



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PEMBERIAN PAKET PENDIDIKAN  
KESEHATAN PERAWATAN IBU NIFAS (PK-PIN) YANG  
DIMODIFIKASI TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN  
PERILAKU IBU POSTPARTUM PRIMIPARA DALAM  
MERAHAT DIRI DI PALEMBANG**

TESIS

**AISYAH  
0806469520**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PEMBERIAN PAKET PENDIDIKAN  
KESEHATAN PERAWATAN IBU NIFAS (PK-PIN) YANG  
DIMODIFIKASI TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN  
PERILAKU IBU POSTPARTUM PRIMIPARA DALAM  
MERAJAT DIRI DI PALEMBANG**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Keperawatan**

**AISYAH  
0806469520**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
DEPOK  
JULI 2010**

## KATA PENGANTAR

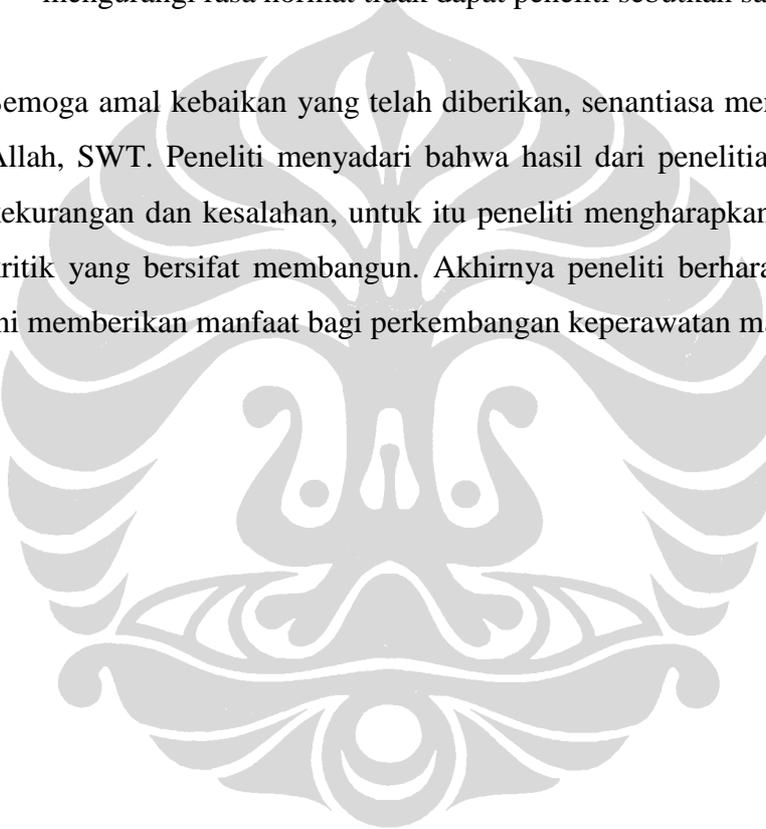
Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian tesis sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari penelitian ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya karena bantuan dari berbagai pihak. Peneliti pada kesempatan ini mengucapkan terima kasih yang tulus kepada:

1. Dra. Setyowati, S.Kp, M.App. Sc., PhD., RN., sebagai pembimbing I yang telah memberikan ide, memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis
2. Ety Rekawati, S.Kp. MKM yang juga memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis.
3. Dewi Irawaty, M.A., Ph. D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., sebagai Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Direktur RS Mohammad Hoesin Palembang yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan uji kuesioner.
6. Direktur Rumah sakit Umum Daerah Palembang BARI yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
7. Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
8. Semua ibu postpartum primipara yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
9. Suamiku tercinta, Eka Mahardika SH, dan anakku M. Fakhri Abdul Malik yang dengan setia menunggu, memberikan banyak cinta dan motivasi tiada henti.
10. Emak, abah, kakak dan adikku yang selalu memberikan dukungan dalam penyelesaian studi dan penyusunan tesis ini.

11. Papa, mama dan adik-adik iparku yang memberikan banyak bantuan dan motivasi untuk menyelesaikan tesis ini.
12. Mbak eko, teh neni, suki, bu titi, bu ikka dan bu linggar yang banyak memberikan bantuan dalam penyusunan tesis ini.
13. Rekan-rekan mahasiswa pascasarjana magister ilmu keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2008, khususnya keperawatan maternitas yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan penelitian ini.
14. Semua pihak yang terlibat dalam penulisan penelitian, yang tanpa mengurangi rasa hormat tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan, senantiasa mendapatkan pahala dari Allah, SWT. Peneliti menyadari bahwa hasil dari penelitian ini tidak lepas dari kekurangan dan kesalahan, untuk itu peneliti mengharapkan masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun. Akhirnya peneliti berharap, semoga penelitian ini memberikan manfaat bagi perkembangan keperawatan maternitas.



