut dipindahkan ke dalam komputer, kemudian didengarkan kembali untuk mempermudah dalam membuat transkrip. Peneliti juga menggunakan catatan lapangan untuk mencatat respon nonverbal partisipan dan hal-hal penting lainnya saat wawancara.

Uji keabsahan data yang digunakan meliputi uji kredibilitas, uji *transferability*, dan uji *confirmability*. Uji kredibilitas yang dilakukan antara lain teknik triangulasi sumber, yaitu mengonfirmasi data hasil wawancara kepada orang tua/wali siswa terkait dan kepada pegawai dinas atau badan penyelenggara terkait program sekolah inklusi, serta teknik triangulasi dengan melakukan observasi kepada salah satu siswa saat dilakukan pengambilan data. Peneliti juga menggunakan bahan referensi dengan cara mengumpulkan bukti dalam bentuk rekaman suara dan gambar selama proses pengambilan data. Uji *transferability* yang dilakukan peneliti adalah menampilkan beberapa kutipan asli dari perkataan partisipan ke dalam laporan. Uji *confirmability* yang dilakukan peneliti adalah menyimpan seluruh dokumen yang terkait dengan penelitian yang dilakukan dan bersedia untuk dicek kesesuaian antara hasil penelitian dengan proses penelitian.⁹

Analisis data yang digunakan, yaitu data *reduction*, data *display*, dan *conclusion drawing/verification*. Data *reduction* yang dilakukan peneliti adalah merangkum data yang diperoleh di lapangan, kemudian memilih hal-hal pokok untuk memfokuskan pada hal-hal yang penting dengan mencari tema dan polanya. Data *display* adalah menyajikan data dalam bentuk uraian singkat sehingga memudahkan untuk memahami apa yang terjadi. Kemudian merencanakan kerja selanjutnya, berdasarkan apa yang telah dipahami. *Conclusion drawing/verification* dalam analisis data ini adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada.¹⁰

HASIL

Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari 6 orang guru kelas di SD, yaitu guru SDN Gejayan, SDN Mustokorejo, dan SDN Plaosan 1. Sementara untuk triangulasi data, dari 6 orang tua atau wali siswa, 1 orang Dinas Pendidikan Kabupaten Sleman, dan 1 orang dari

Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DP3APPKB). Partisipan guru kelas sendiri merupakan guru kelas yang mengajar anak berkebutuhan khusus pada kelas 2 dan 3. Karakteristik partisipan penelitian ini ditampilkan pada Tabel 1-3.

Tabel 1. Karakteristik partisipan guru kelas di SDN Gejayan, SDN Mustokorejo dan SD N Plaosan 1 (Juni-September 2017)

Kode	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Status Pernikahan	Pekerjaan
P1	Laki-laki	27	S1	Menikah	Guru kelas
P2	Perempuan	47	S1	Menikah	Guru kelas
P3	Laki-laki	30	S1	Menikah	Guru kelas
P4	Perempuan	37	S1	Menikah	Guru kelas
P5	Perempuan	54	S1	Menikah	Guru kelas
P6	Perempuan	36	S1	Menikah	Guru kelas

Tabel 2. Karakteristik informan orang tua atau wali siswa dan pegawai dinas sebagai triangulasi sumber data (Juni-September 2017)

Kode	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Status Pernikahan	Pekerjaan	Orang tua/wali dari siswa P(x)
O1	Laki-laki	58	MA	Menikah	Wiraswasta	Orang tua/wali dari siswa di kelas P1
O2	Laki-laki	48	S1	Menikah	Wiraswasta	Orang tua/wali dari siswa di kelas P2
O3	Perempuan	41	SMA	Menikah	Ibu rumah tangga	Orang tua/wali dari siswa di kelas P3
O4	Perempuan	34	SMK	Menikah	Ibu rumah tangga	Orang tua/wali dari siswa di kelas P4
O5	Perempuan	40	S1	Menikah	Dokter gigi	Orang tua/wali dari siswa di kelas P5
O6	Laki-laki	36	S1	Menikah	Wiraswasta	Orang tua/wali dari siswa di kelas P6

