

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH PAKET AMAN TERHADAP PENGETAHUAN  
DAN PELAKSANAAN PERAWATAN KEHAMILAN OLEH  
IBU RISIKO PERSALINAN PREMATUR SERTA  
EFEKTIVITASNYA TERHADAP MATURITAS  
KEHAMILAN DI JAKARTA**

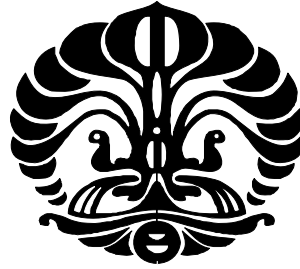
**Tesis**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Maternitas**

**Oleh :**

**CHRISTINE ADEN  
0606039322**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA, 2008**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH PAKET AMAN TERHADAP PENGETAHUAN  
DAN PELAKSANAAN PERAWATAN KEHAMILAN OLEH  
IBU RISIKO PERSALINAN PREMATUR SERTA  
EFEKTIVITASNYA TERHADAP MATURITAS  
KEHAMILAN DI JAKARTA**

**Oleh :**

**CHRISTINE ADEN  
0606039322**

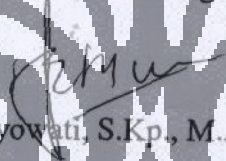
**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA, 2008**

## LEMBAR PERSETUJUAN

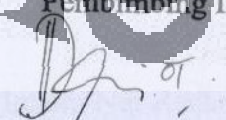
Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Jakarta, 18 Juli 2008

Pembimbing I

  
Dra. Setyowati, S.Kp., M.AppSc., PhD

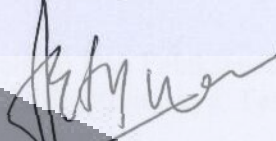
Pembimbing II

  
Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes

# LEMBAR TIM PENGUJI TESIS

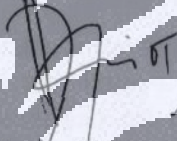
Jakarta, 18 Juli 2008

Ketua,



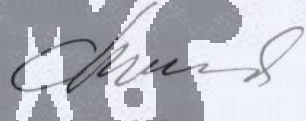
(Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD)

Anggota,



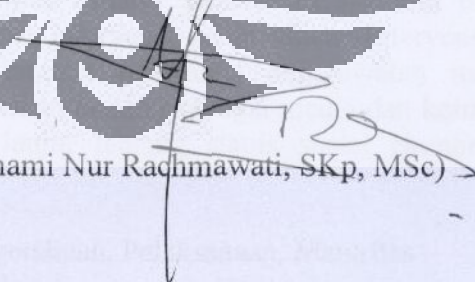
(Dewi Gayatri, SKp, M.Kes)

Anggota,



(Candra Widjajanti, SKp, M.Kep, Sp.Mat)

Anggota,



(Imami Nur Rachmawati, SKp, MSc)

**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PASCA SARJANA PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

Tesis, Juli 2008  
Christine Aden

Pengaruh Paket Aman Terhadap Pengetahuan Dan Pelaksanaan Perawatan Kehamilan  
Oleh Ibu Risiko Persalinan Prematur Serta Efektivitasnya Terhadap Maturitas  
Kehamilan Di Jakarta

xii + 98 Halaman + 9 Tabel + 3 Bagan + 15 Lampiran

**ABSTRAK**

Kehamilan dapat mengalami gangguan atau ancaman kelahiran sebelum waktunya yang dapat menurunkan kualitas hidup bayi dan ibunya. Kondisi ini diperlukan intervensi keperawatan untuk pencegahannya. Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektifitas paket “Aman” terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan serta dampaknya terhadap maturitas kehamilan pada ibu dengan resiko persalinan prematur. *Desain* penelitian ini adalah kuasi eksperimental dengan *pre dan post test without control group* dilanjutkan *post test only design with control group*. Penelitian dilaksanakan di RS. Cipto Mangunkusumo, RS. Fatmawati dan Puskesmas Cempaka Putih Jakarta. *Sampel* adalah ibu dengan kehamilan risiko tinggi sebanyak 36 orang. Pemilihan sampel dengan *metode purposif sampling*. Analisa data kuantitatif dilakukan dengan *uji proporsi, uji chi square dan uji t test*. Hasil analisis terdapat perbedaan bermakna rata-rata pengetahuan pre dan post intervensi pada kelompok intervensi ( $p=0,000 < \alpha 5\%$ ), adanya perbedaan yang signifikan pelaksanaan perawatan kehamilan setelah diberi paket “Aman” ( $p=0,000 < \alpha 5\%$ ). Kejadian maturitas kelompok intervensi signifikan ( $p=0,006$ ), responden mendapat intervensi “Paket Aman” berpeluang mengalami kehamilan matur sebesar 12,571 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat intervensi paket aman. Intervensi paket aman perlu diimplementasikan disemua tatanan pelayanan keperawatan maternitas khususnya *antenatal care* dengan memberikan *booklet* sebagai media dan komunikasi yang efektif. Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang status sosial ekonomi dengan kejadian maturitas.

Kata kunci : Paket Aman, Pengetahuan, Pelaksanaan, Maturitas  
Daftar Pustaka : 37 (1993-2007)

**MATERNITY NURSING PROGRAM  
POSTGRADUATE PROGRAM  
FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA  
Thesis, July 2008**

**Christine Aden**

**Effects of “Paket Aman” On Mother With Premature Labor Risk’s Knowledge and Pregnancy Care Implementation And It’ Effectiveness On Pregnancy Maturity In Jakarta.**

**xii + 98 pages + 9 tables + 3 figures + 15 appendices**

**Abstract**

Pregnancy disorder and premature labor can occur in a pregnancy. It can decrease quality of live of the infant and mother. Nursing intervention is needed to prevent it. The research was aimed to examine the effectiveness of “Paket Aman” on mother with premature labor risk’s knowledge and pregnancy care and it’s effect on pregnancy maturity.

The design of research was quasi experimental using pre and post test without control and post test only design with control group to measure effectiveness of “Paket Aman”. Samples were 36 mothers with high risk pregnancy selected by purposive sampling method. Instrument used to collect data were questionnaire and observation. Intervention was a health education by using booklet media of “Paket Aman”. Data was analyzed by using proportion test, chi square test and t- test. The result revealed that there was a significant difference in knowledge between pre and post intervention in intervention group ( $p=0,000$ ;  $< \alpha =5\%$ ), there was a very significant difference in pregnancy care after given “Paket Aman” ( $p=0,000$ ;  $< \alpha =5\%$ ). There is a significant different in maturity of pregnancy between intervention group after intervention and control group ( $p=0,006$ ). “Paket Aman” intervention have probability to have matur pregnancy at 12,571 times compared to participants who is not given “Paket Aman” intervention. It is recommended that “Paket Aman” intervention is needed to be implemented at all maternity nursing care service level, especially in antenatal care using booklet as media and effective communication. Future research is needed concerning the relationship between economy and social status and maturity incident.

**Keywords : “Paket Aman”, Knowledge, Implementation, Maturity**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas Kasih dan KaruniaNya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul ” Pengaruh Paket Aman Terhadap Pengetahuan Dan Pelaksanaan Perawatan Kehamilan Oleh Ibu Resiko Persalinan Prematur Serta Efektivitasnya Terhadap Maturitas Kehamilan di Jakarta” Penyusunan tesis ini telah banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat :

Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D., selaku pembimbing I yang selalu meluangkan waktunya untuk memberi masukan, arahan dan koreksi positif, sehingga tesis ini dapat diselesaikan dengan baik , selanjutnya kepada Dewi Gayatri S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing II yang dengan sabar dan teliti memberikan bimbingan dan masukan sehingga penyusunan tesis ini lebih baik.

Tidak lupa pula penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dewi Irawati, Y., M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia.
2. Krisna Yeti, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D., selaku Koordinator Mata Ajaran Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Bapak Pimpinan PPSDM Depkes RI beserta staf selaku sponsor yang mendukung penulis dalam menempuh pendidikan pada Program Pascasarjana FIK UI.
5. Direktur Poltekkes Palangka Raya yang selalu mendukung penulis dalam menempuh pendidikan pada Program Pascasarjana FIK UI.

6. Seluruh Dosen dan Staf karyawan/wati Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan.
7. Direktur utama, pimpinan dan staf di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Rumah Sakit Fatmawati dan Puskesmas Cempaka Putih memberikan ijin dan memfasilitasi serta memberi tempat bagi pelaksanaan penelitian.
8. Kepala perpustakaan FIK-UI beserta staf yang telah membantu dalam menyediakan buku-buku referensi guna penyusunan laporan hasil penelitian ini.
9. Seluruh staf pengajar Program Panca Sarjana Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia yang memberikan masukan dan bahan-bahan sebagai bekal penyusunan tesis ini dan staf non akademik yang membantu memfasilitasi secara administratif.
10. Rekan-rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia , yang telah memberikan dorongan dan masukan-masukan dalam penyusunan tesis ini.
11. Teman- teman terbaikku, Mbak Atie, Mbak Dyah dan Bu Emi Nurlela terimakasih untuk dukungan selama saya hamil dan menyelesaikan tesis ini. Teman-teman seperjuangku dari Palangkaraya Bu Reni, Bu Ester dan Pa Gad dengan kesediaannya berbagi waktu untuk saling menguatkan.
12. Kedua orang yang membesarkanku Ayahnda (Alm) Abdul Gapar Aden, B.Sc dan Ibunda (Alm) Lamus S. Lamon yang memberikan inspirasi dan mencintai profesi keperawatan juga kaka- kakaku untuk dukungannya.
13. Suamiku Alfian Badjau ST,MT., untuk pengertian dan cinta kasih yang menguatkan semangat untuk menyelesaikan tesis ini.



14. Kedua permata hatiku Billie Emanuela Modesty Precia yang selalu menanti kedatangan mama pulang dengan tatapan dan tawa yang memberi semangat. Bayiku Binar Bintang Makara, kehadiranmu Nak..dalam kandungan mama, membuat mama kuat dan kelahiranmu membuat mama bersemangat berbagi pengalaman dengan semua responden mama dan menyelesaikan tesis ini.

15. Ibu Ooh Rukiah dan Responden- respondenku yang selalu memberikan laporan dan bersedia mengangkat telepon memberikan informasi, membuka rumah untuk kedatangan walau hari sudah menjelang sore tanpa anda semua saya tidak akan bisa selesai.

16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu dan berpartisipasi dalam penyusunan tesis ini.

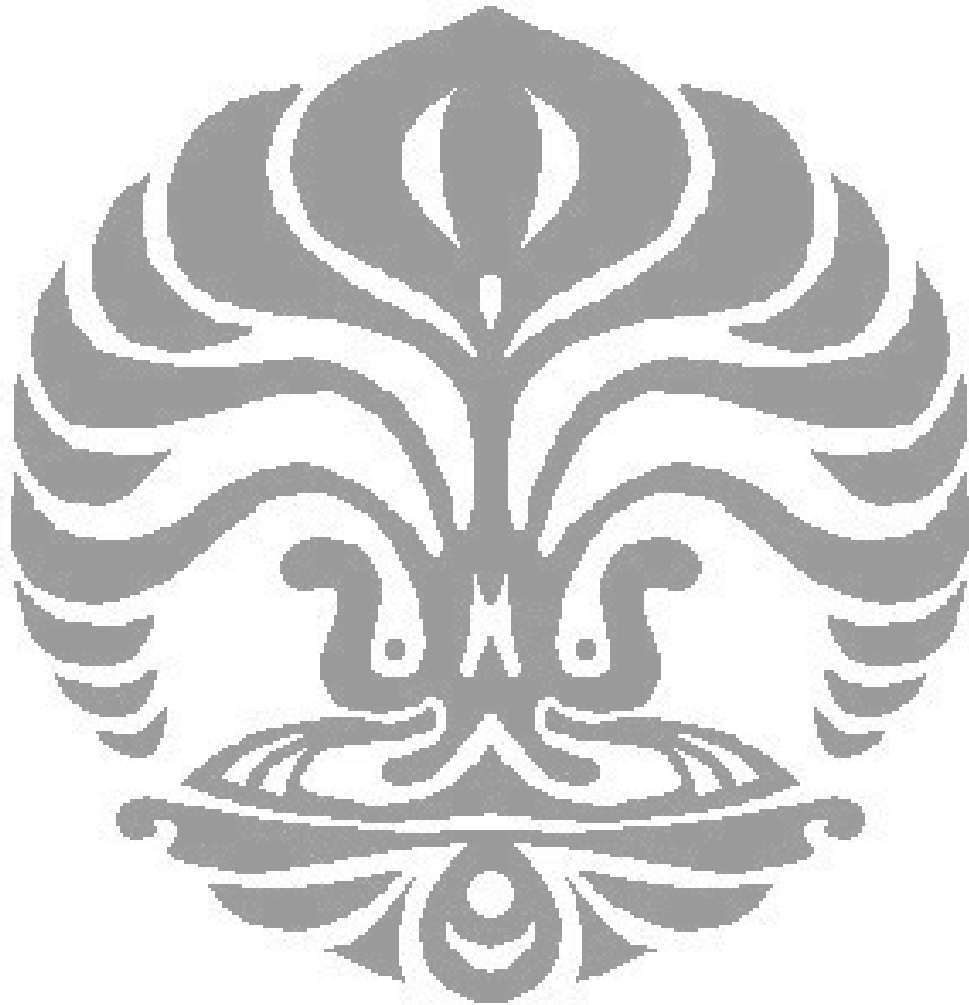
Semoga kebaikan budi ini mendapat balasan yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini jauh dari sempurna, sangat diharapkan kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan dimasa yang akan datang.

Jakarta, Juli 2008

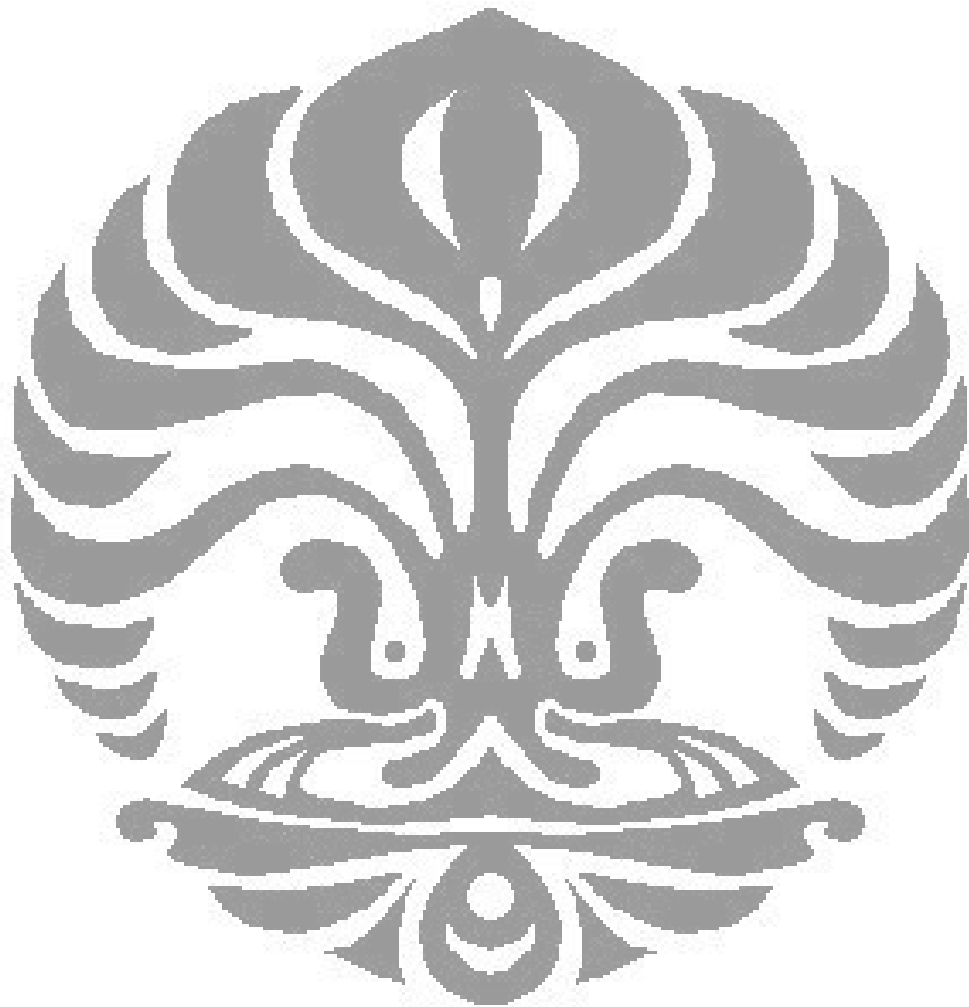
Penulis,

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR SKEMA .....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I :PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	9
C. Pertanyaan Penelitian .....	11
D. Tujuan Penelitian .....	11
E. Manfaat Penelitian .....	12
<b>BAB II: TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
A. Konsep Dan Teori Persalinan Prematur.....	13
1. Pengertian Persalinan Prematur.....	13
2. Insiden.....	13
3. Faktor Yang Menjadi Predisposisi .....	14
4. Fisiologi Kehamilan.....	15
5. Fisiologi Kontraksi.....	16
6. Kondisi Patologis.....	16
7. Tanda dan Gejala.....	16
8. Kontraindikasi Mencegah Persalinan.....	19
9. Penatalaksanaan.....	20
B. Penatalaksanaan Perawatan Resiko Persalinan Prematur.....	28
1. Pencegahan.....	28
2. Kondisi Psikologis Keluarga.....	33
3. Penatalaksanaan Perawatan di Rumah.....	35
C. Penerapan Konsep Pengajaran Pada Keluarga.....	38
1. Kesiapan Klien Untuk Belajar.....	38
2. Motivasi.....	39
3. Faktor Yang Mempengaruhi Pembelajaran.....	39
4. Tipe pengajaran.....	40
5. Strategi Pengajaran.....	42
D. Kerangka Teori Penelitian.....	43

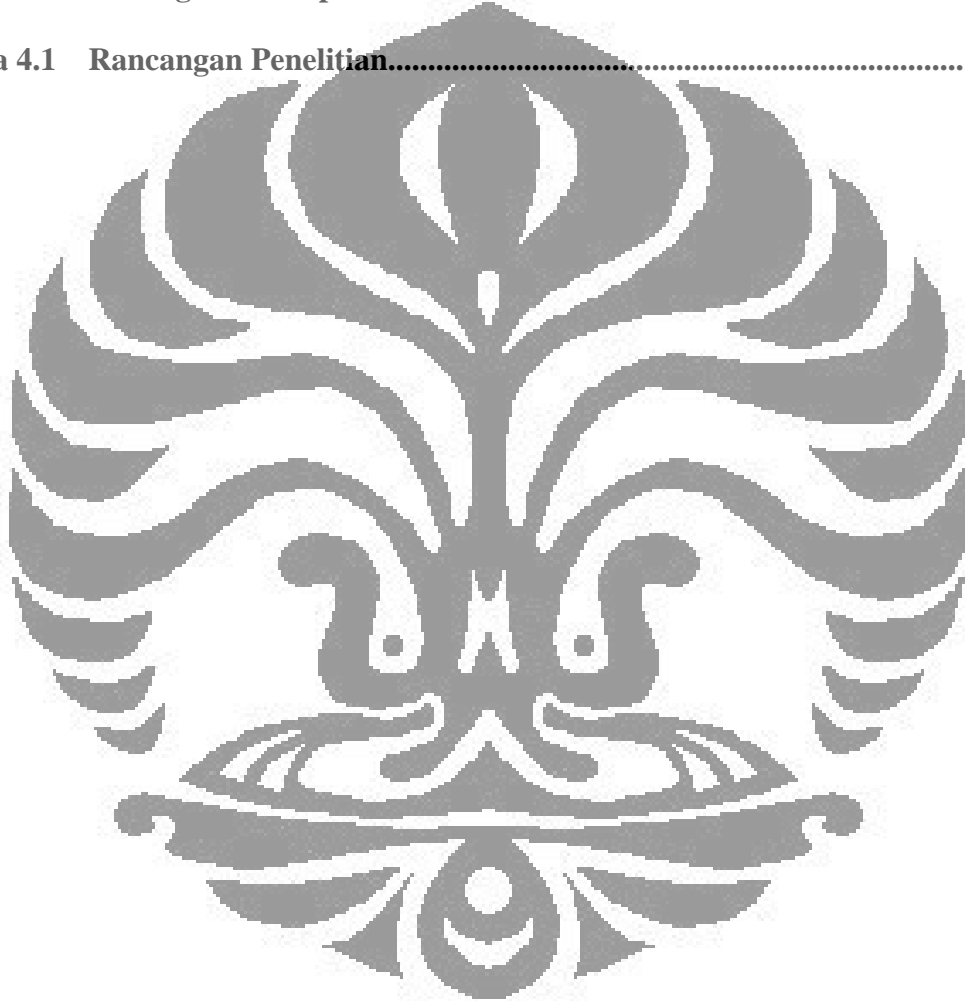


<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>45</b>
<b>A. Kerangka Konsep .....</b>	<b>45</b>
<b>B. Hipotesa .....</b>	<b>47</b>
<b>C. Definisi Operasional .....</b>	<b>48</b>
<b>BAB IV METODOLOGI .....</b>	<b>53</b>
<b>A. Desain Penelitian .....</b>	<b>53</b>
<b>B. Populasi dan Sampel .....</b>	<b>55</b>
<b>C. Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>59</b>
<b>D. Etika Penelitian .....</b>	<b>59</b>
<b>E. Alat Pengumpulan Data .....</b>	<b>61</b>
<b>F. Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data .....</b>	<b>65</b>
<b>G. Analisa Data .....</b>	<b>68</b>
<b>BAB V HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>70</b>
<b>A. Jumlah Responden Berdasarkan Tempat .....</b>	<b>71</b>
<b>B. Analisis Univariat .....</b>	<b>71</b>
<b>C. Analisis Bivariat .....</b>	<b>74</b>
<b>1.Uji Kesetaraan .....</b>	<b>74</b>
<b>2.Efektivitas Intervensi Paket Aman Terhadap Pengetahuan....</b>	<b>76</b>
<b>3.Efektivitas Pengetahuan Terhadap Maturitas.....</b>	<b>77</b>
<b>4.Efektivitas Intervensi Paket Aman Terhadap             Perawatan Kehamilan.....</b>	<b>78</b>
<b>BAB VI PEMBAHASAN .....</b>	<b>80</b>
<b>A. Interpretasi Hasil Penelitian .....</b>	<b>80</b>
<b>1.Karakteristik Responden.....</b>	<b>80</b>
<b>2.Efektivitas Intervensi Paket Aman Terhadap Pengetahuan....</b>	<b>83</b>
<b>3.Pelaksanaan Perawatan Kehamilan .....</b>	<b>85</b>
<b>4.Efektivitas Paket Aman Terhadap Maturitas.....</b>	<b>90</b>
<b>B. Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>91</b>
<b>C. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan .....</b>	<b>93</b>
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>95</b>
<b>A. Simpulan .....</b>	<b>95</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>96</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>97</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR SKEMA

	<b>Halaman</b>
<b>Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....</b>	<b>44</b>
<b>Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....</b>	<b>46</b>
<b>Skema 4.1 Rancangan Penelitian.....</b>	<b>54</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
<b>Tabel 3.1 Definisi Operasional .....</b>	<b>48</b>
<b>Tabel 5.1 Distribusi Umur Responden di Jakarta, Bulan April –Juni Tahun 2008.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Dukungan Keluarga dan Maturitas Kehamilan di Jakarta, Bulan April -Juni Tahu 2008.....</b>	<b>73</b>
<b>Tabel 5.3 Hasil Uji Kesetaraan Umur Responden di Jakarta, Bulan April- Juni 2008.....</b>	<b>74</b>
<b>Tabel 5.4 Hasil Uji Kesetaraan Variabel Paritas, Pekerjaan, Pendidikan, Penghasilan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Jakarta, Bulan April-Juni 2008.....</b>	<b>75</b>
<b>Tabel 5.5 Perbedaan Pengetahuan Pre Dan Post Intervensi Pada Kelompok Intervensi di Jakarta, Bulan April - Juni 2008.....</b>	<b>76</b>
<b>Tabel 5.6 Perbedaan Pelaksanaan Perawatan Kehamilan Pre Dan Post Intervensi Pada Kelompok Intervensi di Jakarta, Bulan April - Juni 2008.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabel 5.7 Perbedaan Maturitas Kehamilan Responden Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Jakarta, Bulan April- Juni 2008.....</b>	<b>78</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

Hal

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian .....	
Lampiran 2 : Keterangan Lolos Kaji Etik.....	
Lampiran 3 : Lembar Informed Consent.....	
Lampiran 4 : Permohonan Menjadi Responden .....	
Lampiran 5 : Kuesioner Penelitian.....	
Lampiran 6 : Protokol Pelaksanaan Intervensi Paket Aman.....	
Lampiran 7 : Booklet Paket Aman.....	
Lampiran 8 : Rekaputilasi Data Responden.....	
Lampiran 9 : Permohonan Ijin Penelitian Pada RSCM.....	
Lampiran 10 : Permohonan Ijin Penelitian Pada RS Fatmawati.....	
Lampiran 11 : Permohonan Ijin Penelitian Pada Puskesmas Cempaka Putih...	
Lampiran 12 : Ijin Penelitian Dari RSCM.....	
Lampiran 13 : Ijin Penelitian Dari RS Fatmawati.....	
Lampiran 14 : Ijin Penelitian Dari Suku Dinas Kesehatan Masyarakat Jakarta Pusat.....	
Lampiran 15 : Daftar Riwayat Hidup.....	