Depok, Juli 2010  
Peneliti

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Aisyah

NPM : 0806469520

Tanda Tangan :

Tanggal : 20 Juli 2010

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aisyah  
NPM : 0806469520  
Program Studi : Keperawatan Maternitas  
Program : Magister  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:  
Pengaruh Pemberian Paket Pendidikan Kesehatan Perawatan Ibu Nifas (PK-PIN) Yang Dimodifikasi Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Postpartum Primipara Dalam Merawat Diri di Palembang 2010

Beserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta  
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 20 Juli 2010  
Yang menyatakan

( Aisyah )

## ABSTRAK

Nama : Aisyah  
Program studi : Program magister ilmu keperawatan  
Judul : Pengaruh Pemberian Paket Pendidikan Kesehatan Perawatan Ibu Nifas (PK-PIN) Yang Dimodifikasi Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Postpartum Primipara Dalam Merawat Diri di Palembang 2010

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sampai sekarang masih tetap tinggi. Salah satu penyebabnya karena komplikasi pada masa nifas. Tujuan penelitian ini untuk melihat pengaruh paket pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN) yang telah dimodifikasi dengan desain quasi eksperimental *post test only design with control group* yang diukur dengan melihat tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku merawat diri ibu postpartum primipara. Hasil riset menunjukkan perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi pada pengetahuan, sikap dan perilaku responden. Pelayanan keperawatan di rumah sakit hendaknya menggunakan paket PK-PIN yang dimodifikasi sebagai program intervensi keperawatan mandiri bagi ibu postpartum.

Kata kunci : ibu postpartum primipara, PK-PIN yang dimodifikasi, pengetahuan, sikap, perilaku

## ABSTRACT

Name : Aisyah  
Study Program : Master in Nursing  
Judul : The Effect of Health Education postpartum care package(PK-PIN) which have been modified on knowledge, Attitude and Behavior for selfcare among postpartum primipara in Palembang 2010

Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia is still high. One of the cause this situation is a complication during postpartum period. The aim of research is to know the effect of health education package for mother in postpartum period (PK-PIN) which have been modified. Research design was quasi experimental with posttest only control group to measured the knowledge, attitude and behavior of self care of postpartum primipara mother's. Sample number were 68 mothers for each group control and intervention. The results showed there is significant difference between intervention group and control group on knowledge, attitudes and behaviors of self care. Nursing service in hospital should be used PK-PIN which have modified a health education package as an independent nursing intervention programe for postpartum .

Key word : postpartum primipara, the modified PK-PIN, Knowledge, Attitude, Behavior

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	8
1.3 Tujuan Penelitian .....	9
1.4 Manfaat penelitian .....	10
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	
2.1 Masa Nifas .....	11
2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan .....	24
2.3 Konsep Perilaku .....	35
2.4 Perawatan mandiri ibu post partum .....	44
2.5 Pendidikan Kesehatan Perawatan Ibu Nifas (PK-PIN) .....	54
2.6 Peran Perawat Maternitas .....	55
2.7 Kerangka Teori .....	56
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b> .....	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	57
3.2 Hipotesis Penelitian .....	58
3.3 Definisi Operasional .....	59
<b>4. METODE PENELITIAN</b> .....	
4.1 Desain penelitian .....	63
4.2 Populasi dan Sampel .....	64
4.3 Tempat dan waktu Penelitian .....	67
4.4 Etika Penelitian .....	67
4.5 Alat Pengumpulan Data .....	69
4.6 Pelaksanaan penelitian dan pengumpulan data.....	70
4.7 Analisis Data .....	75