Tabel 3. Karakteristik informan orang tua atau wali siswa dan pegawai dinas sebagai triangulasi sumber data (September 2017)

Kode	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Status Pernikahan	Pekerjaan
D1	Laki-laki	50	S2	Menikah	Pegawai Dinas
D2	Perempuan	54	S1	Menikah	Pegawai Dinas

Penelitian ini mendapatkan lima tema, antara lain masalah *internalizing* (emosi) anak berkebutuhan khusus, masalah *externalizing* (perilaku) anak berkebutuhan khusus, masalah perilaku lain anak berkebutuhan khusus, strategi sekolah dalam penanganan perilaku anak berkebutuhan khusus, dan upaya guru kelas dalam penanganan perilaku anak berkebutuhan khusus. Untuk tema masalah anak berkebutuhan khusus ditampilkan pada Tabel 4-6. Sementara, tema untuk penanganan perilaku anak, ditampilkan pada Tabel 7.

Berdasarkan wawancara kepada partisipan, didapatkan hasil bahwa terdapat masalah *internalizing* ABK sebagai objek penelitian. Masalah-masalah tersebut diuraikan dalam penjelasan berikut ini:

1. Gangguan somatis

Berdasarkan hasil wawancara kepada partisipan, ditemukan bahwa ABK menunjukkan gangguan somatis. ABK hanya mengeluhkan sakit kepala dan sakit perut. Hal tersebut

seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Dia kalau sakit cuma diam, Mas. Diam terus lari ke kantor. Diam terus mengamuk, tapi cuma diam. Terus, kan mesti saya pegang, ternyata panas. Dia sakit kan gak mau ngomong, Bu pusing kepalaku, tapi cuma diam. Diam saja terus keringatnya keluar, tak pegang panas, mau pulang? Iya, sudah dipulangkan.” (P6/06092017)

Tabel 4. Masalah *internalizing* anak berkebutuhan khusus

Coding	Sub-Kategori	Kategori	Tema
Mengeluh pusing	Perilaku menarik diri yang ditunjukkan pada anak berkebutuhan khusus	Gangguan somatis	Masalah <i>internalizing</i> (emosional)
Sering sakit perut			
Tidak mampu berinteraksi			
Dia merasa sendiri dijauhi temannya			
Semaunya sendiri			
Lebih pendiam			
Belum bisa mandiri			
Pernah juga kadang duduk menyendiri			
Asyik dengan dunianya sendiri			
Di rumah dibiasakan tidak pernah main ke tetangga			
Lari ke kantor guru kalau ada masalah	Penyebab perilaku menarik diri pada anak berkebutuhan khusus		
Anak merasa dirinya kurang			
Belum bisa berbaur			
Tidak ada yang mengajak bermain	Kecemasan yang ditunjukkan pada anak berkebutuhan khusus	Kecemasan	
Dijauhi teman			
Merasa tertekan			
Dia merasa sendiri			
Merasa dirinya kurang			
Diam			
Keringat dingin keluar			
Seperti menanggung kenapa dia diganggu			
Ingin anak yang tidak disukai agar pindah sekolah saja			
Badannya panas			
Dituntut untuk mencari uang	Penyebab kecemasan pada anak berkebutuhan khusus		
Tidak didampingi saat pelajaran			
Latar belakang permasalahan keluarga			
Dinakali teman-temannya			
Tidak bisa mengerjakan			
Takut kalau dikembalikan ke sekolah lama			
Belum boleh pulang karena belum selesai mengerjakan			
Sakit			

2. Menarik diri

Anak yang menunjukkan perilaku menarik diri, antara lain tidak mampu berinteraksi, dia merasa sendiri, dijauhi teman, lebih pendiam, belum bisa mandiri, pernah juga kadang duduk menyendiri. Asyik dengan dunianya sendiri. Di rumah biasanya tidak pernah main ke tetangga dan sering lari ke kantor guru, kalau ada masalah. Hal tersebut seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Ya karena dia itu belum apa sama temannya. Ya, dengan sendiri teman yang lain, terus itu main sendiri-sendiri seperti itu.” (P5/06092017)