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kehamilan bagi sebuah keluarga merupakan suatu hal yang sangat membahagiakan dan dinantikan, juga suatu periode kritis karena puncak periode tersebut adalah persalinan dan kelahiran bayi (Reeder, 1997). Setiap kehamilan tentu diharapkan berlangsung dengan normal, tetapi jika kehamilan tersebut mendapat ancaman maka akan menimbulkan kondisi krisis. Krisis dapat terjadi jika kehamilan mengalami gangguan atau ancaman kelahiran sebelum waktunya atau terlalu dini sehingga dapat menurunkan kualitas hidup bayi dan ibunya.

Menurut hasil SKDI 2002-2003, Angka Kematian Bayi adalah 35 per 1000 kelahiran hidup dengan penyebab kematian bayi menurut hasil survei tersebut bermula dari masa kehamilan 28 minggu sampai hari ke 7 setelah persalinan. Data yang tersaji di kelompokan dan kelompok pertama penyebab terbanyak kematian bayi adalah pertumbuhan bayi yang lambat, kekurangan gizi, kelahiran terlalu dini atau prematur dan berat badan bayi lahir rendah yaitu sebesar 38,85 %. Kelompok kedua adalah hipoksia intrauterus dan aspiksia lahir sebesar 27,97%, berdasarkan kedua kelompok data tersebut 66,82% kematian perinatal secara langsung dipengaruhi oleh kondisi ibu (Depkes, 2007).

Selanjutnya menurut data SKDI kondisi ibu pada tahun 2005 yang menyebabkan kematian ibu dan perinatal adalah sebesar 56,09% yang secara terperinci diuraikan yaitu abortus 26%, eklamsia dan preeklamsia 4,91%, plasenta previa 2,77%, perdarahan antepartum 1,37%, perdarahan pasca persalinan 4,81%, persalinan prematur 1,84%, dan persalinan dengan penyulit gawat janin sebesar 1,92% (Depkes, 2007). Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2002-2003 menurut SDKI yaitu 307 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes, 2007).

Berdasarkan gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapat pelayanan kehamilan dengan standar minimal empat kali kunjungan pada tahun 2005 yaitu sekali pada trimester pertama sebesar 88,6% dan sekali pada trimester kedua serta dua kali pada trimester ketiga sebesar 77,1%. Dari gambaran data tersebut, sebagian besar ibu hamil telah melakukan minimal empat kali kunjungan selama hamil tetapi baru mencapai standar minimal (Depkes, 2007). Selanjutnya menurut Wright dkk, (1998) pada penelitiannya di Amerika tahun 1990- 1994, disebutkan bahwa kunjungan selama hamil tidak cukup untuk menurunkan kematian bayi tetapi harus dengan melakukan komunikasi terbuka saat memberikan pelayanan antenatal pada pasien khususnya pada resiko persalinan prematur sehingga terdapat pemahaman antara program preventif dan intervensi

Selanjutnya bayi lahir terlalu dini karena persalinan prematur jika usia kehamilan kurang dari 36 minggu, sehingga bayi rentan untuk dapat bertahan hidup di luar kandungan dengan fungsi vital organ yang belum matur. Banyak faktor yang berhubungan dengan terjadinya resiko persalinan prematur, antara lain faktor

demografi, perilaku dan lingkungan, resiko medis dan resiko reproduksi pada ibu (Reeder, 1997; Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Beberapa hasil penelitian memperjelas faktor yang berhubungan dengan risiko persalinan prematur seperti karakteristik lingkungan dan perilaku dapat menyebabkan persalinan prematur antara lain dukungan keluarga dan orang terdekat terhadap kehamilan (Reeder, 1997; Gilbert & Harmont, 2003). Pernyataan ini didukung oleh Mackey dan Boyle (2000) pada penelitiannya di Southeast Amerika yang menyatakan bahwa kelahiran prematur dapat terjadi karena situasi stress yang kompleks dalam keluarga disertai masalah dalam keluarga menyebabkan ketidakmampuan ibu hamil untuk mengatur stress, tidak ada yang membantu dan tidak ada sumber-sumber untuk mendukungnya. Brett dkk, (1997) pada penelitian yang serupa menyebutkan bahwa beban kerja yang berlebihan dan lingkungan kerja yang penuh tekanan sebagai salah satu faktor yang memicu terjadinya persalinan prematur. Selanjutnya pada penelitian yang dilakukan oleh Well dkk, (2006) bahwa berat badan yang kurang selama selama hamil dapat berpengaruh terhadap kejadian persalinan prematur tetapi dalam penelitian Yuh Yang dkk, (2002) di Taiwan menyebutkan lingkungan yang tercemar karena polusi udara tidak berhubungan dengan kejadian persalinan prematur.

Tanda dan gejala yang penting untuk diperhatikan ibu hamil terhadap resiko persalinan prematur adalah kontraksi uterus yang teratur sehingga dapat menyebabkan dilatasi servik setelah usia kehamilan 20 minggu dan sebelum kehamilan 36 minggu (Reeder, 1997; Gilbert & Harmont, 2003).

Saat ibu hamil mengetahui bahwa kehamilannya terancam, maka respon psikologi yang dapat dialami ibu adalah rasa cemas, ancaman pada harga diri, frustrasi, konflik dan krisis (Gilbert & Harmont, 2003). Berbagai pertanyaan yang dapat muncul sebagai bentuk kekuatiran seperti bagaimana kondisi kesejahteraan bayi yang dikandung, bagaimana menjaga kehamilan, bagaimana menjalani tugas perkembangan yang lain sebagai istri dan ibu bagi anak-anak yang telah ada dan sebagainya.

Prosedur penatalaksanaan persalinan prematur yang direncanakan dan harus dijalani pun dapat menimbulkan perasaan cemas. Sejalan dengan pernyataan Schulz dan Mackey (1998) dalam penelitiannya menggali pengalaman perempuan yang mengalami persalinan prematur menyatakan bahwa pada situasi risiko tersebut ibu hamil merasa tidak mengerti apa yang sedang terjadi dan apa yang harus diperbuatnya.

Selanjutnya Dyson, dkk (1998) pada penelitiannya di New England selama 4 tahun tentang monitoring ibu hamil dengan risiko persalinan prematur. Penelitian tersebut membedakan untuk tiga kelompok ibu hamil dengan mendapat perlakuan monitoring tiap minggu, monitoring tiap hari dan monitoring tiap hari dengan menggunakan alat *home uterine activity monitoring* (HUAM). Hasil penelitian tersebut Dyson, dkk (1998) menyebutkan bahwa ketiga cara perlakuan monitoring untuk ibu dengan risiko persalinan prematur tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan, tetapi monitoring yang dilakukan perawat telah menurunkan angka persalinan prematur

menjadi 20% dan *home uterine activity monitoring* (HUAM) terbatas keuntungannya. Selanjutnya pada ibu dengan resiko persalinan prematur yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan dengan melakukan palpasi sendiri dan kontak mingguan dengan perawat secara teratur merupakan hal yang sangat efektif dibandingkan dengan HUAM (Dyson, 1998)

Selanjutnya selain monitoring aktivitas uterus secara teratur dan menganjurkan klien untuk melakukan palpasi sendiri terhadap aktivitas uterus, penatalaksanaan persalinan prematur dimulai dengan mempertimbangkan pecahnya ketuban sebelum waktu kemudian penatalaksanaan pada infeksi yang disebabkan hubungan seksual atau karena infeksi grup B streptococcus, pembatasan aktivitas, hidrasi adekuat, monitoring DJJ monitoring kontraksi uterus secara kontinue, pemberian tokolitik, pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru pada kehamilan sebelum 34 minggu (Reeder, 1997; Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003). Pada penelitian yang serupa, diketahui bahwa *guided imageri* yang dilakukan secara teratur dapat menekan kontraksi uterus dan bermanfaat untuk menurunkan stress (Reeder, 1997).

Selanjutnya Kinnon (2006) pada penelitian serupa di Kanada untuk menggali pengalaman ibu hamil dengan resiko persalinan prematur menyebutkan bahwa ibu hamil merasa takut dan merasa bertanggung jawab sendiri untuk menjaga kehamilannya. Perasaan takut tersebut lebih banyak disebabkan karena ketidakpahamannya terhadap penatalaksanaan yang harus dijalani. Perasaan takut yang dihadapi dapat menimbulkan stress karena penatalaksanaan persalinan

prematur dihadapkan pada konsekuensi terhadap efek samping dari pengobatan serta lamanya waktu untuk bedrest tanpa mengetahui metode bedrest yang jelas (Gorrie, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Stress secara emosional atau stress fisik dapat merangsang keluarnya *corticotropin releasing hormone (CRH)* yang selanjutnya merangsang fetal adrenal memberi tanda awal yang mengganggu sistem yang menjaga agar uterus diam dan membuat uterus berkontraksi. Kondisi lain yang dapat merangsang keluarnya CRH yang dapat aliran darah ke uterus dan plasenta antara lain preeklamsia, diabetes tidak terkontrol, penyakit jantung, penyakit ginjal, abrasi plasenta atau plasenta previa (Reeder, 1997; Gilbert & Harmont, 2003).

Kondisi ibu hamil dengan risiko persalinan prematur seperti yang diuraikan di atas perlu peran perawat maternitas yang bekerja area spesialis yang memiliki tanggungjawab utama sesuai dengan fungsi independent sebagai pengajar, konselor, dan memberikan intervensi pada area non medis. Perawat dapat menjadi orang yang sangat berarti untuk mengajar dalam tim kesehatan karena kedekatan hubungannya dengan klien. (Gorrie dkk, 1998 ).

Perawat maternitas berperan dalam memberikan pendidikan perinatal untuk membantu klien dan pasangan mengetahui tentang kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua. Sehingga dapat berperan aktif menjaga kesehatan selama hamil, persalinan dan memiliki berbagai tehnik koping yang tepat saat semua tahapan

tersebut. Dalam pendidikan perinatal juga diberikan materi tentang resiko persalinan prematur. (Gorrie dkk, 1998 ).

Idealnya peran perawat dalam pencegahan persalinan prematur dimulai sebelum konsepsi melalui pendidikan di masyarakat yang berisi informasi bahwa persalinan prematur dapat menurunkan kondisi fisik, emosi dan menjadi beban bagi keuangan keluarga dan masyarakat. Klien dan masyarakat yang menyadari konsekuensi persalinan prematur akan lebih menyukai tindakan pencegahan serta melakukan perawatan prenatal (Gorrie dkk, 1998 ).

Saat menghadapi resiko persalinan prematur perawat perlu mengajarkan klien, pasangannya serta anggota keluarga tentang tanda dan gejala persalinan prematur, dan perbedaannya dengan kehamilan normal serta memberi kepercayaan kepada mereka untuk berperan aktif dan peduli terhadap tanda dan gejala persalinan premature (Gorrie dkk, 1998 ). Setelah mendapat pendidikan kesehatan diharapkan klien merasa lebih aman, lebih percaya diri, lebih berpartisipasi dalam perawatan diri, dapat meminimalkan komplikasi dan membantu dalam pengambilan keputusan yang positif.

Alasan lain mengapa perlu pendidikan kesehatan pada klien dengan resiko persalinan prematur karena selama penulis menjalani praktek aplikasi maternitas II di IGD Lt 3 Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo pada bulan September- Oktober tahun 2007, ditemukan tidak kurang dari 20 klien yang mengalami ancaman persalinan prematur pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Krisis situasional

yang diperlihatkan oleh pasien dan keluarga berupa respon kecemasan dan kepanikan, kondisi yang mendadak menimpa dirinya dan mengancam keselamatan bayi. Demikian juga yang terjadi di Instalasi Rawat Inap Lt 2 Kiri, klien yang pernah dirawat dan diijinkan pulang, datang kembali dengan keluhan yang sama bahkan lebih parah disertai berbagai komplikasi dan bayi mengalami IUFD atau bayi lahir prematur.

Klien yang datang kembali untuk dirawat mengatakan bahwa hal ini terjadi karena kesulitan membatasi aktivitas seperti bed rest, harus merawat anak-anak, tidak ada yang membantu dalam keluarga, tidak merasa sakit serta merasa tidak nyaman berbaring terus menerus, tampak ketidakpahaman klien dan keluarga terhadap program pengobatan dan perawatan. Secara khusus pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga dengan persalinan prematur di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo belum terstruktur. Klien hanya mendapatkan perawatan rutin bed rest di tempat tidur disertai terapi medis, dengan penjelasan belum maksimal terhadap kondisinya.

Berbagai respon psikologis yang menimbulkan stress dan perilaku selama hamil yang tak mendukung kehamilan dapat berawal dari ketidaktahuan dan keterlambatan mendapatkan informasi. Kurangnya informasi mengenai pengobatan dan perawatan membuat klien tidak terlibat aktif dalam program yang direncanakan sehingga hasil tidak optimal. Berdasarkan fenomena diatas, terlihat bahwa pengelolaan aspek kognitif untuk meningkatkan pengetahuan dengan pemberian informasi kesehatan merupakan hal penting untuk menunjang keberhasilan program



pengecahan persalinan prematur mengingat masalah yang harus dijalani klien sangat kompleks.

Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien dan keluarga dapat berupa ceramah, tanya jawab, diskusi, demonstrasi, bermain peran, curah pendapat, simulasi dan simposium (Johnson, 1996). Selanjutnya yang mempengaruhi pembelajaran adalah tingkat perkembangan klien dan keluarga, bahasa, budaya, pengalaman masa lalu, kondisi lingkungan serta kemampuan mengelola dan ketrampilan pengajar (Gorrie dkk, 1998).

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, diperlukan perhatian dari perawat maternitas sebagai bagian tim kesehatan agar kualitas pelayanan lebih meningkat, dengan memberikan intervensi pendidikan kesehatan. Peneliti menyusun sebuah paket pendidikan kesehatan dengan sebutan "Aman", yang disusun dari berbagai literatur keperawatan, berisi informasi yang perlu diketahui klien dan keluarga dengan resiko persalinan prematur untuk meningkatkan pemahaman dan berperan serta menjaga kehamilan sampai matur.

## **B. Perumusan Masalah**

Penatalaksanaan persalinan prematur dengan program pengobatan dan perawatan seyogyanya harus diketahui klien untuk berperan serta aktif menjaga kehamilannya tetapi pada kenyataannya hal ini tidak terjadi. Klien merasa ketakutan, cemas bertanggung jawab sendiri untuk menjaga kehamilannya dan disertai konsekuensi

terhadap efek samping dari pengobatan serta lamanya waktu untuk bedrest tanpa mengetahui metode bedrest yang jelas ,serta bentuk perawatan yang lain.

Stress pada klien dapat terjadi karena merasa tidak aman karena tidak mengetahui apa yang sedang terjadi. Stress secara emosional harus dihindari karena dapat menyebabkan uterus berkontraksi sebelum waktunya dan menstimulasi kelahiran sebelum waktunya.

Asuhan keperawatan di lapangan sangat berbeda dengan pendapat-pendapat ahli keperawatan. Para perawat di lapangan memberikan asuhan keperawatan klien persalinan prematur belum terstruktur, sehingga hasil asuhan keperawatan tidak maksimal. Klien tetap tidak mengerti apa yang terjadi pada dirinya, bagaimana menjaga kehamilannya secara mandiri, bagaimana perawatan dirinya, bagaimana kondisi kehamilan dan kesejahteraan bayinya dan sebagainya. Kondisi ini menyebabkan klien dapat keluar masuk rumah sakit bahkan datang dengan kondisi lebih parah yang mengancam keselamatannya dan bayi.

Sampai saat ini di Indonesia belum ditemukan pendidikan kesehatan yang terstruktur untuk mencegah terjadinya resiko persalinan prematur oleh karena itu penelitian ini dilakukan untuk melihat efektivitas paket pendidikan kesehatan untuk ibu yang memiliki resiko persalinan prematur yang selanjutnya disebut paket “Aman”.

### C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan masalah penelitian diatas, maka pertanyaan penelitian yang dapat diidentifikasi sebagai berikut :

Sejauhmana pengaruh paket “Aman” pada pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan pada kelompok ibu dengan resiko persalinan prematur yang diberi paket “Aman” dan kelompok ibu dengan resiko persalinan prematur yang tidak diberi paket “Aman” serta efektivitasnya terhadap maturitas kehamilan.

### D. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Diketuinya pengaruh paket “Aman” terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan oleh ibu serta efektivitasnya terhadap maturitas kehamilan pada ibu dengan resiko persalinan prematur.

#### 2. Tujuan Khusus :

- a. Diidentifikasinya karakteristik kelompok ibu hamil resiko persalinan prematur yang diberi intervensi paket Aman dan kelompok ibu hamil resiko persalinan prematur yang tidak diberi intervensi paket Aman.
- b. Diidentifikasinya perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi paket Aman pada kelompok intervensi.
- c. Diidentifikasinya perbedaan pelaksanaan perawatan kehamilan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi paket Aman.
- d. Diidentifikasinya perbedaan maturitas kehamilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi paket Aman.

### 3. Manfaat Penelitian

- a. Bagi institusi pelayanan keperawatan, penelitian ini dapat memberikan sumbangan ide, pikiran untuk perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan yang tepat pada ibu dengan resiko persalinan prematur.
- b. Bagi pendidikan keperawatan, sebagai informasi penting tentang pengaruh paket “Aman” terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan oleh ibu serta dampaknya terhadap maturitas kehamilan.
- c. Bagi peneliti, penelitian ini memberikan pengalaman baru dalam menerapkan pengetahuan yang dimiliki, serta dapat mengetahui hubungan setiap variabel dalam penelitian yang dapat dijadikan bahan penelitian lebih lanjut dalam pengembangan khasanah keilmuan keperawatan.
- d. Bagi ibu dengan resiko persalinan prematur  
Dengan kegiatan mengikuti paket “Aman” diharapkan ibu dan keluarga memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk menjaga kehamilan sampai usia matur dan dapat menjalankannya secara maksimal.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan dipaparkan teori dan konsep yang terkait dengan masalah penelitian, sebagai bahan rujukan dalam melakukan pembahasan. Teori dan konsep persalinan prematur, konsep maturitas bayi, konsep fisiologis persalinan, penatalaksanaan persalinan prematur, penerapan konsep pengajaran.

#### A. Konsep Dan Teori Persalinan Prematur

##### 1. Pengertian

Persalinan prematur atau *Preterm labor* (PTL) dapat didefinisikan sebagai kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan dilatasi cervik secara progresif setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum kehamilan 36 minggu. ( Gilbert & Harmont, 2003). Selanjutnya WHO mendefinisikan bahwa persalinan prematur adalah kelahiran sebelum usia kehamilan 37 minggu (Dolan, 2008).

##### 2. Insiden

Persalinan prematur terjadi sekitar 11% dari kehamilan normal dan angka kesakitan serta kematian neonatal karena kelahiran prematur meningkat dari 70% menjadi 80%. Ternyata secara signifikan terbukti bahwa perbedaan ras juga berhubungan dengan persalinan prematur yaitu kulit putih 9,9%, Hitam 17,6%, Asli Amerika 12,2%, Hispanics 11,2%, dan Cina 7,4%. Selanjutnya persalinan prematur 40% disebabkan kehamilan kembar dua dan kelahiran lebih dari dua

kembar menyebabkan 80% persalinan prematur. Kondisi sosial demografi juga berdampak pada kejadian persalinan prematur, yang meningkat pada sosial ekonomi yang rendah (Gilbert & Harmont, 2003)

Selanjutnya Mancuso (2004) menyebutkan bahwa tanda dan gejala persalinan prematur ditemukan 1 dari setiap 5 kehamilan pada 800.000 kehamilan. Pada wanita dengan kehamilan beresiko sekitar 70% mengalami persalinan matur dan > 452.000 kehamilan berakhir dengan kelahiran prematur.

### 3. Faktor yang menjadi predisposisi persalinan prematur

Penyebab persalinan prematur dari 50% penderita tidak dapat diidentifikasi dari pengalaman mereka. Jika digolongkan kasus persalinan dapat disebabkan oleh;

a. Gaya hidup dan demografi yaitu ; tidak pernah melakukan ANC atau kurang dari ketentuan , kurang nutrisi, usia kurang dari 18 tahun dan lebih dari 40 tahun, pendidikan rendah, status sosial ekonomi rendah, merokok lebih dari 10 batang sehari, kondisi fisik kronik atau stress psikologi, kekerasan domestic, kelelahan bekerja seperti kondisi lingkungan kerja yang tegang dan penuh tekanan bagi fisik dan psikologis.

b. Riwayat medis; Penyakit kronik seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes, anemia, infeksi seperti penyakit menular karena hubungan seksual (STD), penyakit ginjal dan infeksi saluran kemih. Terpapar Diethylstilbestrol (DES), riwayat *cone biopsy*, berat badan kurang untuk tinggi badan.

c. Riwayat obstetri; Riwayat melahirkan prematur, riwayat abortus pada kehamilan trimester pertama ( $> 2$ ), riwayat abortus pada kehamilan trimester kedua ( $> 2$ ) dan kedua, riwayat kematian bayi dalam kandungan lebih dari dua kali, inkompeten servik.

d. Kondisi kehamilan saat ini

Distensi uterus (kehamilan kembar, hidroamnion), pembedahan abdomen selama hamil, iritabilitas uterus, perdarahan uterus, dehidrasi, infeksi, anemia, servik tidak kompeten, anemia, preeklamsia, ketuban pecah dini, kelainan fetus atau plasenta (Reeder, 1997; Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

#### 4. Fisiologis Kehamilan

Kehamilan fisiologis menimbulkan perubahan yang dikenal sebagai tanda kehamilan yang dikategorikan, *presumtif* yaitu perubahan yang dirasakan wanita misalnya amenore, kelelahan, nyeri payudara, pembesaran payudara, morning sickness, quickening. Tanda kemungkinan yaitu perubahan yang diobservasi pemeriksa misalnya tanda *hegar*, *ballotement*, tes kehamilan, tanda *goodell*.

Selanjutnya selama kehamilan terjadi perubahan hormonal terutama estrogen dan progesteron diikuti pembesaran uterus sebagai stimulus kadar estrogen dan progesteron. Payudara membesar terasa penuh karena ukurannya meningkat secara progresif. Penyesuaian terhadap kehamilan melibatkan sistem kardiovaskuler, sistem pernapasan, sistem ginjal, sistem integumen, sistem

musloskletal, sistem neurologi, sistem pencernaan dan sistem endokrin (Bobak, 2005).

#### 5. Fisiologi Kontraksi Kelahiran

Pemahaman terhadap fisiologi kelahiran dapat membantu penatalaksanaan terhadap persalinan prematur. Beberapa konsep yang diperoleh dari hasil riset mengatakan bahwa berbagai hormon mempengaruhi aktivitas uterus yaitu prostaglandin, estrogen, progesteron, oksitosin dan relaksin selanjutnya faktor yang lain adalah kondisi servik, *gap junction*, kalsium dan sistem saraf otonom (Gilbert & Harmont, 2003).

#### 6. Tanda dan gejala serta kriteria diagnosa persalinan prematur

Gejala dan tanda persalinan prematur seperti kontraksi uterus mungkin terasa sakit dan mungkin tidak dan mungkin juga tidak semua ibu hamil merasakan kontraksi. Selanjutnya terasa gerakan bayi sangat sering disertai kram seperti kram menstruasi, diikuti rasa nyeri bagian belakang bawah secara konstan dan terasa tekanan pada pelvis atau terasa seperti bayi mendorong ke bawah selanjutnya merasakan tekanan di vulva diikuti keluar cairan dari vagina (air ketuban atau darah). Kram pada abdomen dirasakan dengan atau tanpa diare (Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Selanjutnya Gilbert dan Harmont (2003) menegaskan bahwa untuk menegakkan diagnosa persalinan prematur ditemukan empat kali kontraksi dalam 20 menit, servik mulai membuka lebih dari 1 cm dan 80% atau lebih servik menipis.



Berdasarkan protokol pengkajian persalinan prematur tahun 2006 dari *Queen Mothers Hospital* di Inggris menyebutkan bahwa persalinan prematur dapat terjadi pada kehamilan antara 20 minggu sampai 37 minggu, terdapat kontraksi 4 kali dalam 20 menit atau 6 kali dalam 60 menit dengan atau tanpa ketuban pecah serta adanya perubahan servik. Servik membuka  $> 20\%$  atau  $\geq 80\%$  servik menipis ( *protocol for the management of suspected preterm labour* .dalam [http:// clinicalguidelines.scot.nhs.uk](http://clinicalguidelines.scot.nhs.uk). 1 September 2007).

Kontraksi persalinan ada dua yaitu kontraksi involunter dan volunter yang secara bersamaan untuk mengeluarkan bayi dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter yang disebut kekuatan primer yang menandai dimulainya persalinan. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter adalah frekwensi (waktu antar kontraksi), durasi (lama kontraksi) dan intensitas (kekuatan kontraksi). Kekuatan primer membuat servik menipis, berdilatasi dan janin turun. Ketika bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong ke bawah yang disebut kontraksi sekunder. Kontraksi yang merupakan usaha volunter sama dengan mengedan saat buang air besar (Gorrie dkk, 1998; Bobak dkk, 2005).

Tidak disebutkan tahap persalinan prematur, dengan mengacu pada persalinan normal tahap pertama persalinan dibagi dalam tiga bagian yaitu *fase laten*, *fase aktif* dan *fase transisi*. Selama fase laten lebih banyak terjadi penipisan servik daripada penurunan janin selanjutnya pada fase aktif dan fase transisi dilatasi servik dan penurunan bagian presentasi berlangsung lebih cepat. Rata-rata durasi

total tahap pertama persalinan pada kehamilan pertama berkisar dari 3,3 jam-19,7 jam. Pada kehamilan berikutnya ialah 0,1 jam sampai 14,3 jam. Tahap kedua persalinan berlangsung sejak dilatasi servik lengkap sampai janin lahir pada nulipara 2 jam dan multipara 1,5jam. Tahap ketiga persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir diikuti tahap keempat yaitu periode pemulihan kira-kira dua jam setelah plasenta lahir (Bobak dkk, 2005).

#### 7. Kondisi Patologis

Persalinan prematur disebabkan oleh terganggunya mekanisme untuk menjaga keseimbangan uterus. Kondisi ini dipicu oleh beberapa factor utama yaitu infeksi, gangguan pada uterus dan stress. Infeksi terjadi karena bakteri endotoksin yang menstimulasi keluarnya prostaglandin secara langsung atau tidak langsung yang selanjutnya menstimulasi untuk keluarnya kortikotropin releasing hormon.

Gangguan pada uterus disebabkan karena regangan pada miometrium, hiperosmolaritas, pecah selaput ketuban atau uterus yang trauma. Gangguan pada uterus menyebabkan terlepasnya lisosom yang merangsang keluarnya pospolipase A2 yang merangsang produksi prostaglandin yang menstimulasi kontraksi miometrium. Selain itu gangguan pada uterus yang dapat menyebabkan persalinan prematur dapat disebabkan oleh kehamilan kembar, polihidroamnion, anomali uterus yang menyebabkan tekanan berlebihan pada uterus (Gilbert & Harmont, 2003).

Stress secara emosi dan fisik merangsang keluarnya kortikotropin hormone (CRH), yang menstimulasi adrenal fetus untuk merangsang kontraksi uterus sehingga resiko persalinan prematur dapat terjadi. Faktor-faktor yang menurunkan aliran darah ke uterus menyebabkan keluarnya CRH seperti preeklamsi, diabetes tidak terkontrol, penyakit jantung, penyakit ginjal, terlepasnya plasenta atau plasenta previa serta kondisi yang berhubungan dengan gangguan nutrisi, merokok dan menggunakan obat-obat narkotika (Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

#### 8. Kontraindikasi mencegah persalinan prematur

Kasus persalinan prematur sebanyak 20 % diindikasikan karena alasan medis atau alasan obstetric seperti bayi dilahirkan karena beberapa alasan yaitu bayi matur dengan rasio lecitin / spingomyelin (L/S) adalah 2:1 atau lebih atau adanya pospotidil gliserol dalam cairan amnion, bayi meninggal dalam kandungan, bayi mengalami kelainan sehingga tidak dapat bertahan hidup, terhambat pertumbuhan intrauteri karena kondisi intrauteri yang tidak menguntungkan, perdarahan aktif, infeksi intraamnion, preeklamsia berat, penyakit jantung, perdarahan serius karena plasenta previa atau plasenta terlepas secara prematur (Gilbert & Harmont, 2003).

## 9. Penatalaksanaan pencegahan persalinan prematur

### a. Identifikasi persalinan prematur

#### 1). Secara teratur melakukan pemeriksaan kehamilan.

Klien dengan resiko persalinan prematur harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kehamilan terhadap tanda dan gejala. Pemeriksaan servik atau USG untuk mengidentifikasi rasa nyeri karena pendataran dan pembukaan servik menjadi pencetus kelahiran. Infeksi dapat diidentifikasi dan penatalaksanaan dapat diberikan sebelum pecah ketuban atau kelahiran (Gilbert & Harmont, 2003).

#### 2). Fetal Fibronektin

Fetal fibronektin adalah protein yang terdapat pada cairan amnion dan selaput fetus. Fetal fibronektin dapat ditemukan mulai kehamilan 22 minggu sampai mendekati matur pada sekresi vagina. Jika terjadi infeksi atau sesuatu yang mengganggu integritas selaput ketuban maka fetal fibronektin akan ada dalam sekresi vagina dan hal ini dapat dievaluasi melalui tes sekresi dari kantung dauglas. Jika klien diduga akan mengalami persalinan prematur maka tes fetal fibronektin adalah positif dan harus mendapatkan tokolitik (Gilbert & Harmont, 2003).

#### 3). Monitoring aktivitas uterus di rumah

Monitoring aktivitas uterus di rumah atau *home uterine activity monitoring* (HUAM) adalah bentuk deteksi aktivitas uterus yang tidak semua klien

mendapatkannya. Aktivitas monitoring menggunakan HUAM terbatas karena berhubungan dengan fasilitas elektronik yang hanya dapat di jangkau oleh klien di daerah perkotaan dan tidak menjangkau daerah pelosok. Bagian penting dalam pelayanan ini adalah telepon 24 jam dari perawat perinatal untuk mengevaluasi pola aktivitas uterus, menetapkan tanda dan gejala yang ada, memantau tanda dan gejala yang ada. Klien yang mendapatkan alat monitoring ini selama perawatan di rumah dapat menggunakannya dua kali sehari selama 60 menit sesuai instruksi perawat. Selanjutnya rekaman pola aktivitas uterus terkirim secara elektronik melalui telepon ke rumah sakit tempat perawat bertugas. Perawat akan menghubungi klien dan menanyakan tanda dan gejala persalinan prematur. Keluhan klien dan data aktivitas uterus, sebagai bahan rujukan perawat kepada dokter. Monitoring ulang untuk mendapatkan rekomendasi pengobatan dapat dilakukan kembali sebagai bahan bandingan setelah perawat menganjurkan klien buang air kecil dan minum air (Gorrie dkk, 1998; Pillitteri, 1999; Gilbert & Harmont, 2003; Bobak, 2005).

#### b. Mencegah persalinan prematur

Gilbert dan Harmont, (2003) menyatakan bahwa tindakan untuk mencegah persalinan prematur diawali dari mengidentifikasi dan mengobati infeksi, pembatasan aktivitas serta hidrasi adekuat pada klien, yang diuraikan sebagai berikut:

### 1) Mengidentifikasi dan mengobati infeksi

Infeksi dapat menyebabkan ketuban pecah dini dan menyebabkan persalinan prematur. Terutama infeksi saluran kencing, untuk mengidentifikasinya dapat dilakukan melalui analisis dan urine kultur. Selanjutnya infeksi juga berasal dari saluran reproduksi bagian bawah dan dapat diidentifikasi melalui sekresi vagina. Tindakan amniocentesis dapat dilakukan jika di curigai adanya korioamnionitis. Setelah penyebab infeksi diketahui, maka pemberian antibiotika dianjurkan. Beberapa penelitian membuktikan bahwa kehamilan dapat diperpanjang setelah antibiotika diberikan bersama terapi tokolitik, hal ini membuktikan bahwa antibiotika dapat mencegah persalinan prematur (Gilbert & Harmont, 2003).

### 2) Pembatasan Aktivitas

Istirahat di tempat tidur atau *bed rest* dianjurkan untuk menghindari persalinan prematur, karena dengan tidur miring ke sebelah kiri akan meningkatkan aliran darah ke plasenta dan mengurangi tekanan fetus pada servik. Ibu hamil yang diharuskan *bedrest* tetapi tidak melakukan latihan isometrik untuk otot dan sendi dapat mengalami efek samping. Beberapa efek samping *bed rest* antara lain atrofi otot, kehilangan volume otot 25% - 30% jika *bedrest* selama 5 minggu, kehilangan berat badan karena aktivitas berkurang. Plasma dan volume darah menurun sekitar 7% dari berat badan, meningkatnya resiko koagulasi darah, *heartburn dan reflux*, menurunnya *cardiac output dan stroke volume*, intoleransi glukosa dan resistansi insulin. Efek samping lain adalah depresi, cemas dan gangguan tidur (Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Agar efek samping bedrest tidak terjadi dan meningkatkan rasa nyaman, maka perlu mempertimbangkan aktivitas yang dimodifikasi seperti berbaring dengan posisi semi fower atau alternatif lain selain tidur miring kiri dapat secara periodik tidur miring ke kanan. Selama berbaring melakukan latihan rentang gerak, melakukan latihan kegel dan latihan pernapasan. Banyak klien yang tidak tahan bed rest terus menerus, alasan yang dikemukakan klien adalah ingin merawat anak-anak karena berbagai kebutuhan mereka, badan tidak merasa sakit, kurang dukungan, ingin bekerja dan merasa tidak nyaman jika hanya berdiam diri saja (Gilbert & Harmont, 2003, Johns, 2006).

### 3) Hidrasi

Saat klien masuk rumah sakit maka cairan infus diberikan mencegah dehidrasi juga bertujuan untuk menunda kebutuhan tokolitik. Jika terjadi dehidrasi maka kelenjar pituitary posterior akan merespon dehidrasi dengan mengeluarkan antidiuretik hormon dan oksitosin, hal ini tidak menguntungkan karena akan merangsang kontraksi uterus. Bagi klien yang tidak dehidrasi, keuntungan cairan intravena belum jelas. Gilbert dan Harmont, (2003) merekomendasikan penggunaan cairan hipotonik untuk menurunkan resiko udem paru jika terapi tokolitik dibutuhkan.

### 4) Tokolitik

Tokolitik memiliki manfaat menghambat kontraksi uterus, tetapi para ahli mengatakan bahwa tokolitik kurang bermanfaat jika pembukaan servik 3 cm atau lebih. Kriteria dalam pemberian terafi tokolitik adalah:

a) usia kehamilan 20-37 minggu, b) servik menipis kurang dari 80% dan servik menipis dan dilatasi kurang dari 2 cm pemberian tokolitik harus dimulai. c) Jika cervik lebih dari 80% menipis dan lebih dari 2 cm membuka disertai kontraksi 4 kali dalam 20 menit atau 8 kali dalam 60 menit maka pemberian tokolitik dapat dimulai. Selanjutnya klien dianjurkan tidur miring kiri dan diberikan cairan infus (Gilbert & Harmont, 2003).

Tokolitik sebagai obat yang dapat menghambat kontraksi uterus, lebih baik digunakan pada usia kehamilan sebelum 34 minggu karena pada usia di bawah 34 minggu jika persalinan prematur terjadi akan banyak masalah yang dapat dialami oleh bayi seperti pernapasan dan dengan berbagai komplikasi, sehingga dengan pemberian tokolitik memberi kesempatan untuk proses pematangan paru bayi melalui pemberian obat kortikosteroid. Keuntungan pemberian tokolitik belum jelas jika kelahiran terjadi pada kehamilan 34- 37 minggu karena bayi telah mencapai cukup bulan dan komplikasi tidak begitu berat (Gilbert & Harmont, 2003; Bobak, 2005).

Tokolitik terkenal sebagai obat yang pertama untuk kondisi selain dan memiliki efek pada sistem tubuh selain reproduksi dan dosis yang rendah dapat menghambat kontraksi uterus.

Ada 4 agens obat tokolitik yaitu; 1)  $\beta$  Adrenergik, 2) Magnesium sulfat, 3) Prostaglandin sintesis inhibitor, 4) Calcium antagonis



Berikut Manfaat dan efek dari obat tokolitik ;

1)  $\beta$  Adrenergik yang lebih dikenal dengan nama ritodrine dan terbutalin ( Bobak, 2005). Ritodrine , bertindak sebagai reseptor adrenergik II yang menyebabkan relaksasi otot uterus, vasodilatasi, bronkodilatasi. Pemberian obat ini diawali secara intravena, setelah kondisi klien stabil maka pemberian obat diteruskan secara intramuskular atau oral ( Bobak, 2005). Obat ini dapat menurunkan kadar kalium dalam serum dan menyebabkan aritmia. Sehingga efek samping yang dirasakan adalah takikardi pada ibu dan bayi, napas ibu menjadi pendek, merasa nyeri dada, mual, muntah , diare, tremor dan merasa lelah. Udem paru dapat terjadi jika diberikan bersama kortikosteroid. Kontraindikasi penggunaan ritodrin adalah penyakit maternal yaitu penyakit kardiovaskuler, preeklamsi berat, perdarahan antepartum berat, karioamnionitis dan hipertiroid selanjutnya kontraindikasi yang berhubungan dengan janin adalah kematian janin dan usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Gilbert & Harmont, 2003).

Terbutalin adalah golongan  $\beta$  Adrenergik yang lain sebagai tokolitik. Pemberian dan efek samping sama dengan ritodrin, hanya terbutalin lebih sering digunakan secara subkutan dan peroral. Pemberian obat ini diawali secara intravena, setelah kondisi klien stabil maka pemberian obat diteruskan secara intramuskular atau oral ( Bobak, 2005).

Selama mendapat obat golongan  $\beta$  Adrenergik, perawat perlu memperhatikan cara pemberian obat. Selama pemberian intravena, perawat perlu mengawasi aktivitas uterus dan denyut jantung janin (DJJ) secara kontinu. DJJ tidak

boleh > 180x/ menit, denyut nadi klien tidak boleh lebih 140x/ menit. Suara napas dikaji dan diauskultasi setiap 8 sampai 12 jam, untuk menilai efek samping obat seperti edema paru dan aritmia jantung. Jika efek samping timbul, obat dihentikan dan dokter diberitahu. Sebagai antidotum golongan  $\beta$  Adrenergik adalah *propranolol*. Sampel darah dapat diambil jika terjadi hipokalemia atau hiperglikemia. Reaksi keberhasilan pemberian intravena adalah 12- 24 jam setelah itu terapi dilanjutkan secara oral. Selama pemberian terapi ibu berbaring miring miring untuk mengoptimalkan perfusi plasenta dan menurunkan tekanan pada pelvis. Resiko kelebihan cairan dapat dipantau setiap hari dengan memantau masukan dan haluan cairan serta berat badan ( Bobak, 2005 ).

- 2) Magnesium Sulfat ; merupakan agen tokolitik yang lebih aman dari ritodrin. Pemberian magnesium sulfat secara intravena dalam dosis 4 gr dicampur dengan normal saline dan diinfuskan selama 20 menit. Selanjutnya obat diberikan melalui infus 1 gr – 2 gr/ jam dan ditingkatkan biasanya 0,5 gr/ jam sampai kontraksi berhenti. Terapi tokolisis peroral dimulai setelah 12 jam terapi intravena berhasil. Efek samping dari magnesium sulfat pada ibu adalah menurunnya reflek tendon, depresi pernapasan, henti jantung, lethargia, lemah, penglihatan kabur, sakit kepala, merasa panas, mual, muntah konstipasi. Efek pada bayi adalah menurunnya variabilitas jumlah denyut jantung bayi dan hipotonia. Kriteria yang dibutuhkan untuk meneruskan terapi magnesium sulfat adalah jumlah urine tidak boleh kurang dari 30 ml/ jam, adanya reflek tendon, pernapasan 12x/ menit. Hal ini

diwaspadai untuk mencegah efek toksik dari magnesium sulfat, sebagai antidotum harus tersedia kalsium glukonat (Gilbert & Harmont, 2003; Bobak, 2005).

2) Prostaglandin sintesis inhibitor, dikenal dalam obat indomethacin; efek samping pada ibu adalah nyeri epigastrium dan perdarahan gastrointestinal. Sedangkan efek pada bayi adalah konstriksi pada duktus arteriosus dan menurunnya jumlah urine. Turunnya jumlah urine berhubungan dengan oligohidroamnion dan diduga karena kompresi tali pusat. Efek ini berhenti sehari setelah pengobatan dihentikan (Gilbert & Harmont, 2003; Bobak, 2005).

3) Kalsium Antagonis, dikenal dalam obat nifedipin dengan efek samping ibu merasa panas, takikardia, sedang pada bayi dapat menurunkan sirkulasi uteroplasenta sehingga menimbulkan bradikardi dan akhirnya menyebabkan hipoksia. Dosis *maintenance* adalah 10-30 mg setiap 6 jam diminum langsung atau dapat diletakkan dibawah lidah (Gilbert & Harmont, 2003; Bobak, 2005).

#### c. Mempercepat maturitas paru

Pada resiko persalinan prematur, pemberian kortikostreoid dilakukan untuk mempercepat maturitas paru, karena terapi steroid bermanfaat untuk menurunkan kejadian dan beratnya sindrom gagal napas pada bayi. Pemberian steroid dilakukan pada kehamilan antara 24- 34 minggu, karena pada usia ini angka

kejadian sindrom gagal napas sangat tinggi. Selama steroid diberikan, perawat harus selalu mengobservasi bunyi paru bersamaan dengan pengukuran tanda vital dan mengajarkan klien tanda edema paru, karena efek kortikosteroid menyebabkan udema paru. Klien diminta melaporkan jika ada nyeri dada atau pernapasan terasa berat atau kesulitan bernapas (Gilbert & Harmon, 2003; Bobak, 2005).