3. Perasaan cemas

Perilaku anak yang menunjukkan kecemasan antara lain merasa tertekan, dia merasa sendiri, merasa dirinya kurang, diam, seperti menanggung kenapa dia diganggu, ingin anak yang tidak disukai agar pindah sekolah saja, keluar keringat dingin, dan badannya panas. Hal tersebut seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Terus itu, cemas dia kalo mengerjakan enggak bisa. Dia cemas banget. Itu nanti keluar keringat dingin, terus diam saja begitu, itu sering, hehe.” (P2/31082017)

Tabel 5. Masalah *externalizing* anak berkebutuhan khusus

Coding	Sub-Kategori	Kategori	Tema			
Marah pada semua orang	Perilaku agresif yang ditunjukkan anak berkebutuhan khusus	Perilaku agresif	Masalah <i>internalizing</i> (emosional)			
Menendang bahkan melukai teman						
Usil mengganggu temannya						
Berkelahi atau kontak fisik						
Mengomel sendiri						
Mengejek temannya						
Menangis menjerit sambil menyakiti diri						
Berani dengan gurunya						
Tidak bisa dikontrol dan melawan						
Emosinya meledak-ledak						
Terpancing sesuatu	Penyebab perilaku agresif anak berkebutuhan khusus					
Panik karena bising atau ramai						
Sering diejek						
Diganggu oleh temannya						
Tersinggung oleh teman						
Kalah berdebat dengan temannya	Perilaku merusak yang ditunjukkan anak berkebutuhan khusus	Perilaku merusak				
Melempar tas, tempat minum, kursi, bak sampah						
Membanting tempat pensil, kursi, bak sampah						
Menendang orang lain, meja, kursi, bak sampah						
Menyobek buku, LKS teman						
Menghancurkan tempat minum, tempat pensil						
Memutuskan kabel lampu						
Menumpahkan air minum teman						
Tidak jelas penyebabnya				Penyebab perilaku merusak anak berkebutuhan khusus		
Tersinggung omongan teman						
Diganggu teman						

Berdasarkan wawancara kepada partisipan, didapatkan hasil bahwa terdapat masalah *externalizing* ABK sebagai objek penelitian. Masalah-masalah tersebut diuraikan dalam penjelasan berikut ini.

1. Perilaku agresif

Dari hasil wawancara kepada partisipan, ditemukan bahwa sebagian besar ABK menunjukkan perilaku agresif. Berdasarkan wawancara tersebut, beberapa perilaku anak yang menunjukkan perilaku agresif, antara lain: ketika marah bisa menendang bahkan melukai teman; usil mengganggu teman; berkelahi atau kontak fisik dengan teman; mengomel sendiri; mengejek teman; menangis; menjerit sambil menyakiti diri; berani pada

guru; dan tidak bisa dikontrol; serta melawan saat dinasihati. Hal tersebut seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Eee ... contoh. Contoh nggeh, dia itu ee ... anak yang mungkin ee ... apa ya, lebih daripada anak-anak yang lain. Contoh secara sepele saja, kalau dia diberi nasihat atau apa, dia itu tidak bisa menerima. Apa istilahnya, tidak seperti anak normal, jadi langsung seketika emosinya itu meledak-ledak.” (P1/31082017)