## **B. Penatalaksanaan Perawatan Resiko Persalinan Prematur**

### **1. Pencegahan**

Program pencegahan persalinan prematur diberikan pada kelas antenatal. Proses pencegahan diawali dengan pengkajian :

Kebiasaan merokok, penyakit atau resiko medis, kemungkinan infeksi vagina dan saluran kemih, kaji jika ada kekerasan dalam rumah tangga, evaluasi pekerjaan klien dan tanggungjawab di rumahtangga terhadap kemungkinan stress, beban kerja, lamanya berdiri, jarak pulang pergi bekerja. Anjurkan klien untuk memodifikasi atau berhenti bekerja serta menjadwalkan waktu untuk beristirahat. Kaji jika terpapar toksik, kaji tingkat kecemasan dan kaji jika ada kesulitan ekonomi. Ajarkan relaksasi untuk menurunkan efek stress dan temukan cara klien memecahkan masalah untuk menurunkan stress, kaji gejala persalinan prematur setelah kehamilan 20 minggu (Gilbert & Harmont, 2003).

Pada program pencegahan persalinan prematur juga diberikan penjelasan pada semua wanita hamil untuk memodifikasi gaya hidup dan cara mengurangi risikonya yaitu dengan merencanakan kehamilan setelah 16 bulan kelahiran,

melakukan secara teratur antenatal care, mendapatkan nutrisi yang adekuat agar terdapat keseimbangan antara berat badan dan tinggi badan. Menganjurkan untuk minum 8 gelas sehari untuk mencegah keluarnya ADH dan oksitosin serta meningkatkan aliran darah ke uterus. Selanjutnya menganjurkan klien untuk mengosongkan kandung kemih tiap 2 jam, untuk menghindari kontraksi uterus dan infeksi saluran kemih (Gilbert & Harmont, 2003).

Membantu klien untuk menghindari infeksi vagina dan saluran kemih dengan menganjurkan minum adekuat, menjaga kebersihan perineum, mengenakan celana dalam dari katun, membatasi hubungan sek dan melakukannya hanya dengan pasangan. Selanjutnya klien juga harus mengetahui tanda-tanda infeksi dan segera melaporkan jika ditemukan tanda-tandanya. Menganjurkan untuk istirahat teratur untuk mencegah kelelahan serta mengurangi tekanan fetus pada servik, dan meningkatkan aliran darah ke uterus. Klien tidak dianjurkan melakukan olahraga seperti jalan kaki atau berenang untuk mengurangi kelelahan dan stress (Gilbert & Harmon, 2003).

Selama hamil dan dalam kondisi resiko persalinan prematur, klien perlu menjaga nutrisi yang adekuat. Sebagai panduan pemenuhan nutrisi ibu hamil adalah ;

Berat badan dibawah normal adalah jika body mass indek (BMI) <19.8 . Berat badan normal jika BMI dalam rentang 19.8-26. *Overweight* jika BMI dalam rentang 26-29. *Obesitas* jika BMI dalam rentang >29 (Bobak, 2005).

Selanjutnya Singer (2003) menyatakan bahwa bahwa berat badan berlebihan pada ibu hamil beresiko menderita preeklamsi dan diabetes gestasional yang

berpengaruh pada kejadian persalinan prematur, demikian juga ibu hamil yang memiliki berat badan di bawah normal intake nutrisi yang kurang pada bayi dapat menimbulkan resiko persalinan prematur.

Nutrisi ibu hamil diharapkan mempengaruhi berat badan bayi, menurut Panda (2004) berdasarkan hasil survey hubungan rata-rata usia kehamilan dengan berat badan bayi yang dilakukan oleh Oklahoma Medical Center tahun 1981-1994 ditemukan data sebagai berikut yaitu pada usia kehamilan 32 minggu bayi dapat bertahan hidup sekitar 97%, pada usia kehamilan lebih dari 33 minggu dapat bertahan hidup 99%. Selanjutnya taksiran berat badan pada usia 31 minggu adalah 1501- 1750 gr dan bertahan hidup 97%, taksiran berat badan pada usia 32 minggu adalah 1751- 2500 gr dapat bertahan hidup 98% dan taksiran berat badan lebih dari usia kehamilan 33 minggu adalah > 2500 gr dapat bertahan hidup 99%.

Penjelasan yang spesifik tentang pencegahan persalinan prematur diberikan pada semua wanita hamil dan pasangannya pada kehamilan 20- 36 minggu. Persalinan prematur merupakan kondisi yang tidak dapat diduga, kontraksi dapat dirasakan tidak nyeri dan kontraksi dapat dirasakan dua kali sehari selama satu jam. Selanjutnya perut terasa kram seperti saat menstruasi , nyeri tumpul pada bagian punggung bawah, terasa tekanan pada pelvis, keluar cairan dari vagina. Kram pada perut dapat disertai dengan atau tanpa diare. Jika tanda persalinan prematur dirasakan, segera kosongkan kandung kemih, tidur miring, minum 2-3 gelas dan lakukan palpasi untuk menilai kontraksi uterus, jika gejala berlanjut dapat dilakukan pemeriksaan pervagina atau jika ditemukan kontraksi  $\geq 4$  kali kontraksi

per jam, jika gejala berhenti, klien harus mencatat dengan jelas aktivitas yang dilakukan dan jika gejala berlanjut segera ke rumah sakit (Gorrie dkk,1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Selama klien dianjurkan memonitor kontraksi di rumah dan klien diajarkan cara memonitor kontraksi. Karakteristik adanya tanda persalinan adalah kontraksi uterus. Karakteristik kontraksi adalah adanya koordinasi, kontraksi tidak disadari dan teratur. Selama kontraksi perlu dinilai frekwensi, durasi dan intensitas. Pada kehamilan beresiko tinggi seperti resiko persalinan prematur, perlu dilakukan pemantauan kesejahteraan janin (Bobak, 2005).

Pemantauan dapat dilakukan mulai kehamilan 28 minggu, karena pada usia kehamilan 28 minggu sistem susunan saraf pusat saraf dan otonom telah berfungsi dengan optimal. Pemantauan dilakukan terhadap kemungkinan terjadi kematian atau asfiksia dan ada 2 cara pemantauan yaitu cara Cardiff dan cara Sadovsky (Mangesi & Hofmeyr, 2007) . Menurut Cardiff, pemantauan dilakukan mulai jam 9 pagi, tidur miring ke kiri atau dalam posisi *semi fowler / fowler* dan menghitung berapa waktu yang diperlukan untuk mencapai 10 gerakan janin. Bila hingga jam 9 malam tidak tercapai 10 gerakan maka perlu segera ke perawat atau dokter. Sedangkan cara Sadovsky, klien tidur miring kiri, kemudian hitung gerakan janin. Harus dapat dicapai 4 gerakan janin dalam satu jam, bila belum tercapai 4 gerakan janin dalam satu jam, waktunya ditambah satu jam lagi dan bila tetap tidak tercapai segera lapor ke perawat atau dokter.

Berdasarkan protokol penatalaksanaan persalinan prematur tahun 2006 dari *Queen Mothers Hospital* di Inggris ada tiga kriteria klien dengan resiko persalinan prematur pada selaput ketuban masih utuh yaitu :

Jika selaput ketuban masih utuh dan ditemukan pembukaan cervik  $> 2$  cm atau penipisan cervik  $\geq 80\%$  atau fibronectin positif maka kriteria tindakan adalah segera lapor dokter, berikan tokolitik sesuai pesanan, pada kehamilan 24 - 34 minggu berikan steroid, klien dianjurkan berbaring miring kiri.

Jika ditemukan selaput ketuban masih utuh pada pembukaan servik  $< 2$  cm atau penipisan servik  $\leq 80\%$  atau fibronektin negatif maka kriteria tindakan adalah segera lapor dokter, ajarkan klien home care, waspada terhadap faktor resiko, segera cek ke dokter dalam waktu 1 minggu.

Jika selaput ketuban masih utuh pada pembukaan servik  $< 2$  cm atau penipisan servik  $\leq 80\%$  atau fibronektin tidak diketahui maka kriteria tindakan adalah tunggu selama 2 jam dan ulang prosedur pemeriksaan steril vagina. Jika hasil pemeriksaan vagina ditemukan servik mengalami perubahan atau fibronektin positif maka segera lapor dokter, berikan tokolitik sesuai pesanan, pada kehamilan 24 - 34 minggu berikan steroid, klien dianjurkan berbaring miring kiri. Selanjutnya jika hasil pemeriksaan vagina tidak ada perubahan servik atau fibronektin negatif, maka tindakan segera adalah lapor dokter, ajarkan klien *home care*, waspada terhadap faktor resiko, segera cek ke dokter dalam waktu 1 minggu. Tetapi jika hasil pemeriksaan vagina tidak ditemukan adanya perubahan servik dan tidak diketahui fibronektin maka tindakan segera adalah lapor dokter, ajarkan klien *home care*, waspada terhadap faktor resiko, segera cek ke dokter dalam waktu 1



minggu ( *protocol for the management of suspected preterm labour*. dalam [http:// clinicalguidelines.scot.nhs.uk](http://clinicalguidelines.scot.nhs.uk). 1 September 2007).

## 2. Kondisi psikologi keluarga

Komplikasi kehamilan yang dialami klien akan membuat keluarga mengalami stress, perawat dapat melakukan pengkajian bagaimana coping mereka terhadap krisis ini. Mulai mengidentifikasi fokus utama pemikiran mereka dengan mengajukan pertanyaan yang berhubungan dengan perkembangan kehamilan yang membuat mereka cemas, cara mereka mengatasi serta langkah yang ingin mereka lakukan sekarang (Gorrie dkk, 1998).

Klien dan keluarga dapat merasakan gangguan fisik, emosi dan kognitif karena masalah yang tidak terduga. Klien dapat mengalami distress emosi seperti tremor, palpitasi dan merasa sangat lelah, selain itu kondisi ini juga dapat sebagai efek dari obat  $\beta$  adrenergic. Klien juga dapat memperlihatkan rasa cemas, tidak berdaya dan tidak percaya dengan kondisi yang sensitif dan mudah menangis sehingga mengganggu konsentrasinya untuk menyerap informasi. Selanjutnya kondisi stress juga dirasakansuami atau pasangan, karena klien harus tirah baring dengan pembatasan aktivitas. Suami harus menangani masalah rumah tangga serta anak-anak selama klien tidak bisa beraktivitas (Gorrie dkk, 1998).

Johns (2005) menyebutkan bahwa adanya resiko persalinan prematur sehingga klien harus tirah baring menimbulkan dampak emosional dan tekanan ekonomi bagi klien dan keluarga. Tekanan ekonomi dirasakan klien dan keluarga, saat

klien tidak bekerja atau berhenti bekerja sehingga penghasilan tambahan atau penghasilan utama keluarga terganggu. Kondisi ini dapat semakin parah jika kebutuhan perawatan dan pengobatan meningkat. Kondisi krisis yang dihadapi keluarga ini berusaha diatasi dengan fokus utama berusaha agar perubahan gaya hidup yang terjadi karena klien sakit dapat diatasi demi kesehatan klien dan kesejahteraan janin. Sementara klien juga berusaha ingin memenuhi semua kebutuhan anak-anaknya disamping berupaya untuk mencoba agar bayinya matur serta berupaya menghadapi efek samping pengobatan yang dirasakan bayi dan tubuhnya.

Komplikasi yang tidak terduga pada perkembangan kehamilan dapat dicegah dengan menggunakan koping mekanisme yang normal. Keluarga diharapkan dapat mengidentifikasi metode koping yang tepat untuk masalah yang dihadapi. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan koping adalah mengurangi kecemasan karena ketidaktahuan dengan memberikan sejumlah informasi yang dapat mengurangi kecemasan dan kekuatiran sehubungan dengan ketidaktahuan. Perawat perlu memastikan apa yang diketahui klien tentang persalinan prematur dan kelahiran prematur serta pengobatan spesifik yang direkomendasikan. Sehingga hasil pengkajian tentang pengetahuan klien dan keluarga dapat digunakan sebagai cara untuk mengoreksi kesalahan informasi (Enkin dkk, 2000).

Klien biasanya merasa dirinya sehat, dengan tidak beraktivitas membuatnya mulai merasa malas dan tidak produktif maka pembatasan aktivitas yang

dianjurkan menjadi motivasi yang kuat untuk merekomendasi tingkatan aktivitas yang diperbolehkan demi kesehatan ibu dan kesejahteraan bayi (Gorrie dkk, 1998; Enkin dkk, 2000).

### 3. Penatalaksanaan perawatan resiko persalinan prematur di rumah

#### a. Mengatur peran anggota keluarga

Saat menjalani perawatan di rumah, perlu diidentifikasi berbagai kegiatan rumah tangga yang mungkin di tangani oleh klien dan saat klien tidak mampu melakukannya maka peran anggota keluarga menjadi terganggu. Dalam kondisi ini perawat dapat mengidentifikasi peran setiap anggota keluarga dengan menanyakan kepada klien peran setiap anggota keluarga sebelum klien sakit, memastikan jumlah anggota keluarga dan berapa usia anak-anak di rumah. Melakukan evaluasi kondisi rumah dengan melihat langsung atau menanyakan langsung pada keluarga, apakah klien tinggal di rumah yang bertingkat, di lantai atas atau di lantai bawah dan apakah ada alat komunikasi seperti telepon yang dapat digunakan saat kondisi mendesak. Memastikan apakah anggota keluarga dapat menggunakannya, tanyakan apakah ada keluarga atau teman yang dapat membantu saat dibutuhkan, juga gali lokal support grup di lingkungan tempat tinggal yang dapat membantu seperti karang taruna, kelompok pengajian di mesjid dan gereja atau kerukunan warga dan apakah keluarga memiliki tabungan cadangan atau asuransi (Gorrie dkk, 1998).

Selanjutnya klien yang memiliki anak akan berbeda fokus pemikirannya dibanding klien yang tidak memiliki anak-anak. Pengetahuan tentang tumbuh kembang anak membantu perawat mengidentifikasi cara yang adekuat untuk merawat anak-anak dan kekuatan hubungannya dalam keluarga. Anak toddler dan anak usia sekolah, mereka dapat mengerti mengapa ibu tidak dapat bermain seperti biasanya. Anak-anak akan merasa orangtua menjauhi mereka jika mereka dipisah dari ibu. Jika tidak ada solusi untuk mengawasi anak-anak selama ibu sakit, maka hal ini adalah pilihan terakhir. Anak usia sekolah biasanya memahami dengan kondisi sakit ibunya dan mereka membantu mengawasi adik-adiknya, tetapi tidak diberikan tanggungjawab seperti orang dewasa. Sebaliknya anak usia remaja dapat dipercaya orangtua untuk membantu urusan rumah tangga, tetapi kadang terganggu dengan aktivitas mereka dengan kelompok (Gorrie dkk, 1998; Stuart dan Laraia, 2001).

Proses berikutnya yang perlu diatasi keluarga setelah anak-anak dapat diatasi, adalah bagaimana menjaga keseimbangan rumahtangga. Langkah utama untuk menjaga keseimbangan rumah tangga adalah agar klien dapat menurunkan standar pengelolaan rumahtangga. Klien mulai memikirkan tidak apa-apa rumah tidak sebersih semasa klien sehat, menyadari bahwa suami membantu pekerjaan rumahtangga dengan keterbatasnya karena suami juga bekerja di luar rumah. Selain itu anak-anak atau anggota rumah tangga dapat membantu tetapi mereka juga punya keterbatasan untuk memahami keinginan klien. Selanjutnya anjurkan klien untuk menulis daftar tugas atau kebutuhan jika ada teman atau keluarga yang

datang membesuk dan mungkin bisa membantu (Gorrie dkk, 1998; Stuart dan Laraia, 2001).

b. Menghindari kebosanan

Konflik yang lain dapat dirasakan klien adalah kebosanan. hal ini dapat dirasakan karena harus berbaring dalam waktu lama. Perlu ditanyakan secara langsung pada klien apa yang menjadi hobynya, saat ini dan yang lalu, bentuk kegiatan apa yang membuatnya senang dan alternatif apa yang dapat dilakukannya. Perawat perlu mempertimbangkan bentuk aktivitas lain bagi klien karena ketidaktahuannya. sehingga aktivitas yang didapat sejalan dengan tingkatan pembatasan aktivitas dan dapat menghilangkan kebosanan.

Sebelum mengidentifikasi aktivitas yang sesuai dengan kondisinya, perawat harus memastikan klien memahami rasionalisasi pembatasan aktivitas bagi kehamilannya. Beberapa klien memindahkan pekerjaan-pekerjaannya di kantor ke rumah untuk dikerjakan di tempat tidur seperti adanya kertas kerja dan menerima telepon dari kolega. Tetapi hal ini akan meningkatkan stress, pertimbangkan aktivitas rumah tangga yang dapat dilakukannya sambil istirahat seperti bermain game, membaca buku cerita, membantu mengerjakan pekerjaan rumah anak-anak, berdiskusi dan sebagainya. Keluarga juga mengatur agar klien tidak terlalu sering merasa dibantu dengan meletakkan semua barang kebutuhan klien pribadi dalam batas jangkauannya (Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Gilbert dan Harmont (2003) menegaskan selama perawatan di rumah, perawat perlu mengingatkan klien terhadap efek samping bed rest yang terus menerus pada system tubuh. sehingga untuk mengatasi efek samping tersebut adalah melatih klien untuk latihan gerakan-gerakan isometrik. Selanjutnya menurut Johns (2006) untuk memodifikasi bedrest dapat digunakan pola 50:10 dalam 1 jam yaitu 10 menit untuk aktivitas yang penting dan 50 menit untuk istirahat. Pola ini dapat dipertimbangkan untuk dipelajari oleh klien, 10 menit untuk aktivitas buang air besar atau buang air kecil dan mandi. Aktivitas dapat dilakukan langsung di kamar mandi sambil memonitor kontraksi uterus, jika terasa semakin parah berarti pola ini tidak dapat ditoleransi klien. Mungkin buang air kecil dan buang air besar dapat dilakuan di toilet duduk (commode) yang diletakkan di samping tempat tidur atau hanya di pispot saja.

### **C. Penerapan konsep pengajaran pada keluarga dengan kehamilan resiko tinggi**

Pengajaran pada klien dan keluarga yang mengalami resiko persalinan prematur, perlu dipertimbangkan; kesiapan klien belajar, motivasi, faktor yang mempengaruhi pembelajaran, tipe pengajaran, strategi pengajaran dan metode pengajaran, yang diuraikan sebagai berikut:

#### **1. Kesiapan klien untuk belajar.**

Kesiapan klien belajar merupakan faktor yang mempengaruhi pembelajaran. sebelum memberikan pengajaran, hal utama yang perlu dikaji adalah kebutuhan, motivasi dan kemampuan untuk belajar. Faktor ini juga tergantung dari situasi saat itu dan reaksi emosional serta pengalaman yang lalu. Stressor lain yang

berhubungan dengan situasi juga dipengaruhi oleh stress, dukacita, nyeri, pengobatan, kondisi fisik serta tingkat kesadaran. Selama merasakan kondisi ini, klien dapat mengidentifikasi kebutuhan pembelajarannya dan mengkomunikasikan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dalam bentuk pertanyaan tentang spesifik informasi dan secara tidak langsung dengan menghindari tugas karena ketidaktahuan bagaimana prosedur dilakukan.

(Johnson, 1996; Enkin dkk, 2000).

## 2. Motivasi

Motivasi terintegrasi dalam tujuan pembelajaran dan akan berkembang sebelum dan selama proses pembelajaran. Penghargaan yang diberikan pengajar kepada klien dan hasil pembelajaran akan mempengaruhi motivasi. Resiko persalinan premature menyebabkan ketegangan karena peristiwa yang dihadapi merupakan stimulus untuk klien terhadap kebutuhan pembelajaran dan dapat menurunkan stress. Kurangnya motivasi dapat terjadi karena perbedaan sistem nilai dan konsep kesehatan antara keluarga dan perawat sehingga kondisi ini harus dengan benar diketahui perawat sebelum memberikan pengajaran (Johnson, 1996; Enkin dkk, 2000).

## 3. Faktor yang mempengaruhi pembelajaran

Kebutuhan pembelajaran bagi klien dan keluarga bersifat individual dan berbeda dengan klien yang lain sehingga perawat perlu mengkaji faktor-faktor yang mendukungnya. Kebutuhan pembelajaran klien dan keluarga dapat dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikologi, perkembangan, kultur, lingkungan dan sosial.

Setiap faktor mempengaruhi pembelajaran pada setiap keluarga.

Selanjutnya pada pengkajian fisik dinilai keterbatasan fisik, status kesehatan, adaptasi terhadap situasi dan riwayat penyakit yang lalu. Pengkajian kondisi psikologi meliputi mekanisme koping, status kognitif, adanya kecemasan, kekhawatiran dan dukacita. Kehilangan seperti bercerai, kematian orang yang sangat berarti, pindah sekolah, pindah pekerjaan, dan aspek perkembangan sehubungan dengan kehilangan dapat meningkatkan atau menurunkan kemampuan individu untuk berkonsentrasi. Faktor perkembangan berhubungan dengan usia (maturitas), yang didukung dengan kemampuan untuk menggunakan bahasa, kemampuan berinteraksi dengan orang dan perkembangan perilaku. Sedangkan faktor sosial berhubungan dengan pencapaian tingkat pendidikan, kondisi sosial ekonomi, adanya tidaknya tetangga, pekerjaan, aktivitas secara umum dan kemudahan untuk mendapat pelayanan kesehatan (asuransi kesehatan atau transportasi).

Selanjutnya aspek budaya dan lingkungan dipengaruhi agama, latar belakang etnik, kebiasaan makan, cara merawat anak, dan berbagai sistem nilai yang menjadi variasi budaya dan sub budaya (Johnson, 1996; Nolan, 1998; Enkin dkk, 2000).

#### 4. Tipe pengajaran

Pengajaran dapat dikelompokkan menjadi pengajaran kognitif atau pengetahuan, sikap dan ketrampilan psikomotor. Keluarga yang beresiko tinggi dapat belajar beragam metode ini.



Pengajaran untuk meningkatkan pengetahuan disebut juga pengajaran untuk meningkatkan kemampuan kognitif. Perawat dapat mengajarkan konsep tentang persalinan prematur berdasarkan pengalaman yang baru dialami klien tentang persalinan prematur. Selanjutnya pembelajaran sikap dan emosi juga dapat menimbulkan efek perubahan dalam perawatan kesehatan. Proses pembelajaran ini dapat dipelajari dari sosial, budaya dan percobaan- percobaan sehingga perawat perlu menyadari bahwa sikap yang ditunjukkan klien dan keluarga dapat dipengaruhi oleh sosial budaya dan sangat berbeda dengan nilai kesehatan. Sehingga perawat perlu memotivasi klien agar terjadi perubahan terhadap masalah yang dihadapi. Proses perubahan sikap berjalan lambat dan memerlukan contoh dan hal ini dapat diperoleh keluarga nilai-nilai kesehatan yang dianut oleh perawat.

Proses pembelajaran ketrampilan atau psikomotor, merupakan perilaku yang terintegrasi dari fungsi neurologi dan koordinasi muskuloskeletal. Proses pembelajaran ini tergantung pada kekuatan individual, waktu reaksi, kecepatan, keseimbangan, *precision*, dan fleksibilitas (Johnson, 1996; Enkin dkk, 2000).

Hasil dari pembelajaran yang diharapkan dari klien adalah untuk peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan peningkatan ketrampilan psikomotorik. Proses pembelajaran tersebut menurut Notoatmodjo (2003) harus didahului kesadaran, bahwa ada stimulus akibat ketidaktahuannya. Selanjutnya adalah ketertarikan pada stimulus tersebut untuk segera diatasi dan dihadapi yang diikuti oleh keinginan untuk menimbang-nimbang baik atau tidak dampak stimulus tersebut

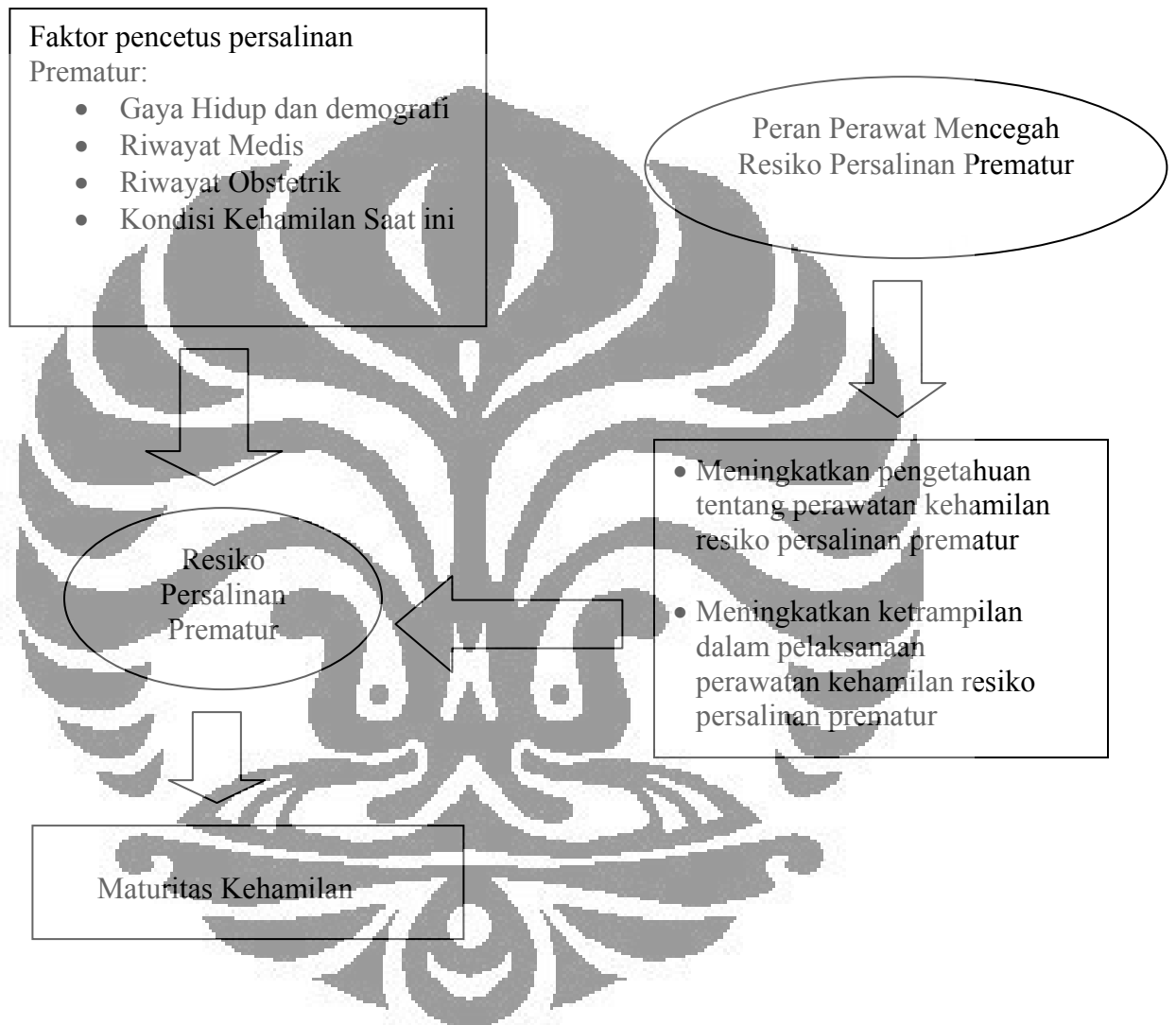
pada dirinya, keluarga, dan lingkungan untuk diatasi. Berdasarkan pertimbangan tersebut klien mencoba untuk merubah nilai-nilai atau sikap dan perilaku yang dianutnya selama ini menjadi suatu perilaku baru. Proses perubahan perilaku klien akan sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

Perubahan perilaku jika berdasarkan pengetahuan maka akan bersifat langgeng dengan perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

5. Strategi pengajaran untuk keluarga dengan resiko tinggi kehamilan meliputi
  - a).Pengkajian kebutuhan klien dan kemampuan; merumuskan program pengajaran.
  - b). Membangun kekuatan pengajaran; melakukan koordinasi dengan pengajar dari berbagai profesional kesehatan, melakukan seleksi alat bantu, membuat alat bantu pengajaran yang unik.
  - c). Mempersiapkan rencana pengajaran; memilih setting pengajaran, grup diskusi, tim pengajaran, memilih metode pengajaran, melibatkan semua anggota keluarga, mengumpulkan prioritas keluarga, menggunakan contoh , menggunakan penghargaan untuk setiap perubahan, komunikasi dengan klien, menghindari informasi yang berlebihan dan mengajarkan persiapan home care.
  - d) Evaluasi pembelajaran, menilai hasil dari pengajaran pada situasi resiko tinggi kehamilan (Johnson, 1996; Enkin dkk, 2000).

#### D. Kerangka Teori

Resiko tinggi persalinan prematur pada ibu hamil dapat terjadi karena dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu gaya hidup dan kondisi demografinya, riwayat medis dan riwayat obstetrik yang pernah diderita serta kondisi kehamilan saat ini. Faktor-faktor ini akan mengancam maturitas kehamilan ibu, sehingga persalinan prematur dapat terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu dan sebelum usia kehamilan 36 minggu. Tanda dan gejala yang ditemukan kontraksi lebih dari 4 kali dalam 20 menit atau 6 kali dalam 60 menit dan pembukaan cervik lebih dari 1 cm dan 80% atau lebih servik menipis. Bentuk penatalaksanaan untuk pencegahan persalinan prematur dilakukan pengobatan dan perawatan untuk mengatasi kontraksi uterus, menghambat pembukaan servik sebelum waktunya serta menurunkan respon psikologis ibu agar tidak stres terhadap kenyataan yang ada dan mampu merubah gaya hidup untuk menjaga kehamilan sampai matur. Bentuk penatalaksanaan ini harus dipahami dan dapat dimengerti serta dilakukan oleh ibu. Selanjutnya agar kehamilan dapat dipertahan sampai matur perlu peran perawat untuk memberi pengetahuan dan cara perawatan kehamilan agar ibu hamil dengan resiko persalinan prematur memiliki pengetahuan dan dapat merawat kehamilannya di rumah dengan benar.



### Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Gilbert & Harmont, 2003; Gorrie dkk, 1998; Enkin dkk, 2000

# BAB III

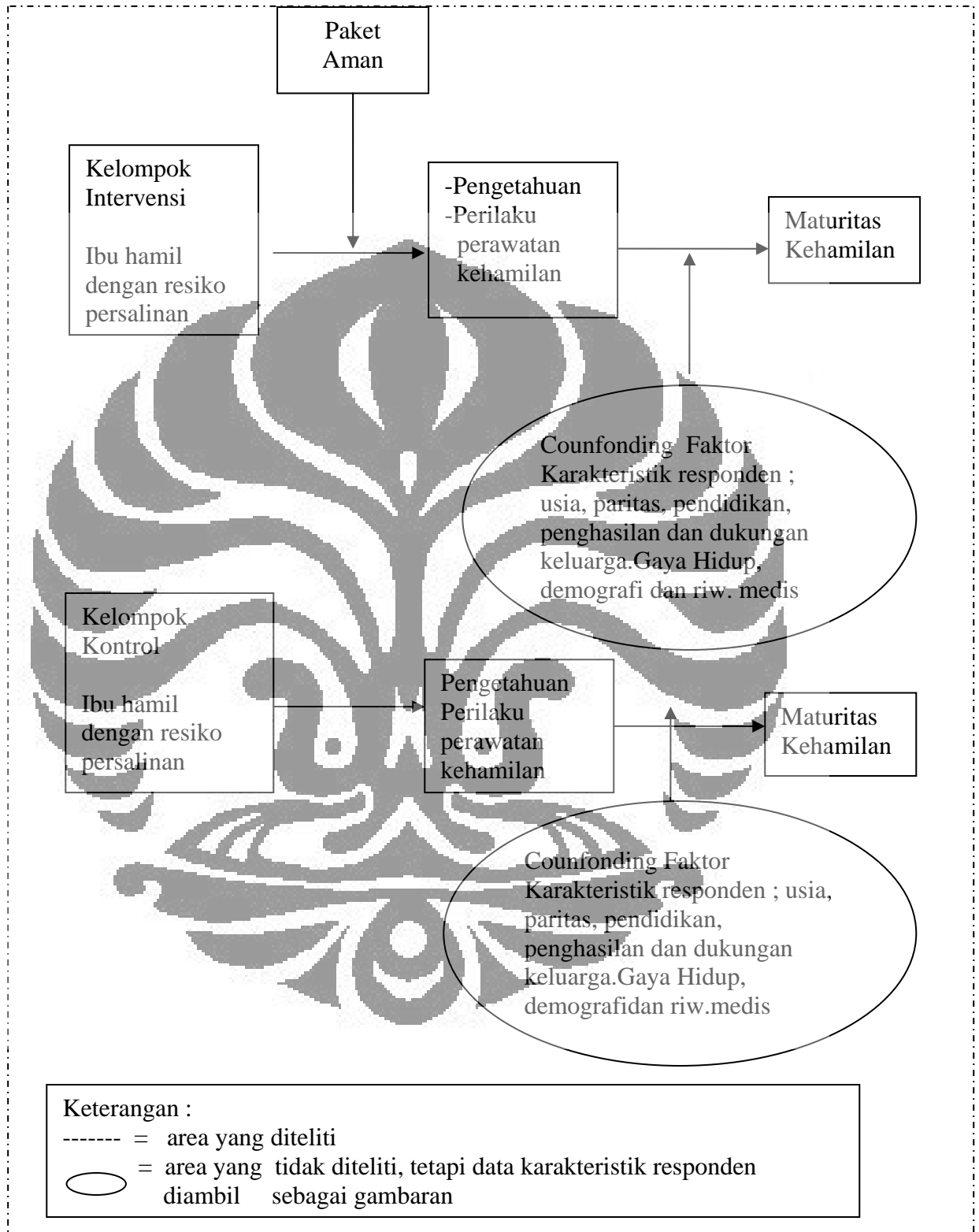
## KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESA DAN DEFINISI OPERASIONAL

### A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan serta maturitas kehamilan sedangkan variabel dependen adalah ibu hamil dengan resiko persalinan prematur yang diberi intervensi dan yang menjadi kelompok kontrol.

Karakteristik (faktor councfounding) yang dapat membedakan diantara ibu hamil dengan resiko persalinan prematur adalah usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, penghasilan dan dukungan keluarga serta gaya hidup, demografi dan riwayat medis.

Kerangka Konsep Penelitian



## B.Hipotesa Penelitian

Rumusan Hipotesa berdasarkan kerangka tersebut diatas adalah sebagai berikut :

1. Rata-rata pengetahuan tentang perawatan kehamilan pada kelompok intervensi lebih tinggi setelah diberi paket Aman dibanding sebelum diberi paket Aman.
2. Rata-rata pelaksanaan perawatan kehamilan setelah diberi paket Aman lebih tinggi dari sebelum diberi paket Aman.
3. Pencapaian maturitas kehamilan lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol.



**B. Definisi Operasional :**

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Paket Aman	Suatu kumpulan materi yang dirancang untuk proses pembelajaran tentang pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan pada kehamilan dengan resiko persalinan prematur	-	0= Tidak ada pemberian paket aman  1= Ada pemberian paket aman	Nomina l
2	Pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan resiko persalinan prematur: a).Definisi b).Tanda & gejala Resiko persalinan prematur 3).Resiko persalinan prematur pada bayi& keluarga. 4) Tindakan monitoring kontraksi 5).Tindakan monitoring gerakan bayi 6).ANC 7).Bedrest 8).Hidrasi 9).Nutrisi 10).Stress 11).Sek 12).Kebersihan	Pemahaman ibu tentang perawatan resiko persalinan prematur: 1)Pengertian tentang definisi persalinan prematur. 2)Pengertian tentang tanda & gejala. 3)Pengertian Resiko persalinan prematur pada bayi & keluarga. 4).Pengertian tentang monitoring kontraksi 5).Pengertian tentang monitoring gerakan bayi 6).Pengertian tentang pemeriksaan kehamilan 7).Pengertian	Pernyataan sebanyak 40 item dengan jawaban benar dan salah	Jawaban benar mendapat skor =1  Jawaban Salah Mendapat skor = 0  Nilai tertinggi= 40  Nilai terendah= 0	Interval



	perianal 13).Obat	tentang bedrest 8).Pengertian menghindari dehidrasi. 9).Pengertian tentang nutrisi selama hamil 10).Pengertian menghindari stress 11).Pengertian menghindari hubungan sek dan stimulasi payudara 12).Pengertian Kebersihan perianal 13).Pengertian pentingnya minum obat teratur.			
3	Perilaku ibu tentang perawatan kehamilan risiko persalinan prematur: a).Monitor Kesejahteraan Janin b).Monitor Kontraksi c).Tindakan pencegahan kontraksi d).Tindakan saat kontraksi. e).Perawatan Perianal	Kemampuan dalam perawatan resiko persalinan prematur: 1.Menghitung gerakan bayi. 2.Memantau gerakan bayi. 3.Membedakan kontraksi. 4.Menghitung kontraksi. 5.Melakukan posisi tidur/istirahat. 6.Stress& Tindakan mengatasi stress. 7.Sex dan tindakan setelah hubungan Intim. 8.Tindakanan bedrest aktivitas. 9. Tindakan hidrasi. 10.Cara buang air.	Pernyataan sebanyak 23 item diajukan dengan pertanyaan dan observasi benar dan salah berhubungan dengan jawaban.	Perilaku benar mendapat skor =2 Perilaku Salah mendapat skor=1 Nilai tertinggi= 46 Nilai terendah= 23	Interval

		11. Tindakan pada obat. 12. Tindakan saat kontraksi. 13. Tindakan perawatan perianal.			
4.	Maturitas Kehamilan	Kehamilan ibu mencapai usia 36 minggu Usia berdasarkan perhitungan hari pertama haid terakhir dan pengukuran tinggi fundus uteri	Bertanya langsung & Observasi langsung (Menghitung menggunakan rumus Naegele dan mengukur tinggi fundus)	0= Kehamilan tidak mencapai 36 minggu (usia kehamilan tidak matur) 1= Kehamilan mencapai 36 minggu (usia kehamilan matur)	Nominal
5.	Usia ibu	Jumlah tahun sejak ibu lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner :	Usia dalam tahun	Interval
6.	Paritas	Jumlah kelahiran anak baik lahir hidup maupun lahir mati yang dialami ibu.	Kuesioner : Jumlah anak dikategorikan : - Primipara ( anak pertama), Multipara (> 2 anak)	0 = Primipara 1 = Multipara	Ordinal

7.	Pendidikan Ibu	Jenis pendidikan terakhir ibu	Kuesioner : Jawaban pertanyaan sesuai jawaban ibu, dikelompokkan dalam 2 kategori : Dasar (SD,SMP) Lanjut (SMU, PT)	0=Dasar 1=Lanjut	Ordinal
8.	Pekerjaan Ibu	Jenis pekerjaan disamping sebagai ibu rumah tangga yang menghasilkan imbalan untuk kebutuhan sehari-hari	Kuesioner : Sesuai dengan jawaban ibu yang di kelompokkan dalam 2 kategori : Tidak bekerja dan bekerja.	0=tidak bekerja 1=Bekerja	Ordinal
9.	Penghasilan	Pendapatan tiap bulan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari	Kuesioner: Sesuai dengan jawaban ibu yang dikelompokkan pada penghasilan sedang dan kurang	0 = Sedang 1= Kurang	Ordinal
10.	Dukungan keluarga	Kehadiran orang lain, atau anggota keluarga yang serumah dengan klien yang memberi bantuan untuk meringankan pekerjaan rumah tangga dan memenuhi kebutuhan klien.	Kuesioner : Sesuai dengan jawaban ibu yang dikelompokkan dalam 2 kategori :	0 = Kurang Baik 1 = Baik	Ordinal

Paket Aman adalah suatu tindakan yang diberikan untuk meningkat pengetahuan dan kemampuan ibu hamil dengan resiko persalinan prematur dengan pasangannya/ keluarga agar dapat menjaga dan merawat kehamilannya sampai cukup bulan (matur). Paket Aman juga bermanfaat memperkuat coping ibu hamil dengan resiko persalinan prematur dengan pasangannya/ keluarga dalam menghadapi kondisi krisis serta meningkatkan partisipasi aktif keluarga.

Pendekatan yang digunakan berbentuk pendidikan dan latihan agar ibu memiliki pengetahuan tentang perawatan kehamilan dan keterampilan merawat dan memantau kehamilan agar waspada terhadap tanda dan gejala serta memiliki kemampuan untuk melakukan pencegahan dan dapat memantau kesejahteraan janin. Media yang digunakan berbentuk booklet dan metode pengajaran dengan menggunakan metode komunikasi secara personal dengan diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.

## BAB IV

### METODOLOGI

Pada bab ini akan dibahas tentang desain penelitian , populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, alat pengumpulan data, etika penelitian, prosedur dan pengumpulan data dan analisa data .

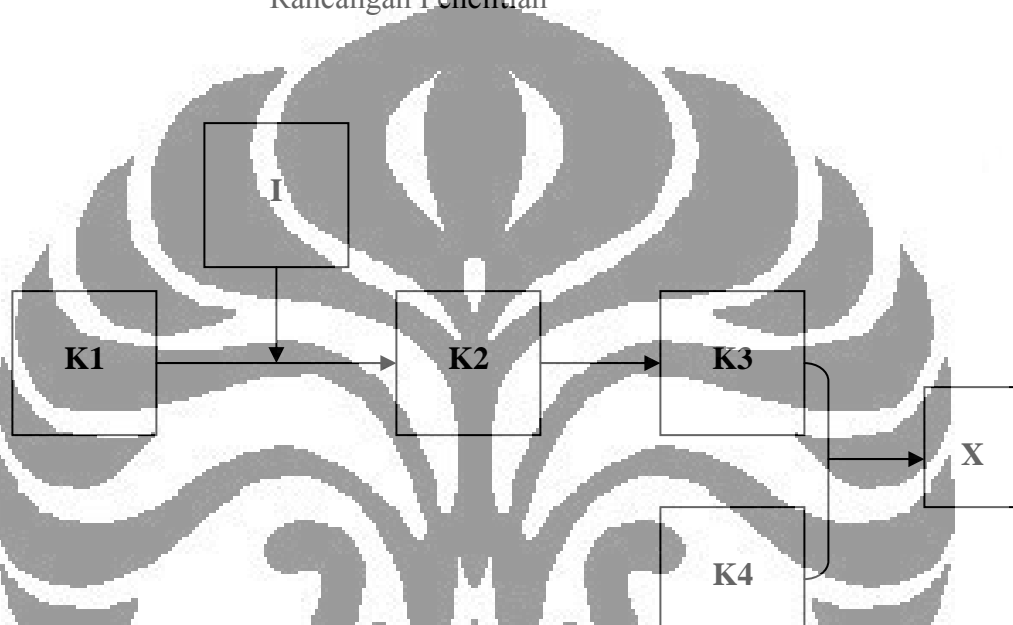
#### A. Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan pendekatan *pre and post test without control group* dilanjutkan dengan *post test only design with control grup* untuk mengukur efektifitas paket aman terhadap maturitas . Pendekatan *pre and post test without control group* yaitu pengukuran dilakukan pada saat sebelum dan sesudah penelitian pada kelompok intervensi tanpa adanya kelompok kontrol sedangkan *post test only design with control group* mengukur perbandingan maturitas kehamilan pada kelompok intervensi sesudah intervensi dan pada kelompok kontrol.

Pengukuran ini dilakukan pada kelompok intervensi setelah diberikan intervensi paket Aman dan pengukuran dilakukan pada kelompok kontrol yang sebelumnya tidak diberikan paket Aman. Melalui desain ini diharapkan dapat terlihat efektifitas paket Aman yang dirancang oleh peneliti terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan oleh ibu hamil, dengan membandingkan hasil pengukuran pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi tanpa kelompok kontrol.

Selanjutnya adalah membandingkan maturitas kehamilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Lebih jelasnya desain penelitian ini diskemakan sebagai berikut :

Skema 4.1  
Rancangan Penelitian



Keterangan :

K1 = Pre intervensi kelompok intervensi

I = Paket Aman sebagai intervensi

K2 = Post intervensi kelompok intervensi

K3 = Maturitas Kelompok Intervensi

K4 = Maturitas Kelompok Kontrol

X = Perbedaan maturitas kehamilan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

## B. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah seluruh subyek penelitian (Arikunto, 1997) atau keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Aziz, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dengan resiko persalinan prematur di RS Ciptomangunkusumo , RS Fatmawati dan Puskesmas Cempaka Putih. Pengambilan data minggu kedua April sampai dengan Juni 2008.