Tabel 6. Masalah perilaku lain pada anak berkebutuhan khusus

Coding	Sub-kategori	Kategori	Tema			
Saat pelajaran main sendiri	Gangguan perhatian yang ditunjukkan pada anak berkebutuhan khusus	Gangguan perhatian	Masalah perilaku lain anak berkebutuhan khusus			
Belum bisa mandiri						
Semaunya sendiri						
Tidak bisa fokus						
Ngomong sendiri tidak jelas						
Anaknya tidak bisa duduk diam						
Pekerjaan sering tidak diselesaikan atau dikerjakan						
Anaknya keluar terus						
Kalau <i>bad-mood</i> tidak mau ikut pelajaran						
Tidak ada yang mendampingi				Penyebab gangguan perhatian pada anak berkebutuhan khusus		
Belum bisa mandiri						
Kondisi <i>mood</i> anak						
Tidak suka pelajaran tertentu						
Tidak ada pemacu supaya bisa fokus	Masalah sosial yang ditunjukkan pada anak berkebutuhan khusus	Masalah sosial				
Belum bisa membaur dengan temannya						
Dijauhi teman						
Dikata-katai temannya						
Sulit mendapat teman						
Berbuat perilaku merusak				Penyebab masalah sosial pada anak berkebutuhan khusus		
Berbuat ulah pada temannya						
Berkelahi						
Asyik dengan dunia sendiri						
Tidak ada yang mengajak bermain				Masalah pemikiran yang ditunjukkan anak berkebutuhan khusus	Masalah pemikiran	
Nilainya jelek						
Anak tidak mampu mengerjakan						
Kecerdasannya di bawah rata-rata						
Harus dijelaskan berulang-ulang						
Tidak lancar membaca						
Harus didampingi agar aktivitasnya berjalan						
Pelajaran bisa tetapi pelan sekali						
Sering lupa tidak mengerjakan tugas						
Mengerjakan tugas sering terakhir terus						
Datang ke sekolah terlambat	Penyebab masalah pemikiran pada anak berkebutuhan khusus					
IQ kurang						
Mengerjakan semampu dia						
Aktivitas hanya yang terpola padanya						
Metodenya belajar tidak sesuai						
Tidak selalu ada pendamping inklusi	Penyebab masalah pemikiran pada anak berkebutuhan khusus					
Tidak disediakan pembimbing pribadi dari orang tua untuk mendampingi						
Kondisi <i>mood</i> anak tidak baik						
Tingkat IQ anak						

2. Perilaku Merusak

Anak yang menunjukkan perilaku merusak, antara lain: melempar tas, tempat

minum, kursi, dan bak sampah; membanting tempat pensil, kursi, dan bak sampah; menendang orang lain dan meja; menyobek buku, lembar kerja sekolah (LKS) milik teman; menghancurkan tempat minum dan tempat pensil; memutus kabel lampu dan menumpahkan air minum teman. Hal tersebut seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Wah, kalau marah semua kena, Mas. Bak sampah yang tiga itu ditendang to, Mas. Terus enggak peduli apa yang di depannya. LKS punya teman disobek, tempat minum dihancurkan, piye Mas seperti itu, hahaha...” (P6/06092017)

Tabel 7. Strategi penanganan perilaku ABK

Coding	Kategori	Tema
Mendampingi dalam pelajaran	Strategi guru dalam proses belajar mengajar	Strategi guru kelas dalam penanganan perilaku ABK
Metode pembelajaran berbeda		
Disuruh mengerjakan sebisanya		
Menggunakan alat peraga	Sikap guru terhadap perilaku ABK	
Perhatiannya pada ABK agak lebih		
Tidak ada diskriminasi		
Tidak memberi perlakuan keras atau menekan		
Guru punya toleransi untuk ABK		
Didiamkan asal tidak merugikan teman		
Menyesuaikan mood anak		
Dipisahkan atau disendirikan dulu		
Pendekatan pelan-pelan memberi nasihat		
Sharing guru dan GPK		
Mengikuti pelatihan		
Ada GPK	Pengadaan guru khusus	Strategi dari sekolah dalam penanganan perilaku ABK
Asesmen untuk ABK	Penyusunan metode pembelajaran yang sesuai dengan ABK	
Dibuatkan RPP untuk ABK		
Pertemuan rutin guru dengan orang tua	Pelibatan orang tua dan dinas terkait (eksternal)	
Pertemuan dengan dinas pendidikan		
Pertemuan dengan dinas P3APPKB	Pertemuan dengan stakeholder	
Anak dipindah ke SLB	Mutasi anak keluar sekolah	

Berdasarkan wawancara kepada partisipan, diperoleh hasil bahwa terdapat masalah perilaku lain dari ABK. Masalah-masalah tersebut diuraikan dalam penjelasan berikut ini.