### 2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang diteliti dan untuk sebuah penelitian dapat menentukan cara pemilihan sampel sesuai jenis dan tujuan penelitian tersebut.

Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan purposif sampling.

Cara ini dilakukan untuk mendapatkan sampel sesuai ciri-ciri yang diharapkan.

Sampel yang ditetapkan berdasarkan kriteria diharapkan peneliti dapat memberikan informasi yang akurat. Sampel yang diambil dari populasi dengan adalah ibu-ibu hamil dengan resiko persalinan prematur yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

Ibu hamil berusia  $\leq 40$  tahun dengan usia kehamilan 28-32 minggu, yang diijinkan untuk perawatan kehamilan di rumah disertai pesan standar pengobatan oleh dokter dengan penyakit seperti vaginosis, diabetes, hipertensi, anemia, preeklamsia dan plasenta previa. Ibu dengan kehamilan tunggal, bersedia

menjadi responden penelitian, bisa membaca dan menulis serta menetap di Jakarta dan sekitarnya.

Selanjutnya yang menjadi kriteria eksklusi adalah kehamilan gemelli, kehamilan dengan ketuban pecah dini, kehamilan dengan inkopeten servik, eklamsia, pembedahan abdomen selama hamil, iritabilitas uterus, perdarahan uterus, kelainan fetus, penyakit jantung dan penyakit ginjal .

Jumlah sampel ditentukan berdasarkan hasil penelitian sebelumnya (Ariawan, 2003). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Dyson et al (1998) diketahui nilai P1 (kelompok intervensi) adalah 20% dan nilai P2 (kelompok kontrol) berdasarkan SKDI 2005 (Depkes 2007) adalah 60%. Peneliti ingin menguji hipotesis dengan beda 2 proporsi dengan derajat kemaknaan ( $\alpha$ ) 5% dan kekuatan uji ( $\beta$ ) 80%.

Diketahui besar proporsi P1 = 20% proporsi P2 = 60%

Proporsi rata-rata =  $(0,2 + 0,6) / 2 = 0,4$

Sehingga besar sampel yang dibutuhkan adalah :

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$(P_1 - P_2)^2$$

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{2 * 0,4(1-0,4)} + 0,84 \sqrt{0,2(1-0,2) + 0,6(1-0,6)})^2}{(0,2-0,6)^2}$$

$$(0,2-0,6)^2$$



= 18

Jadi jumlah sampel adalah 18 orang ditambah 20% dari jumlah sampel minimum untuk mengantisipasi sampel yang drop out, sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 22 orang. Sampel keseluruhan 44 orang terbagi menjadi 22 orang untuk kelompok kontrol dan 22 orang untuk kelompok intervensi.

Tetapi saat pengambilan data jumlah tersebut tidak tercapai, sampel yang memenuhi kriteria sebanyak 20 untuk intervensi dengan 2 orang drop out dan 23 untuk kontrol dengan drop out 5 orang. Sehingga jumlah sampel intervensi = 18 orang dan sampel kontrol = 18 orang.

### 3. Teknik Sampling

#### a. Kelompok Kontrol

Yang dijadikan kelompok kontrol adalah semua ibu resiko persalinan prematur di rumah sakit atau Puskesmas tempat penelitian terhitung pada tanggal pengambilan data dan memenuhi kriteria inklusi seluruhnya berjumlah 18 orang. Responden kontrol dapat diketahui dengan menelusuri dokumentasi rumah sakit atau Puskesmas dan mencari alamat responden, sehingga mudah dikunjungi untuk mengambil data atau dilakukan pengukuran.

#### b. Kelompok Intervensi

Kelompok intervensi adalah semua ibu hamil resiko persalinan prematur, terhitung pada tanggal pengambilan data dan memenuhi kriteria inklusi dan selanjutnya diijinkan untuk merawat kehamilan sampai matur di rumah seluruhnya berjumlah orang 18 orang.

Intervensi paket aman dilakukan di rumah responden, pengukuran awal dilakukan sebelum intervensi dilakukan dan pengukuran pengetahuan akhir dilakukan setelah kehamilan 36 minggu. Pengukuran dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah dan responden mengisi kuesioner.

- c. Proses pemilihan responden untuk masuk pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dilakukan pada tempat yang sama. Proses pemilihan dilakukan lebih dulu untuk kelompok intervensi sedangkan responden yang dirawat dan dimonitor yang selanjutnya kehamilan tidak dapat lagi dipertahankan dijadikan kelompok kontrol.

Selanjutnya untuk mendapatkan responden peneliti menelusuri dokumentasi RS Fatmawati dan RSCM data pasien rawat inap atau rawat jalan di bulan Januari – Maret yang mengalami kehamilan berisiko tinggi dan diijinkan untuk merawat kehamilan di rumah. Berdasarkan data identitas pasien, peneliti mendapatkan informasi keberadaan responden serta mendapatkan informasi tentang usia kehamilan sesuai dengan kriteria inklusi.

Sampai minggu ke dua Mei, karena responden belum mencapai batas minimal selanjutnya peneliti memperluas wilayah penelitian ke Puskesmas Cempaka Putih.

### **C. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Ciptomangkusumo, Rumah Sakit Fatmawati Jakarta dan Puskesmas Cempaka Putih Jakarta. Alasan pengambilan ke dua rumah sakit serta satu puskesmas tersebut karena merupakan rumahsakit rujukan nasional serta puskesmas induk dengan wilayah kerja yang luas. Penelitian ini dilaksanakan mulai pada minggu ke 2 bulan April sampai minggu ke 2 bulan Juni 2008.

### **D. Etika Penelitian**

Setiap subjek riset mempunyai hak untuk dihormati kebebasan pribadinya dan dilindungi integritas dirinya serta diupayakan meminimalisasi pengaruh riset atas integritas fisik, mental maupun kepribadiannya. Beberapa aspek yang menjadi pertimbangan dalam etika penelitian ini adalah kebebasan menentukan kesediaan dalam penelitian, menghormati *privacy* dengan menjaga kerahasiaan baik identitas maupun data/informasi yang diberikan, menjaga responden dari ketidaknyamanan fisik maupun psikologis (Polit & Hungler, 1999). Berdasarkan pertimbangan tersebut maka penelitian ini dilaksanakan setelah mendapat izin dari pimpinan RSCM dan RS Fatmawati dan Puskesmas Cempaka Putih.

Prosedur permintaan izin kepada responden, baik kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, diawali dengan penjelasan tentang tujuan, prosedur dan manfaat penelitian serta harapan peneliti. Kepada responden juga dijelaskan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif terhadap responden dan dijamin kerahasiaan identitasnya, maupun informasi yang diberikan. Bila responden memahami dan bersedia terlibat dalam penelitian ini, maka kesediaan tersebut didokumentasikan dengan menandatangani lembar persetujuan sebagai responden tetapi disamping itu responden diberi hak menolak terhadap keterlibatan selama penelitian ini.

Setiap subjek penelitian juga mempunyai hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil. Sehubungan dengan prinsip etik tersebut, maka kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak dibedakan secara mencolok, namun waktu pelaksanaan dibedakan. Kelompok kontrol lebih dahulu mengisi kuesioner A (karakteristik ibu) kemudian dilakukan pengukuran pengetahuan dengan mengisi kuesioner B1. Selanjutnya pada akhir penelitian pada kelompok kontrol diberikan paket Aman.

Demikian juga dilakukan pada kelompok intervensi setelah dilakukan pengisian kuesioner A (karakteristik ibu) dan pengukuran pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan dengan kuesioner B1 dan B2, dilanjutkan dengan pemberian intervensi paket aman. Selanjutnya untuk mengobservasi pelaksanaan perawatan kehamilan, responden dikunjungi minimal 2 kali sampai minggu ke 36 usia kehamilan dan pada usia kehamilan tersebut responden akan kembali mengisi

kuesioner pengetahuan dan perilaku serta dilakukan pengukuran maturitas kehamilan.

Proses pengambilan data pada kedua kelompok ini dilakukan saat kondisi klien stabil. Proses pengambilan data responden untuk kelompok kontrol dan kelompok intervensi dilakukan di rumah responden.

### **E. Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi dalam 2 bagian yaitu :

#### **1. Kuesioner A**

Kuesioner A merupakan instrument pertama yang diisi oleh kelompok kontrol dan kelompok intervensi berupa pertanyaan tentang karakteristik ibu hamil dengan resiko persalinan prematur yaitu usia, pendidikan, paritas, pekerjaan, penghasilan dan dukungan keluarga.

#### **2. Kuesioner B**

Kuesioner B merupakan instrument kedua yang diisi oleh kelompok intervensi, yang berkaitan dengan pengetahuan (B1) dan pelaksanaan perawatan kehamilan (B2). Kuesioner ini digunakan untuk pre dan post test pada kelompok intervensi.

- a) Kuesioner yang berkaitan dengan pengetahuan terdiri dari 40 pertanyaan dengan pilihan benar salah. Setiap item diberi skor 1 untuk jawaban benar

dan skor 0 untuk jawaban salah. Total skor terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 40.

Menggali pengetahuan perawatan kehamilan meliputi: definisi persalinan prematur, tanda dan gejala persalinan prematur, resiko persalinan prematur pada bayi dan keluarga, monitoring kontraksi, monitoring gerakan bayi, pemeriksaan kehamilan, bedrest dan pembatasan aktivitas, menghindari dehidrasi/ kecukupan cairan, nutrisi selama hamil, menghindari stress, menghindari hubungan sek dan stimulasi payudara, kebersihan perianal, pentingnya minum obat teratur.

- b) Kuesioner yang berkaitan dengan pelaksanaan perawatan kehamilan yang berkaitan dengan perilaku berupa pertanyaan dan observasi ketrampilan dengan penilaian jawaban benar dan salah.

Perilaku yang digali tentang perawatan kehamilan meliputi:

tindakan memonitor kesejahteraan janin, tindakan memonitor kontraksi, tindakan pencegahan kontraksi, tindakan saat kontraksi dan perawatan perianal. Selanjutnya perilaku yang benar akan mendapat skor 2 dan yang salah akan mendapat skor 1.

Kuesioner B diuji coba meliputi uji validitas dan uji reliabilitas. Validitas adalah sebuah ukuran yang menunjukkan tingkat kesesuaian alat ukur instrumen dengan apa yang diukurkan ( Sugiyono, 2001). Ada tiga

pendekatan utama untuk menilai validitas instrumen pengukuran yaitu validitas isi, validitas konsep dan validitas standar terkait (Dempsey & Dempsey, 2002) .

Validitas isi adalah validitas yang diestimasi lewat pengujian terhadap isi test dengan analisis rasional dan melalui keputusan professional ( Sugiyono, 2001), dengan demikian untuk uji validitas dilakukan dengan meminta pendapat ahli. Prosedur statistik tidak dipakai menentukan validitas isi pada instrument pengukuran ini (Dempsey & Dempsey, 2002). Penelitian ini menggunakan uji validitas dengan menggunakan uji validitas isi, kuesioner yang telah dibuat dikonsultasikan dengan 1 pakar keperawatan maternitas.

Reliabilitas instrumen pengukuran mengacu pada kemampuannya untuk mendapatkan hasil yang konsisten saat dipakai ulang dan dikatakan reliabel jika instrumen dapat melakukan apa yang seharusnya dilakukan dengan cara yang sama (Dempsey & Dempsey, 2002). Instrumen penelitian ini menggunakan uji reliabilitas dengan cara *Interrater reliability* yang disebut juga "reliabilitas antar pengamat". Metode ini menggunakan dua atau lebih pengamat yang berbeda secara independen mengamati dan mencatat hasil observasinya dengan menggunakan format catatan yang sama. Kekuatan kesepakatan antara kedua kumpulan observasi dapat dianggap sebagai korelasi (Sugiono, 2001; Dempsey & Dempsey, 2002).

Proses uji reliabilitas dengan cara *Interrater reliability* atau reliabilitas antar pengamat yang dilakukan peneliti adalah dengan cara memberikan pelatihan kepada kolektor data agar persepsi antara sesama kolektor sama. Pelatihan dilakukan sebanyak 1 kali selama 100 menit mengenai cara pengisian kuesioner A dan B juga berhubungan dengan cara menilai perilaku/ ketrampilan dan langsung melakukan demonstrasi terhadap klien. Dari hasil pelatihan didapat nilai uji Kappa (K) kolektor data adalah 0,9 yang berarti tidak ada perbedaan persepsi antara peneliti dengan kolektor data. Selanjutnya peneliti membuat protokol pelaksanaan dalam pemberian intervensi paket Aman. Protokol ini dipergunakan sebagai *intra reliability* karena intervensi paket Aman diberikan hanya oleh peneliti.

Gayatri (2004) menyebutkan agar pertanyaan dalam instrumen dapat dijawab dengan konsisten oleh responden maka peneliti harus membuat pernyataan positif dan negatif seimbang banyaknya dan tidak menuntun jawaban pada satu pilihan tertentu serta mempertimbangkan kriteria-kriteria tertentu. Seiring pernyataan tersebut, sebelum instrumen penelitian dilakukan uji reliabilitas, peneliti mencoba membuat pernyataan kuesioner pengetahuan 50% kalimat positif dan 50% kalimat negatif.



## F. Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data.

Penelitian dimulai setelah memperoleh izin dari Kepala Rumah Sakit Rumah Ciptomangunkusumo, Kepala Rumah Sakit Fatmawati dan Kepala Puskesmas Cempaka Putih. Selanjutnya kegiatan penelitian baik kepada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, dimulai dengan tahapan sebagai berikut :

### 1. Proses penelitian dan pengumpulan data awal:

a) Membuat kontrak dengan 1 perawat ruangan untuk menjadi kolektor pengambilan data awal dengan syarat minimal berpendidikan SPK atau bidan yang telah bekerja di ruang kebidanan minimal 2 tahun.

b) Pelatihan terhadap kolektor data, diperkirakan 100 menit dengan metode ceramah, tanya jawab dan demonstrasi menggunakan media kuesioner yang telah dibuat. Proses evaluasi dilakukan dengan tanya jawab dan demonstrasi terhadap 2 klien, pada saat kolektor data bekerja.

c) Pengambilan data pada responden dengan prosedur :

(1). Menentukan calon responden yang memenuhi kriteria inklusi, dengan mengumpulkan data yang berkaitan dengan identitas dan data demografi.

(2). Memberi penjelasan kepada calon responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Apabila calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden diminta

menandatangani *lembar* persetujuan menjadi responden. Apabila tidak bersedia, maka keputusan responden tetap dihargai dan responden tetap mendapat perawatan dan pengobatan sesuai standar perawatan.

- (3). Setelah ibu mendapat penjelasan dan setuju menjadi responden, maka ibu yang menjadi kelompok kontrol A dan B1 dan kelompok intervensi dipersilahkan mengisi kuesioner A, B1 dan B2. Agar data yang diberikan oleh responden dapat jujur, maka petugas menjelaskan dan memberi penekanan agar pengisian kuesioner sesuai dengan apa yang dialami atau dirasakan oleh responden sampai saat mengisi kuesioner.
- (4) Setelah mengisi kuesioner B1 dan B2 dilanjutkan pemberian intervensi paket aman pada kelompok intervensi.
- (5) Pemberian intervensi paket aman di rumah, dengan kontrak pelaksanaan waktu kunjungan rumah minimal 1x 24 jam setelah keluar dari rumah sakit untuk responden kelompok intervensi.

## 2. Intervensi Paket Aman

- a). Intervensi paket Aman. Paket Aman berisi pengetahuan dan cara perawatan kehamilan yang membahas definisi persalinan prematur, tanda dan gejala persalinan prematur, resiko persalinan prematur pada bayi dan keluarga, monitoring kontraksi, monitoring gerakan bayi,

pemeriksaan kehamilan, bedrest dan pembatasan aktivitas, menghindari dehidrasi/ kecukupan cairan, nutrisi selama hamil, menghindari stress, menghindari hubungan sek dan stimulasi payudara, kebersihan perianal, pentingnya minum obat teratur.

b). Sasaran paket aman adalah klien dan suami/ keluarga.

c). Waktu pelaksanaan intervensi disepakati bersama klien saat klien dalam kondisi stabil dan dihadiri oleh suami/ orangtua/ pendamping.

d) Prosedur intervensi, pendidikan kesehatan diberikan di rumah klien.

Petugas pemberi informasi adalah peneliti sendiri sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan. Petugas duduk dihadapan responden yang didampingi suaminya/ keluarga. Metode yang digunakan adalah ceramah, tanya jawab, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.

Adapun rinciannya adalah sebagai berikut:

(1). Pemberian paket aman mengenai pengetahuan tentang definisi persalinan prematur, tanda dan gejala persalinan prematur, resiko persalinan prematur pada bayi dan keluarga, monitoring kontraksi, monitoring gerakan bayi, pemeriksaan kehamilan, bedrest dan pembatasan aktivitas, menghindari dehidrasi/ kecukupan cairan, nutrisi selama hamil, menghindari stress, menghindari hubungan sex dan stimulasi payudara, kebersihan perianal, pentingnya minum obat teratur.

Waktu yang dibutuhkan berkisar 30 menit yang dibagi menjadi pendahuluan selama 5 menit untuk pemberi materi mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri serta menjelaskan cakupan materi. Penjelasan selama 20 menit, peneliti memberikan penjelasan mengenai materi yang ada dalam booklet dan memberikan kesempatan pada responden untuk bertanya bila belum jelas. Selanjutnya penutup selama 5 menit untuk menyimpulkan materi.

(2). Pelaksanaan perawatan kehamilan berupa demonstrasi tindakan yang aman dalam perawatan kehamilan resiko persalinan prematur. Berupa aplikasi dari pengetahuan yang dijelaskan 30 menit pertama. Demonstrasi ini dilakukan selama 30 menit oleh pemberi materi dan responden diminta untuk redemonstrasi kembali, selama proses ini responden diberi kesempatan juga untuk bertukar pengalaman mengenai kondisi yang diderita. Setelah selesai pemberi materi mengucapkan salam penutup. Selanjutnya melakukan perjanjian dengan responden akan ada kunjungan rumah minimal 2 kali sampai kehamilan 36 minggu.

## **G. Analisis Data**

Pengolahan data untuk penelitian kuantitatif menggunakan bantuan program komputer yang dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

a. *Editing*, dilakukan untuk menilai kelengkapan data.

b. *Coding*, jawaban pada setiap kuesioner dan hasil observasi dikode dan diberi score untuk memudahkan dalam pengolahan data.

c. *Cleaning data*, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data.

Sebelum dilakukan pengujian hipotesis, dilakukan uji homogenitas untuk mengetahui adakah kesamaan variant antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Selanjutnya dilakukan :

#### 1. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Berhubung masing-masing variabel penelitian terdiri dari data kategorik dan numerik, maka data disajikan dengan menghitung frekuensi prosentase, distribusi mean, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum.

#### 2. Analisis Bivariat

Penelitian ini menggunakan kuasi eksperimen kelompok kontrol dan kelompok intervensi maka untuk mengujinya digunakan:

- a. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum intervensi paket aman serta perbedaan pengetahuan kelompok intervensi sebelum dan setelah tindakan intervensi paket aman digunakan *uji T Test*
- b. Untuk mengetahui perbedaan maturitas kehamilan kelompok kontrol dan intervensi digunakan *uji Chi Square*.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian mulai dari proses pengumpulan data yang dimulai sejak minggu kedua bulan April sampai minggu kedua Juni 2008. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Ciptomangunkusumo, Rumah Sakit Umum Fatmawati dan Puskesmas Cempaka Putih. Jumlah responden sebanyak 36 responden yang terdiri dari 18 responden kelompok kontrol dan 18 responden kelompok intervensi.

Hasil penelitian disajikan sebagai hasil analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat meliputi karakteristik ibu yang sekaligus menjadi *variable confounding* yang terdiri dari usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dukungan keluarga. Data numerik disajikan dalam bentuk jumlah, mean, standar deviasi, nilai minimum dan nilai maximum. Analisis bivariat dilakukan untuk uji homogenitas dengan menggunakan *Chi-square dan T Test*. Hasil-hasil penelitian sebagai berikut :

### A. Jumlah Responden Berdasarkan Tempat.

Tempat memperoleh 18 orang responden kelompok intervensi dan 18 orang responden kelompok kontrol pada penelitian ini adalah sebagian besar responden dari RSUD Fatmawati dengan kelompok kontrol sebanyak 12 orang (67%) dengan kelompok intervensi sebanyak 8 orang (42%) . Responden selebihnya diperoleh di RSCM dengan kelompok kontrol sebanyak 6 orang (33%) dengan kelompok intervensi sebanyak 8 orang (42%) . Tempat perolehan responden yang paling sedikit adalah di Puskesmas Cempaka Putih, dengan tidak ada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebesar 16 %. Secara keseluruhan sebagian besar responden diperoleh di RSUD Fatmawati ( 54 %.)

### B. Analisis Univariat

Karakteristik responden pada penelitian ini meliputi umur, paritas, pekerjaan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan dukungan keluarga yang dapat dilihat sebagai berikut:

#### 1. Karakteristik Responden

Karakteristik umur responden dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1  
Distribusi Fekwensi Umur Responden di Jakarta  
Bulan April –Juni Tahun 2008

Variabel	Mean	SD	Minimal- Maksimal	95 % CI	N
Usia	28,14	5,373	20 – 38	26,32 – 29,96	36

Berdasarkan hasil analisis tabel di atas di dapat rata-rata usia ibu hamil 28,14 tahun ( 95% CI : 26,32 – 29,96) dengan standar deviasi 5,373 tahun. Umur termuda 20 tahun dan umur tertua 38 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur ibu hamil adalah 26,32 tahun sampai dengan 29,96 tahun.