1. Gangguan Perhatian

Berdasarkan hasil wawancara kepada partisipan, ditemukan bahwa sebagian besar ABK mengalami gangguan perhatian. Berdasarkan wawancara tersebut gangguan perhatian anak tersebut, antara lain: saat pelajaran bermain sendiri; harus didampingi supaya diam dan fokus; semaunya sendiri; tidak bisa fokus; bicara sendiri tidak jelas; anak tidak bisa duduk diam; pekerjaan sering tidak diselesaikan atau tidak dikerjakan; dan kalau suasana hati tidak enak, anak tidak mau ikut pelajaran. Hal tersebut seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Terus yang kedua, ada guru yang masuk kelas mengajar. Anaknya itu tidak bisa diam duduk seperti ini. Enggak bisa, Mas. Mereka jalan putar-putar. Sampai suatu ketika, dulu ada Bu Guru agama mengajar. Ketika Bu Guru agama itu menulis, anaknya itu sudah enggak ada di kelas. Ketika dicari pun ternyata dia itu main di sungai, Mas.” (P1/31082017).

Berdasarkan hasil wawancara kepada partisipan, ditemukan bahwa terdapat beberapa hal yang menjadi strategi sekolah dalam menangani ABK. Beberapa strategi dalam menangani perilaku ABK tersebut, antara lain: pengadaan GPK, asesmen untuk ABK, dibuatkan RPP untuk ABK, pertemuan rutin guru dengan orang tua, sosialisasi dari dinas terkait, dan dipindah ke SLB jika sekolah sudah tidak mampu menangani. Hal tersebut seperti yang diuraikan dalam kutipan wawancara berikut.

“Namun, kalau itu karena biasanya yang berkaitan dengan pembelajaran akademik. Kalau memang dia sangat terlambat begitu, memang dibuatkan RPP yang gabung, istilahnya untuk anak ABK itu bagaimana.” (P4/02092017)

PEMBAHASAN

Berdasarkan proses penelitian yang telah dilakukan peneliti, ditemukan lima tema yang dibahas. Kelima tema yang akan dibahas di pembahasan ini, meliputi masalah (emosi) anak berkebutuhan khusus, masalah *externalizing* (perilaku) anak berkebutuhan khusus, strategi guru kelas dalam penanganan perilaku anak berkebutuhan khusus, dan strategi sekolah dalam penanganan perilaku anak berkebutuhan khusus di sekolah dasar inklusi Kabupaten Sleman.

Berdasarkan studi pendahuluan, sebagian besar anak menunjukkan perilaku yang merujuk pada gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) atau *attention deficit and hyperactivity disorder* (ADHD). Gangguan tersebut, yaitu anak yang mengalami gangguan perkembangan ditandai dengan sekumpulan masalah berupa gangguan pengendalian diri, masalah rentang atensi atau perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas, yang menyebabkan kesulitan berperilaku, berpikir, dan mengendalikan emosi.¹¹

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian, bahwa terdapat 4 ABK yang sesuai dengan kriteria di atas. ABK tersebut menunjukkan perilaku untuk kriteria kurang perhatian, seperti kurang fokus pada pekerjaannya, tidak menyelesaikan pekerjaan atau tugas yang diberikan, mudah teralihkan dengan hal lain, tidak bisa menyelesaikan pekerjaan tepat waktu, tidak menyukai atau menghindari pekerjaan rumah.

Sementara itu, untuk kriteria hiperaktif dan impulsif, ABK menunjukkan perilaku tidak bisa diam, sering meninggalkan tempat duduknya, sering lari atau pergi ketika merasa cemas atau gelisah, tidak nyaman melakukan suatu pekerjaan tertentu yang lama, bicaranya nyerocos atau berlebihan, ketika bicara sering menyela giliran orang lain berbicara, dan sering mengganggu orang lain. Oleh karena itu, perilaku yang ditunjukkan anak berkebutuhan khusus di sekolah banyak yang muncul sesuai dengan domain perilaku dari CBCL/6-18.