Selanjutnya karakteristik responden berdasarkan paritas, pendidikan, pekerjaan, dukungan keluarga dan maturitas kehamilan dianalisis dengan frekuensi dan prosentase. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini:





Tabel 5.2  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas,  
Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Dukungan Keluarga dan  
Maturitas Kehamilan di Jakarta, Bulan April -Juni Tahun 2008

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi		Total	%
		n = 18	%	N =18	%		
1	Paritas						
	Primipara	11	61	6	33,3	17	47,2
	Multipara	7	39	12	66,7	19	52,8
2	Pendidikan						
	Dasar	3	16,7	6	33,3	9	25
	Lanjut	15	83,3	12	66,7	27	75
3	Pekerjaan						
	Tidak Bekerja	8	44,4	9	50	17	47,2
	Bekerja	10	55,6	9	50	19	52,8
4	Penghasilan						
	Sedang	12	66,7	6	33,3	18	50
	Kurang	6	33,3	12	66,7	18	50
5	Dukungan Keluarga						
	Baik	5	27,8	11	61	16	44,4
	Kurang Baik	13	72,2	7	39	20	55,6
6	Maturitas						
	Matur	7	39	16	88,9	23	63,9
	Tidak	11	61	2	11,1	13	36,1

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas paritas responden adalah multipara 52,8% sedangkan selebihnya primipara. Tingkat pendidikan responden, mayoritas berpendidikan lanjut (SMA dan PT) sebesar 75,7 %, dan selebihnya berpendidikan dasar (SD dan SMP). Responden lebih banyak yang bekerja (52,8 %) dan sisanya tidak bekerja. Responden yang berpenghasilan sedang (50%) sama banyaknya dengan responden yang penghasilan kurang. Dukungan keluarga mayoritas (55,6%) kurang baik dan selebihnya dukungan keluarga dalam kategori

baik. Responden yang mengalami kehamilan matur pada kelompok kontrol sebesar 39% dan pada kelompok intervensi sebesar 88,9 %. Secara keseluruhan mayoritas responden mengalami kehamilan matur (63,9 %).

### C. Analisis Bivariat

#### 1. Uji Kesetaraan

Uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *t test* dan *chi-square* sehubungan data responden terdiri dari data katagorik dan data numerik. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.3  
Hasil Uji Kesetaraan Umur Responden  
di Jakarta, Bulan April- Juni 2008

Umur	Mean	SD	SE	p	N
Kontrol	27,50	5,021	1,183	0,697	18
Intervensi	28,78	5,776	1,361		

$\alpha = 0,05$

Hasil uji dari tabel 5.3 memperlihatkan bahwa rata-rata umur responden kontrol adalah 27,50 tahun dengan standar deviasi 5,021 tahun, sedangkan rata-rata umur responden intervensi adalah 28,78 tahun dengan standar deviasi 5,77 tahun.

Dari data di atas ditemukan bahwa nilai  $p = 0,697$  lebih besar dari  $\alpha = 0,05$  yang berarti variabel usia antara kelompok intervensi setara dengan kontrol.

Selanjutnya uji kesetaraan pada pada kelompok intervensi dan kontrol dengan variabel paritas, pekerjaan, pendidikan dan penghasilan dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini

Tabel 5.4  
Hasil Uji Kesetaraan Variabel Paritas, Pekerjaan, Pendidikan dan Penghasilan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Jakarta, Bulan April-Juni 2008

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi		X <sup>2</sup>	P Value
		n = 18	%	n = 18	%		
1	Paritas					2,786	0,182
	Primipara	11	64,7	6	35,3		
	Multipara	7	36,8	12	63,2		
2	Pekerjaan					0,111	1,000
	Tidak Bekerja	8	47,1	9	52,9		
	Bekerja	10	52,6	9	47,4		
3	Pendidikan					1,333	0,443
	Dasar	3	33,3	6	66,7		
	Lanjut	15	55,6	12	44,4		
4	Penghasilan					4,000	0,096
	Sedang	12	66,7	6	33,3		
	Kurang	6	33,3	12	66,7		
5	Dukungan keluarga					4,050	0,094
	Baik	5	31,2	11	68,8		
	Kurang Baik	13	65	7	35		

$\alpha = 0,05$

Berdasarkan hasil uji kesetaraan di atas, variabel yang tidak memiliki perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol adalah variabel yang bernilai  $p > \alpha = 0,05$ .

Variabel tersebut adalah variabel paritas ( $p = 0,182$ ), pekerjaan ( $p = 1,000$ ), pendidikan ( $p=0,443$ ), penghasilan ( $p = 0,096$ ) dan dukungan keluarga ( $p= 0,094$ ). Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa antara variabel-variabel kelompok kontrol dan kelompok intervensi sama atau setara.

## 2. Pengaruh Intervensi Paket Aman Terhadap Pengetahuan

Pengaruh intervensi paket aman terhadap pengetahuan pada kelompok intervensi dapat dianalisis dengan membandingkan nilai pengetahuan sebelum intervensi dan setelah intervensi yang dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5  
Perbedaan Pengetahuan Responden Pre dan Post Intervensi  
pada Kelompok Intervensi di Jakarta  
Bulan April-Juni 2008

Pengetahuan	Mean	SD	SE	P	N
Sebelum	22,89	3,394	0,800	0,000*	18
Sesudah	29,00	3,614	0,852		

\* signifikan pada  $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.5 ditemukan bahwa rata-rata nilai pengetahuan sebelum intervensi adalah 22,89 dengan standar deviasi 3,39 sedangkan untuk rata-rata nilai setelah intervensi adalah 29,00 dengan standar deviasi 3,61. Dari rata-rata nilai pengetahuan sebelum dan setelah intervensi dapat disimpulkan bahwa nilai setelah intervensi lebih tinggi nilai sebelum intervensi .

Selanjutnya dari perbandingan nilai pengetahuan kedua kelompok tersebut ditemukan adanya perbedaan yang sangat signifikan rata-rata pengetahuan sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi setelah pemberian Paket Aman ( $p=0,000 < \alpha = 0,05$ ).

### 3. Perbedaan Pelaksanaan Perawatan Kehamilan Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi

Perbedaan pelaksanaan perawatan kehamilan dapat diketahui dengan membandingkan nilai pelaksanaan perawatan kehamilan sebelum intervensi dan setelah intervensi yang dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6  
Perbedaan Pelaksanaan Perawatan Kehamilan Pre dan Post Intervensi  
Pada Kelompok Intervensi di Jakarta  
Bulan April-Juni 2008

Pelaksanaan Perawatan	Mean	SD	SE	P	N
Sebelum	25,67	2,866	0,589	0,000*	18
Sesudah	41,28	2,497	0,675		

\*signifikan pada  $\alpha = 0,05$

Dari tabel 5.6 dapat dilihat bahwa pre intervensi paket aman, kelompok intervensi melaksanakan perawatan kehamilan dengan rata-rata nilai 25, 67 dengan standar deviasi 2,866. Tetapi post intervensi paket aman nilai rata-rata pelaksanaan perawatan kehamilan meningkat menjadi 41,28 dengan standar deviasi 2,497

Pada analisis ada yang bermakna antara pelaksanaan perawatan kehamilan sebelum intervensi dan sesudah intervensi yaitu pelaksanaan perawatan kehamilan menjadi lebih baik setelah intervensi paket aman dibanding sebelum intervensi ( $p = 0,000$ ;  $\alpha = 0,05$ )

#### 4. Efektivitas Paket Aman Terhadap Maturitas Kehamilan

Efektivitas intervensi paket aman terhadap maturitas kehamilan dapat diketahui dengan membandingkan kejadian maturitas pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7  
Perbedaan Maturitas Kehamilan Responden Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi di Jakarta, Bulan April- Juni 2008

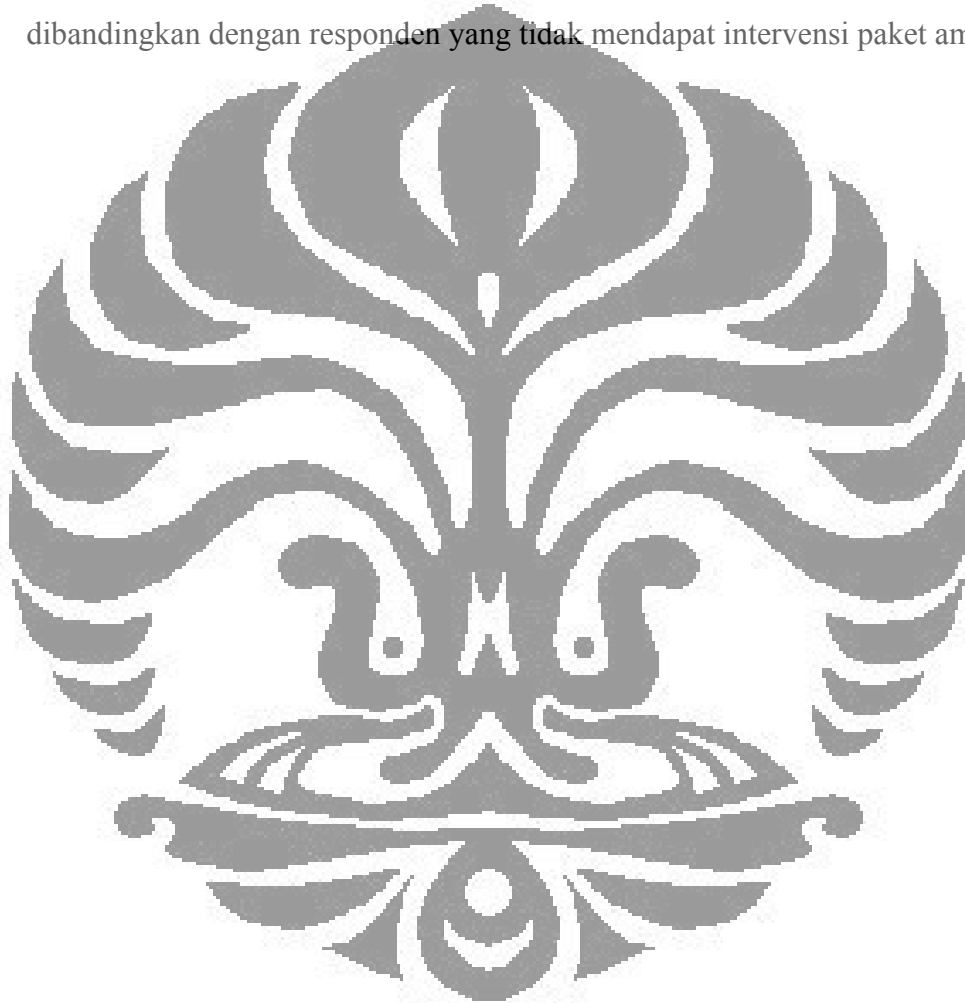
Maturitas	Kelompok				$X^2$	$P$	OR (95% CI)
	Intervensi	%	Kontrol	%			
Matur	16	69,6	7	30,4	9,753	0,006*	12,571 (2,187- 72,268)
Tidak Matur	2	15,4	11	84,6			

\*Signifikan pada  $\alpha = 0,05$

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa mayoritas 69,6% kelompok intervensi mengalami kehamilan matur dan kelompok kontrol mengalami kehamilan matur 30,4%. Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa kelompok intervensi dengan pemberian paket aman mengalami kehamilan matur lebih besar dari kelompok kontrol.

Pada analisis ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi yang mendapat paket Aman dan kelompok kontrol yang tidak mendapat paket Aman ( $p = 0,006$ ;  $\alpha = 0,05$ )

Besarnya pengaruh paket aman adalah jika responden mendapat intervensi paket aman maka berpeluang mengalami kehamilan matur sebesar 12,571 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat intervensi paket aman.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini membahas dan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian. Interpretasi hasil penelitian dijelaskan berdasarkan makna, yang didukung oleh hasil-hasil penelitian sebelumnya dan beberapa konsep terkait.

#### **A. Interpretasi Hasil Penelitian**

Tujuan penelitian adalah mendapatkan informasi pengaruh intervensi paket “Aman” terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan serta efektifitas paket “Aman” terhadap maturitas kehamilan pada ibu hamil dengan risiko persalinan prematur. Selanjutnya yang menjadi karakteristik ibu hamil sebagai responden dalam penelitian ini adalah usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan dukungan keluarga.

##### **1. Karakteristik Responden**

Responden kelompok kontrol berjumlah 18 responden dan kelompok intervensi berjumlah 18 responden, seluruhnya berjumlah 36 responden. Perolehan responden dari RS Ciptomangunkusumo, RS Fatmawati dan Puskesmas Cempaka Putih. Perbedaan tempat memperoleh responden dengan kehamilan berisiko di Rumah Sakit dan Puskesmas, tidak mempengaruhi hasil penelitian karena pengambilan responden didasarkan pada kriteria inklusi dan semua



responden yang sudah pernah di rawat di Rumah Sakit dianjurkan untuk berobat ke Puskesmas rujukan. Semua responden belum terpapar dengan intervensi paket aman di rumah sakit maupun di Puskesmas, walaupun ibu mendapat pendidikan kesehatan dari petugas tentang perawatan kehamilan tetapi materi yang diberikan belum memenuhi kebutuhan perawatan kehamilan berisiko.

Penelitian ini menggali karakteristik responden untuk melihat gambaran responden yaitu usia, pendidikan, status sosial ekonomi, pekerjaan, paritas dan dukungan keluarga yang dikontrol oleh kriteria inklusi. Para ahli mengatakan bahwa faktor yang menjadi predisposisi persalinan prematur antara lain gaya hidup, faktor demografi, riwayat medis, riwayat obstetri dan kondisi kehamilan saat ini (Reeder, 1997; Gorrie dkk, 1998; Gilbert & Harmont, 2003).

Penelitian ini hanya melihat karakteristik responden secara univariat, berbeda dengan Wright (1998) yang menghubungkan selain karakteristik responden di atas juga menghubungkan dengan karakteristik ras, jarak kehamilan dengan kelahiran sebelumnya, penggunaan tembakau dan frekwensi *antenatal care*. Penelitiannya membuktikan bahwa efek dari variabel tersebut menyebabkan usia kehamilan kurang dari 28 minggu.

Sejalan dengan penelitian Wright (1998), walaupun secara univariat berdasarkan tabel distribusi frekwensi pada penelitian ini ditemukan peningkatan dukungan keluarga setelah diberikan intervensi paket aman pada kelompok intervensi.

Kondisi ini ditemukan selama proses intervensi paknet aman sampai selesai, yaitu dari 18 responden intervensi yang menjawab bahwa ada dukungan keluarga sebanyak 12 orang dan selebihnya dukungan kurang tidak ada. Paket Aman menjelaskan bahwa dibutuhkan dukungan keluarga selama kehamilan dalam pembagian tugas dan kerja di rumah tangga. Selanjutnya dari kunjungan rumah ditemukan sebagian besar responden masih tinggal dengan orang tua.

Selanjutnya dari penghasilan diketahui bahwa responden sebagian responden berpenghasilan kurang dari pendapatan minimum harian. Wright dkk (2005) bahwa tekanan ekonomi dirasakan keluarga saat klien tidak bekerja atau berhenti bekerja sehingga penghasilan tambahan atau penghasilan utama keluarga terganggu.

Biaya hidup yang besar ditambah kondisi sakit diperkirakan melatarbelakangi responden tetap bekerja. Para ahli mengatakan bahwa ibu hamil berisiko perlu istirahat dan mengurangi aktivitas dan jika dibutuhkan segera bedrest ( Gilbert & Harmon, 2003; Brett, Strogatz & Savitz, 1997). Berdasarkan data ditemukan 9 orang responden masih bekerja dan selebihnya tidak. Brett dkk, (1997) menyebutkan pekerjaan dengan stress yang tinggi dan kontrol yang rendah berhubungan dengan persalinan prematur. Kondisi persalinan prematur tidak terjadi pada responden yang bekerja diduga karena adanya informasi paket aman tentang monitoring kontraksi dan periode istirahat.

## 2. Pengaruh Intervensi Paket Aman Terhadap Pengetahuan

Paket Aman adalah suatu tindakan yang diberikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ibu hamil dengan resiko persalinan prematur dengan pasangannya keluarga agar dapat menjaga dan merawat kehamilannya sampai cukup bulan (matur).

Paket aman berisi modifikasi informasi untuk perawatan kehamilan bagi ibu hamil berisiko. Penelitian ini menindaklanjuti hasil penelitian Wright (1998), yang merekomendasikan perlunya program *maternal care* yang komprehensif untuk pencegahan risiko persalinan prematur dan pentingnya komunikasi antara perawat dan pasien tentang risiko tersebut.

Paket Aman yang diberikan secara personal dalam lingkungan yang kondusif di rumah responden memberikan kemudahan informasi dapat diterima dengan baik. Metode ini sejalan dengan pendapat Vonderheid dkk (2007) bahwa komunikasi yang tepat antara pasien dan perawat adalah strategi untuk meningkatkan pemahaman dan meluruskan persepsi- persepsi yang keliru tentang kehamilan.

Pengaruh intervensi paket aman dapat diketahui melalui perbedaan nilai pengetahuan sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi. Pengukuran pengetahuan ditentukan dengan didapatnya nilai rata- rata pengetahuan kelompok intervensi lebih tinggi setelah intervensi.

Meningkatnya pengetahuan tentang perawatan kehamilan setelah pemberian paket aman sangat bermakna ( $p=0,000$ ;  $\alpha 0,05$ ) sehingga hasil pengukuran ini secara langsung menyangkal hipotesis nol dan menerima hipotesis kerja yaitu rata-rata pengetahuan tentang perawatan kehamilan pada kelompok intervensi lebih tinggi setelah diberi paket Aman dibanding sebelum diberi paket Aman.

Bermaknanya intervensi paket aman terhadap pengetahuan dapat terjadi karena kesiapan responden untuk belajar, adanya motivasi untuk mengatasi masalahnya dan usia responden yang telah matang sehingga pengajaran dewasa dapat terjadi dengan baik. Adanya *trust* sebelum masuk proses intervensi memudahkan peneliti untuk menyampaikan paket aman.

Selanjutnya lingkungan yang tenang membuat suasana lebih *konduif* mendukung interaksi interpersonal antara peneliti dengan responden didukung paket aman yang dikemas dengan sederhana dalam bentuk booklet. Kondisi ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Johnson, (1996) dan Enkin dkk, (2000) bahwa penerapan konsep pengajaran pada keluarga dengan kehamilan risiko tinggi perlu mempertimbangkan kesiapan klien belajar, motivasi, faktor yang mempengaruhi pembelajaran, tipe pengajaran, strategi pengajaran dan metode pengajaran.

Interaksi interpersonal antara peneliti dan responden dalam paket aman seiring dengan pendapat ahli bahwa perawat perlu memastikan apa yang diketahui klien tentang persalinan prematur dan kelahiran prematur serta pengobatan spesifik yang direkomendasikan. Sehingga hasil pengkajian tentang pengetahuan klien dan keluarga dapat digunakan sebagai cara untuk mengoreksi kesalahan informasi (Enkin dkk, 2000).

Selanjutnya dampak yang didapat adalah meningkatnya pengetahuan responden yang meningkat pada pemahaman terhadap pengertian persalinan matur, tanda dan gejala persalinan prematur, risiko persalinan prematur pada bayi dan keluarga, tindakan monitoring kontraksi, tindakan monitoring kontraksi, *ante natal care*, aktivitas dan istirahat, hidrasi, nutrisi, stress, sek, kebersihan perianal dan penggunaan obat.

### **3. Pengaruh Paket Aman Terhadap Pelaksanaan Perawatan Kehamilan Pada Kelompok Intervensi**

Proses pelaksanaan perawatan kehamilan pada kelompok intervensi dilakukan peneliti dengan melakukan kunjungan rumah dua kali yaitu pada sebelum intervensi dan setelah intervensi. Selanjutnya kontak dilakukan dengan telepon atau *SMS* untuk mendapatkan informasi tentang maturitas kehamilan.

Kunjungan rumah untuk mendapatkan informasi tentang kehamilan responden dan memfasilitasi responden untuk mengkomunikasikan masalah

kesehatannya secara personal. Penelitian ini sejalan dengan pendapat Gilbert & Harmont (2003), bahwa kunjungan rumah secara teratur dan kontak antara perawat dan ibu hamil berisiko dapat mencegah terjadinya kehamilan prematur.

Pengaruh intervensi paket aman pada pelaksanaan perawatan dapat diketahui melalui perbedaan nilai pelaksanaan perawatan sebelum dan setelah intervensi pada kelompok. Pengukuran ditentukan dengan didapatnya nilai pelaksanaan perawatan lebih tinggi setelah diberi intervensi dibanding sebelum diberi intervensi. Meningkatnya pelaksanaan perawatan kehamilan setelah pemberian paket aman sangat bermakna ( $p=0,007$ ;  $\alpha 0,05$ ) sehingga pengukuran ini secara langsung menyangkal hipotesis nol dan menerima hipotesis kerja yaitu pelaksanaan perawatan kehamilan pada kelompok intervensi setelah diberi paket Aman lebih baik dibanding sebelum diberi paket Aman.

Bermaknanya pelaksanaan perawatan kehamilan terhadap maturitas pada penelitian ini disebabkan responden memperlihatkan perilaku positif karena pemahaman terhadap sejumlah informasi yang diperoleh (Vonderheid, 2007). Sejalan dengan hal tersebut adanya peningkatan ketrampilan psikomotorik yaitu pelaksanaan perawatan kehamilan yang baik menurut Notoatmodjo (2003) adalah sebagai hasil dari pengetahuan dan perubahan sikap.

Proses pembelajaran tersebut menurut Notoatmodjo (2003) harus didahului kesadaran, bahwa ada stimulus akibat ketidaktahuannya. Selanjutnya adalah ketertarikan pada stimulus tersebut untuk segera diatasi dan dihadapi yang diikuti oleh keinginan untuk menimbang-nimbang baik atau tidak dampak stimulus tersebut pada dirinya, keluarga, dan lingkungan untuk diatasi. Berdasarkan pertimbangan tersebut klien mencoba untuk merubah nilai-nilai atau sikap dan perilaku yang dianutnya selama ini menjadi suatu perilaku baru. Proses perubahan perilaku klien akan sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus. Perubahan perilaku jika berdasarkan pengetahuan maka akan bersifat langgeng dengan perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Proses perubahan perilaku dalam pelaksanaan perawatan kehamilan dapat terlihat dari kemampuan responden menghitung usia kehamilan, memonitor gerakan bayi, memonitor kontraksi, melakukan pencegahan terhadap kontraksi, tindakan saat kontraksi serta tindakan perawatan perianal.

Sebagian besar responden memutuskan untuk mengambil cuti hamil dan atas kebijaksanaan pimpinan mendapatkan ijin lebih awal dari waktu yang ditetapkan. Tidak bekerja dimanfaatkan sebagian besar responden dengan plasenta previa untuk bedrest tidak total dengan pola 50:10 atau dimodifikasi sesuai dengan kondisi kehamilannya. Sedangkan responden dengan hipertensi dalam kehamilan dan responden berisiko lain melakukan aktivitas

ringan di rumah dengan selalu memonitor kontraksi serta menghitung gerakan bayi setiap hari.

Pola istirahat yang teratur dan lebih banyak dari aktivitas dilakukan oleh ibu yang tidak bedrest. Posisi tidur dan istirahat miring ke kiri yang mayoritas dilakukan serta dengan adanya gerakan bayi saat beristirahat dinikmati sebagai bentuk komunikasi bayi bahwa bayi dalam keadaan nyaman dan tidak lagi dipersepsikan bayi kesakitan karena tidur miring dan bayi terjepit.