Anak berkebutuhan khusus dalam segala keterbatasannya tentu juga memiliki masalah berupa gangguan perilaku. Panduan wawancara dalam penelitian ini disusun dengan mengacu pada *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18) yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya di Indonesia, berdasarkan penelitian Hartini et al.³ pada tahun 2015.

Anak berkebutuhan khusus yang menjadi objek penelitian ini semuanya memiliki kriteria

yang termasuk dalam masalah perilaku dan emosi dari 8 domain perilaku CBCL/6-18. Masalah perilaku ini dibagi menjadi tiga masalah utama, yaitu masalah *internalizing* (emosi) meliputi kecemasan, menarik diri, dan gangguan somatis. Masalah *externalizing* (perilaku) meliputi perilaku agresif dan perilaku merusak, masalah perilaku lain meliputi masalah sosial, gangguan perhatian, dan masalah pemikiran. Kemudian, strategi guru kelas dalam penanganan anak berkebutuhan khusus dan strategi sekolah dalam penanganan anak berkebutuhan khusus.¹²

Strategi guru kelas dalam penanganan ABK adalah pendampingan saat proses belajar mengajar, sikap khusus guru terhadap ABK dan dengan upaya guru mencari solusi penanganan. Kategori guru baik, yaitu memiliki pengetahuan, keyakinan, pandangan, perasa, toleransi, kemauan, kesiapan mendidik dan memberikan teladan terhadap ABK, serta bersikap baik dalam mendidik ABK.¹³

Melihat uraian di atas, peran guru kelas di sekolah dasar inklusi dari hasil penelitian masih terdapat kekurangan dalam menangani ABK. Faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah karena ABK tersebut sudah memiliki pendamping pribadi masing-masing, sehingga guru kelas cenderung hanya menyerahkan ABK tersebut kepada pendamping pribadi tersebut. Selain itu, minimnya pengetahuan guru kelas juga berpengaruh dalam penanganan. Hal ini dikarenakan pelatihan oleh dinas juga masih belum maksimal. Pengetahuan partisipan dalam penelitian masih sangat terbatas, sehingga hasil penelitian masih dirasa belum mendalam. Ada juga beberapa data yang belum diklarifikasi oleh peneliti.

Gambaran strategi sekolah dalam penanganan ABK meliputi pengadaan guru khusus, yaitu guru pendamping khusus (GPK), penyusunan metode pembelajaran yang sesuai dengan ABK, serta pelibatan orang tua dan dinas terkait. Anak akan dimutasi keluar sekolah apabila sekolah sudah tidak bisa menangani. Setiap satuan pendidikan formal dan nonformal menyediakan sarana dan prasarana yang memenuhi keperluan pendidikan sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan potensi fisik, kecerdasan intelektual, sosial, emosional, dan kejiwaan peserta didik.¹⁴ Sekolah inklusi harus mengenali dan menanggapi beragam kebutuhan siswa mereka, mengakomodasi metode dan tingkat pembelajaran yang berbeda. Dan sekolah inklusi juga harus memastikan pendidikan berkualitas untuk semua, melalui kurikulum yang sesuai, pengaturan organisasi, strategi pengajaran, penggunaan sumber daya, dan bermitra dengan komunitas.¹⁵ Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ketika sistem pendidikan di sekolah dasar inklusi Kabupaten Sleman disesuaikan dengan ABK yang ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesimpulan, bahwa terdapat lima tema yang ditemukan dalam penelitian ini, meliputi 3 masalah perilaku anak dan 2 tema terkait penanganan perilaku. Tema perilaku anak, yaitu masalah *internalizing* (emosi), masalah *externalizing* (perilaku), dan masalah perilaku lain pada anak berkebutuhan khusus. Upaya penanganan perilaku anak berkebutuhan khusus, meliputi strategi guru dalam menangani perilaku anak

berkebutuhan khusus dan strategi sekolah dalam menangani anak berkebutuhan khusus.

Dinas Pendidikan Kabupaten Sleman diharapkan menyediakan sumber daya manusia tambahan untuk pengadaan GPK yang dapat selalu menetap di sekolah inklusi setiap hari selama proses belajar mengajar berlangsung. Dinas Pendidikan Kabupaten Sleman diharapkan dapat membuat program pelatihan bagi guru kelas reguler, secara kontinu dan rutin setiap bulan. Selain itu, materi pelatihan yang dibuat bukan hanya materi dasar saja, tetapi materi yang dapat mengover berbagai macam gangguan perilaku pada ABK.

Sekolah inklusi diharapkan dapat melakukan asesmen yang tepat dan berkala pada setiap ABK, sehingga dapat dijadikan dasar dalam menentukan penanganan yang tepat bagi ABK tersebut. Guru kelas diharapkan dapat aktif mencari informasi atau literatur sendiri sebagai tambahan pengetahuan, mengenai bagaimana penanganan yang tepat pada ABK. Dan guru kelas juga dapat menerapkan metode pembelajaran yang berpusat pada ABK yang dituntut untuk aktif dan guru sebagai fasilitator, agar ABK lebih fokus mengikuti pelajaran. Saran bagi dinas terkait, untuk dapat menyediakan kesempatan pelatihan/memberikan pelatihan penanganan yang tepat dan strategi/metode belajar yang tepat untuk anak ABK.

Penelitian selanjutnya, dapat melanjutkan penelitian dengan melakukan pengamatan perilaku pada ABK dan bagaimana upaya penanganan yang dilakukan oleh guru dengan metode, pendekatan, serta instrumen yang berbeda.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu, sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar dan sukses.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia Nomor 02 Tahun 2009 Tentang Kebijakan Kabupaten/Kota Layak Anak. Jakarta: Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Jakarta: Kemen PPPA; 2009.
2. UNICEF Innocenti Research Centre. Building Child Friendly Cities A Framework for Action. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre International Secretariat for Child Friendly Cities; 2004.
3. Hartini S, Hapsara S, Herini SE, Takada S. Verifying The Indonesian Version of The Child Behavior Checklist. Japan: Japan Pediatric Society. Journal Pediatrics International. 2015; 57(5): 936-41. doi: 10.1111/ped.12669.
4. Soleh A. Kebijakan Perguruan Tinggi Negeri Yogyakarta terhadap Penyandang Disabilitas. Jurnal Pendidikan Islam, Volume III, Nomor 1, Juni 2014/1435. 2014.
5. Dinas Pendidikan Kabupaten Sleman. Keputusan Kepala Dinas Pendidikan, Pemuda, dan Olahraga Kabupaten Sleman Nomor 484/KPTS/2015 tentang Penetapan Sekolah Penyelenggara Pendidikan Inklusi Kabupaten Sleman. Sleman: Dinas Pendidikan Kabupaten Sleman; 2015.
6. Kementerian Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI Nomor 12 Tahun 2011 tentang Indikator Kabupaten/ Kota Layak Anak. Jakarta: Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak; 2011.
7. Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional. Jakarta: Kemendiknas; 2003.
8. Hartini S, Hapsara S, Herini SE, Takada S. Usefulness of the CBCL/6-18 to Evaluate Emotional and Behavioral Problems in Indonesian Autism Spectrum Disorder/ASD Children. *Pediatr International*. 2016; 58(12): 1307-1310. doi: 10.1111/ped.13085.
9. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta. 2012
10. Utarini A. Metode Penelitian Kualitatif. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Press; 2000.
11. Winarsih S. Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi Pendamping (Orang Tua, Keluarga, dan Masyarakat). Jakarta: Kemen PPPA. 2013.

12. Achenbach MT & Ruffle MT. *The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/ Emotional Problems and Competencies*. Illinois: American Academy of Pediatrics; 2000.
13. Mustofa A. Sikap Guru Kelas terhadap Anak Berkebutuhan Khusus di Sekolah Dasar Inklusif Wilayah Kabupaten Magelang. *Jurnal Widia Ortodidaktika*. 2017; 6(3): 280-290.
14. Sunaryo. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2004.
15. UNESCO. *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education Adopted by The World Conference on Special Needs Education: Access and Quality*. Salamanca: UNESCO; 1994.