Kemampuan responden untuk memahami tanda bahaya dengan menghitung seringnya kontraksi dalam duapuluh menit sampai satu jam serta kemampuan untuk melakukan tindakan segera jika kontraksi patologis muncul seperti segera kencing, minum air 2 gelas dan segera berbaring miring ke kiri. Selanjutnya saat kontraksi tidak dapat diatasi responden segera menghubungi peneliti dengan SMS jika terasa kontraksi belum teratasi untuk minum obat nifedipine, obat yang menjadi rekomendasi dokter saat di rawat. Setelah pemberian paket anan, mayoritas responden mengetahui nama obat untuk mengurangi kontraksi, waktu minum obat dan dosis obat yang diminum serta manfaat obat untuk mengurangi kontraksi kehamilan.

Semua responden mempragakan cara cebok dengan benar, hal ini dikuatkan dengan tidak ada responden yang mengatakan gatal-gatal pada kemaluan rasa nyeri saat miksi. Infeksi pada vagina yang dapat dideteksi dengan gatal-gatal



dan keputihan dapat disebabkan oleh bakteri vaginosis kondisi ini harus dihindari ibu hamil sejalan dengan pendapat Holzman, C., (1998) yang mengemukakan bahwa adanya bakteri vaginosis pada ibu hamil dapat menyebabkan persalinan prematur yaitu sebelum kehamilan 32 minggu dan menyebabkan pecah ketuban pada kehamilan diatas 32 minggu .

Semua responden telah mengetahui supaya saat buang air besar tidak boleh jongkok untuk mengurangi tekanan intraabdominal, tetapi karena keterbatasan fasilitas dan kebiasaan yang belum bisa diatasi sehingga ditemukan sebagian responden buang air dengan duduk (modifikasi kursi plastik yang bagian tengah dilubang serta meletakkan ember di bawah kursi untuk menampung kotoran). Selebihnya dengan cara jongkok, berdiri dan di tempat tidur.

Selanjutnya para ahli mengatakan bahwa stress dapat merangsang kontraksi uterus, sehingga ibu hamil selama kehamilannya dianjurkan menghindari stress. Pada pre intervensi mayoritas responden memikirkan biaya persalinan dan rencana operasi serta selebihnya karena penyakit. Tetapi setelah mendapatkan paket aman, mayoritas responden mengkomunikasikan masalahnya yang dihadapi kepada suami dan orangtua dan mendapat solusi untuk mengatasinya

Hubungan intim pada kehamilan berisiko tidak dianjurkan, Holzman, C., (1998) mengatakan cairan sperma dapat merangsang kontraksi kehamilan hal ini dikemukakan dalam paket aman. Sebagian besar (57%) mengatakan tidak melakukan hubungan intim, karena pengalaman sebelumnya menyebabkan kontraksi dan flek-flek sampai perdarahan sehingga perlu dirawat di rumah sakit. Selebihnya responden masih melakukan hubungan intim dengan memantau kontraksi dan setelah melakukan hubungan intim responden mengatakan langsung cebok.

#### **4. Efektifitas Intervensi Paket Aman Terhadap Maturitas**

Efektifitas intervensi paket aman dapat diketahui melalui perbedaan angka kejadian maturitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pengukuran maturitas ditentukan dengan pengukuran kematangan kehamilan mencapai usia 36 minggu berdasarkan hari pertama haid terakhir dan dikuatkan dengan hasil kontrol kehamilan dari dokter spesialis dan bidan. Dari hasil perhitungan bahwa ada perbedaan prosentase kematangan, yaitu kelompok yang tidak mendapat intervensi paket aman lebih banyak yang mengalami persalinan prematur dibandingkan dengan kelompok yang sudah mendapat intervensi paket aman.

Analisis membuktikan adanya perbedaan kematangan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi ( $p= 0,006; 0,05$ ). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan signifikan antara kematangan responden kelompok

kontrol dengan kelompok intervensi. Responden yang mendapat intervensi paket aman berpeluang mengalami kehamilan matur sebanyak 12,571 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat intervensi paket aman. Perbedaan ini dapat diasumsikan sebagai efek dari intervensi paket aman. Pernyataan ini secara langsung menolak hipotesis nol dan menerima hipotesis kerja yaitu pencapaian maturitas lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol.

Kehamilan yang matur adalah hasil dari perawatan kehamilan yang dilakukan sebagai efek dari pengetahuan paket aman. Kemampuan melakukan perawatan kehamilan sebagai integrasi dari peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan peningkatan ketrampilan psikomotorik.

## **B. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan sesuai yang dapat diidentifikasi oleh peneliti, antara lain sebagai berikut :

### **1. Disain penelitian**

Disain penelitian ini menggunakan kuasi eksperimen yang menginginkan suatu proses sebab akibat. Sehingga membutuhkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan adanya tindakan pre dan post test pada kedua kelompok ini. Selanjutnya membutuhkan responden minimal 18 untuk setiap kelompok. Penelitian ini hanya mencapai jumlah responden minimal, hal ini dapat terjadi

karena pengambilan sampel penelitian ini menggunakan tehnik *purposive sampling* yang merupakan bagian dari metode non probabilitas sampling. Kelemahan tehnik ini adalah peluang anggota populasi tidak diketahui karena pengambilan sampel tidak dilakukan secara acak. Peneliti harus menggunakan *expert judgement* untuk memilih kasus-kasus yang representatif atau tipikal dari populasi. Sehingga dalam penelitian ada kemungkinan sampel yang representatif tidak terpilih karena keterbatasan peneliti dan kolektor di lapangan.

## 2. Materi paket aman

Materi intervensi paket aman disusun dan dikemas oleh peneliti secara sederhana dan digunakan dengan kontak interpersonal saat kunjungan rumah. Sehingga belum dapat dipastikan apakah materi yang sudah disiapkan sudah cukup membekali responden dalam mengatasi risiko persalinan prematur di luar konteks ini. Kekurangan yang dirasakan peneliti dalam paket aman ini adalah belum tercantumnya perawatan khusus untuk ibu hamil antara lain hipertensi dan plasenta previa serta anjuran untuk melakukan pemeriksaan penunjang USG pada awal kehamilan, trimester II dan III.

### C. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

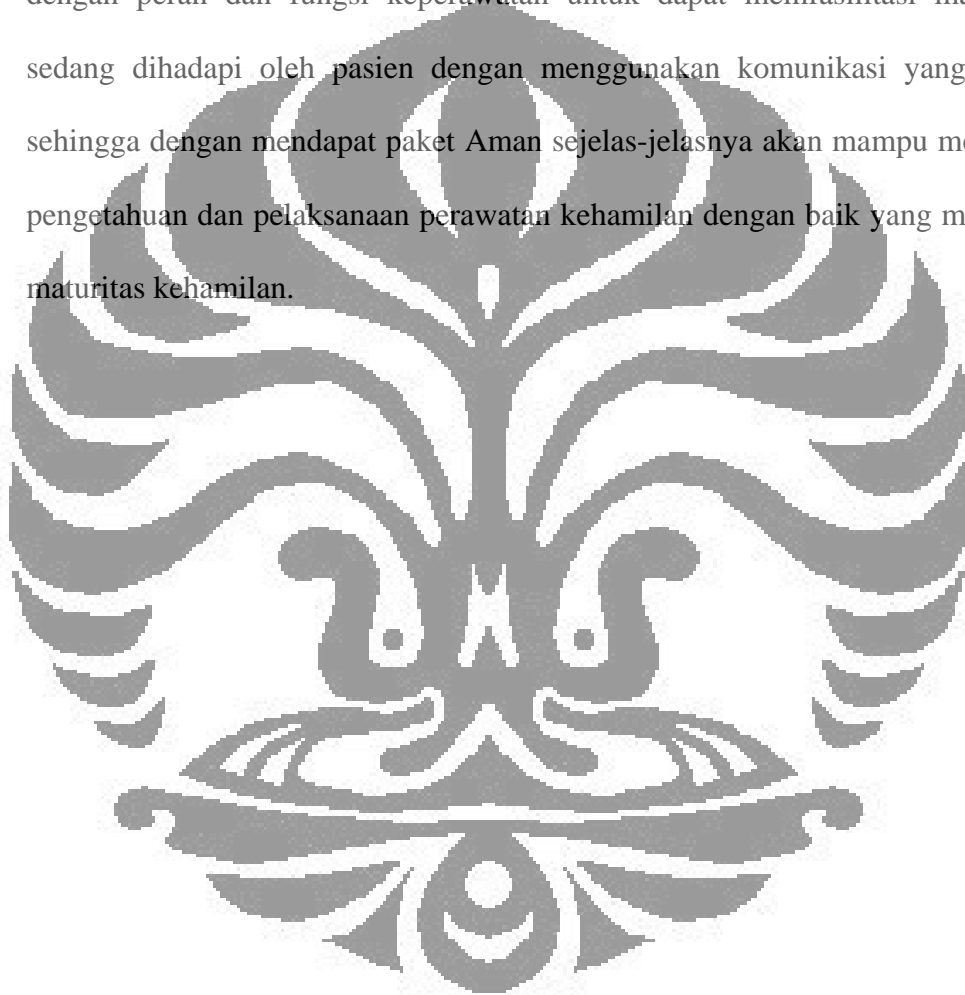
Hasil penelitian ini merupakan kenyataan bahwa pendidikan kesehatan pada ibu hamil dengan risiko persalinan prematur berupa paket “Aman” dapat meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan yang berpengaruh pada maturitas kehamilan. Oleh karena itu paket “Aman “ dapat digunakan oleh perawat atau bidan untuk memberikan pendidikan kesehatan selama pelayanan antenatal care.

Perawat maternitas harus mampu mempersiapkan ibu hamil yang berisiko merawat kehamilannya secara menyeluruh sehingga terhindar dari komplikasi yang membahayakan kehamilan dan keselamatan ibu. Salah satu cara adalah dengan intervensi keperawatan yang dilakukan dengan pendidikan kesehatan berupa paket “Aman”.

Perawat maternitas harus mampu menjalankan perannya sebagai pendidik dengan meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan dengan memberikan paket Aman. Melalui pendidikan antenatal maka ibu dan keluarga semakin menyadari pentingnya monitoring kehamilan secara komprehensif serta perawatan kehamilan yang berbeda dengan kondisi kehamilan normal. Selain sebagai pendidik, dengan memberikan paket Aman berarti perawat maternitas berperan sebagai pelindung yaitu meningkatkan kesadaran ibu untuk mendapatkan

informasi sejelas-jelasnya tentang pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan berisiko.

Hasil penelitian ini berguna untuk pelayanan keperawatan maternitas karena sesuai dengan peran dan fungsi keperawatan untuk dapat memfasilitasi masalah yang sedang dihadapi oleh pasien dengan menggunakan komunikasi yang terapeutik. sehingga dengan mendapat paket Aman sejelas-jelasnya akan mampu meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan dengan baik yang menghasilkan maturitas kehamilan.



## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan analisis dan pembahasan hasil penelitian, maka dikemukakan beberapa simpulan dan saran, sebagai berikut :

#### A. Simpulan

1. Berdasarkan analisis karakteristik responden ditemukan rata-rata usia responden adalah 28,14 tahun, dengan usia paling muda 20 tahun dan paling tua 38 tahun. Mayoritas responden dengan latar belakang pendidikan lanjut (SMA dan PT) dan responden multipara lebih banyak dari primipara. Responden yang bekerja lebih banyak dari yang tidak bekerja dan responden yang mendapat dukungan keluarga kurang baik lebih banyak dari yang mendapat dukungan baik. Responden yang berpenghasilan kurang dan berpenghasilan sedang sama banyak.
2. Rata-rata pengetahuan setelah pemberian paket “Aman” lebih tinggi dibanding sebelum diberi paket “Aman”.
3. Rata-rata pelaksanaan perawatan kehamilan setelah intervensi paket aman lebih tinggi dari sebelum diberi paket “Aman”.
4. Pelaksanaan perawatan kehamilan setelah diberi paket “Aman” lebih baik dibanding sebelum diberi paket “Aman”.
5. Pencapaian maturitas kehamilan lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol yang tidak diberi paket “Aman.”

## B. Saran

### 1. Bagi Intitusi Pelayanan Keperawatan

- a. Berdasarkan hasil penelitian ini, maka disarankan agar pemberian intervensi paket aman dapat diintegrasikan dalam pemberian pendidikan kesehatan pada periode antenatal. Dengan bentuk komunikasi yang lebih intensif .
- b. Pada klien perlu dijelaskan hasil pemeriksaan dan anjuran untuk melakukan pemeriksaan penunjang terutama USG.
- c. Sebaiknya di semua tempat pelayanan keperawatan maternitas, tersedia tempat penyuluhan yang cukup kondusif dan didesain secara bernuansa edukatif dan mampu menjaga *privacy klien*.

### 2. Bagi penelitian selanjutnya

- a. Materi intervensi paket aman perlu disempurnakan kembali agar dapat digunakan secara efektif untuk ibu hamil risiko persalinan prematur dengan penyakit tertentu.
- b. Perlu diteliti faktor-faktor sosial budaya untuk kehamilan matur secara multivariat serta alternatif cara penyampaian paket aman.

### 3. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini dapat menjadi pertimbangan rujukan tentang pendidikan kesehatan terstruktur untuk kehamilan berisiko tinggi bagi para mahasiswa keperawatan dalam menjalankan praktik keperawatan maternitas selama menjalani pendidikan.

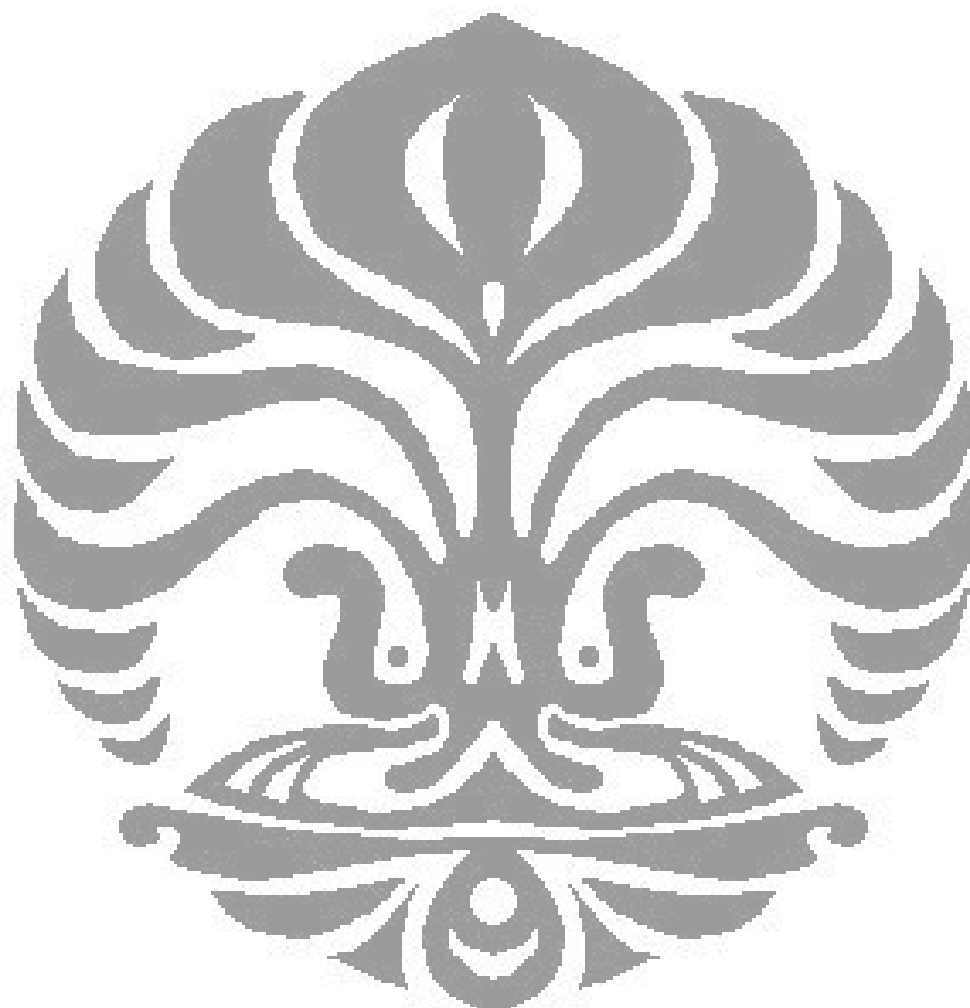


## DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan .(1998).*Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*.FKM.UI : Tidak dipublikasikan
- Arikunto. (2002). *Prosedur penelitian*. (5<sup>th</sup> ed). Jakarta : Rineka Cipta.
- Aziz, A. (2002). *Riset keperawatan & tehnik penulisan ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bobak, M.I., Lodermik, L.D., & Jensen, D.M. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Alih bahasa Maria A.Wijayarini & Peter I.Anugerah. Jakarta :EGC.
- Brett,M., Strogatz,S. & Savitz,A. (1997). *Employment, job strain, and preterm delivery among women in North Carolina*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Dempsey, & Dempsey .(2002).*Nursing Research: Riset keperawatan* . Alih bahasa Palupi Widyastuti. Jakarta: EGC.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Profil Kesehatan Indonesia*. 2005. Departeman Kesehatan RI Jakarta.
- Dolan, S. (2008). *Preterm birth*. <http://www.cdc.gov/genomics/hugenet/file/2008> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Dyson, Danbe, Bamber, Crites,dkk.(1998). *Monitoring women at risk for preterm labor*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Enkin,. dkk. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. (3<sup>th</sup> ed ). Oxford : University Press.
- Gayatri, D. (2004). *Mendesain instrument pengukuran sikap*. Jurnal Keperawatan Indonesia, 8 (2), 76-80.
- Gilbert, & Harmon.(2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. (3<sup>th</sup> ed ). Missouri : Mosby.
- Gorrie, Mc Kinney & Murray.(1998). *Foundations of maternal newborn nursing*.(2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia : W.B.Saunders.
- Holzman, C., (1998). *Preterm birth from prediction to prevention*. <http://www.proquest.umi.com>. diperoleh tanggal 10 Januari 2008.

- Johns, M.( 2006). *Supporting and educating the family experiencing bedrest during pregnancy*.<http://www.proquest.umi.com>. diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Johnson.(1996).*Nursing assessment and strategies for the family at risk.*( 2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia : Lippincott company.
- Kinnon, M.(2006). *Living with the threat of preterm labor*.<http://www.proquest.umi.com>. diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Mangesi & Hofmeyr. (2007). *Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing*. The cochrane collaboration :Published by John Wiley & Sons. Ltd.
- Mackey,M., & Boyle,S .(2000). *An explanatory model of preterm labor*.  
[http:// ten.sagepub.com/cgi/content/refs](http://ten.sagepub.com/cgi/content/refs).diperoleh tanggal 1 September 2007.
- Mancuso.(2004). *Education about preterm labor*.<http://www.pjmwh1p3.lunarpages.com>. diperoleh tanggal 12 Pebruari 2008.
- Michael,K.(1993).*Benefits of sex during pregnancy* .  
<http://www.connection.ebscohost.com/content/article>. diperoleh tanggal 12 Pebruari 2008.
- Notoatmodjo, S.(2002). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*.Jakarta: Rineka Cipta.
- Nolan .(1998). *Antenatal Education : A Dynamic Approach*.London: Bailliere Tindall.
- Panda.(2004).*Management of preterm labor*. <http://www.obgyn.ne> diperoleh tanggal 12 Pebruari 2008.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & child health nursing : Care for chilberaing & childrearing family*. (4<sup>th</sup> ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (2001).*Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia:Lippincott.
- Program Pasca Sarjana F. I. K. - U. I. (2004). *Panduan penulisan tesis*. Jakarta : Tidak dipublikasikan.
- \_\_\_\_\_, *Queen mothers hospital protocol for the management of suspected preterm labour*. [http:// clinicalguidelines.scot.nhs.uk](http://clinicalguidelines.scot.nhs.uk).diperoleh tanggal 1 September 2007.

- Reeder, S.J., Martin, L.L., & Griffin, D.K. (1997). *Maternity nursing: Family, newborn and womens health care*. Lippincott: Philadelphia.
- Schulz, & Mackey.(1998). *The preterm labor experience*. <http://www.cnr.sagepub.com/cgi/content/refs> diperoleh tanggal 1 September 2007.
- Singer.(2003). *Can you prevent preterm labor*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Sprague,M., Stewart,P & Niday,P. (2002).Community education on preterm birth. <http://www.cfpc.ca/cfp/2002/Apr/Vol48>. diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Stuart, & Laraia.( 2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*.( 7<sup>th</sup> ed). St Louis: Mosby.
- Sugiyono.(2001).*Statistik untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Vonderheid, S.C., dkk (2007). *Prenatal health promotion content and health behaviors*. <http://wjn.sagepub.com> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Wells, Schwalberg, Noonan, & Gabor. (2006). *Factors influencing inadequate and excessive weight gain in pregnancy*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Wright,S., Wrona,M., & Flanagan, M. (1998). *Predictors of infant mortality among college-educated black and white women in Davidson County, Tennessee 1990-1994*. <http://www.proquest.umi.com>. diperoleh tanggal 10 Januari 2008.
- Yuh Yang,C., Hsu, Y., & Chuang, Y. dkk.(2002). *Association between petrochemical air pollution and adverse pregnancy outcomes in Taiwan*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 10 Januari 2008.



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama** : Christine Aden
- Tempat Tanggal lahir** : Palangkaraya, 14 April 1972
- Riwayat Pendidikan** :
- SD Negeri Puteri Palangkaraya Tamat Tahun 1985
  - SMPN 2 Palangkaraya Tamat Tahun 1988
  - SMAN 1 Palangkaraya Tamat Tahun 1991
  - AKPER Depkes BanjarBaru Tamat Tahun 1994
  - AKTA III FKIP UNLAM Banjarbaru tahun 1996
  - PSIK Universitas Padjadjaran Bandung Tamat Tahun 2000
  - AKTA IV Tahun 2001
  - Pascasarjana Keperawatan Maternitas FIK UI Tahun 2008
- Riwayat Pekerjaan**
- Staf Pengajar Sekolah Perawat Kesehatan Palangkaraya Tahun 1995- 1998
  - Staf Pengajar Akper Depkes Palangkaraya Tahun 1998-2000
  - Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Palangkaraya Jurusan Keperawatan Tahun 2000 sampai saat ini