<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Karakteristik Responden .....	77
5.2 Hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan ibu postpartum primipara dalam merawat diri.....	80
5.3 Hubungan karakteristik responden dengan sikap ibu postpartum primipara dalam merawat diri .....	82
5.4 Hubungan karakteristik responden dengan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri .....	84
5.5 Perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan non intervensi .....	86
<b>6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	88
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	94
6.3 Implikasi terhadap keperawatan, Pendidikan dan Pengembangan penelitian.....	94
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan .....	96
7.2 Saran .....	96
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Penelitian yang berkaitan dengan pemberian pendidikan kesehatan pada ibu hamil dan ibu postpartum .....	6
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	59
Tabel 4.1	Hasil uji Kappa .....	73
Tabel 4.2	Prosedur Pelaksanaan Intervensi Paket PK-PIN yang dimodifikasi .....	74
Tabel 4.3	Analisis bivariat pengaruh pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri .....	76
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi dan uji homogenitas responden berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan di Palembang bulan Juni 2010 .....	78
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi respnden menurut pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi di Palembang tahun 2010 .....	79
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan terhadap pengetahuan ibu postpartum primipara di Palembang .....	80
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan terhadap sikap ibu postpartum primipara di Palembang .....	82
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan terhadap perilaku ibu postpartum primipara di Palembang .....	84
Tabel 5.6	Analisis perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan non intervensi di Palembang bulan Juni 2010 .....	86

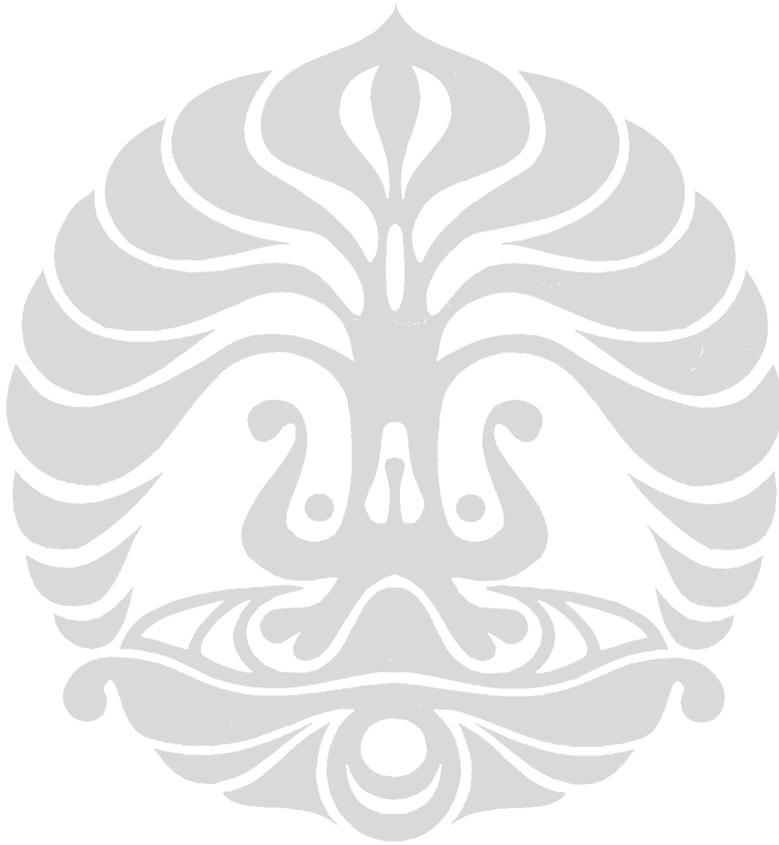
## DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Proses pendidikan kesehatan .....	26
Skema 2.2 Kerangka teori .....	56
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian .....	57
Skema 4.1 Rancangan Penelitian .....	63



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tingkat kemampuan perawatan mandiri .....	23
--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Keterangan Lolos Kaji Etik

Lampiran 2 Surat izin penelitian

Lampiran 3 Lembar penjelasan penelitian

Lampiran 4 Lembar persetujuan penelitian

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 6 Paket PK-PIN yang dimodifikasi

Lampiran 7 Lembar kuesioner



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi senantiasa menjadi indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. AKI mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas. Pada masa tersebut ibu memerlukan perawatan yang memadai agar kondisi ibu selalu dalam rentang sehat.

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI untuk periode 5 tahun sebelum survei (2003-2007) sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2008). Sedangkan untuk negara-negara ASEAN Indonesia pada tahun 2007 berada di peringkat ke-12 (dari 18 negara di ASEAN) untuk angka kematian ibu, yaitu 420 per 100.000 kelahiran hidup (Depkes, 2008). Hasil survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2008 menunjukkan angka kematian ibu mencapai 390 per 100.000 kelahiran (WER, 2009). Walaupun AKI menurun dari 420 ke 390 per 100.000 kelahiran, tetapi angka kematian ibu masih tetap tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa program yang dijalankan pemerintah untuk menekan AKI belum optimal.

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu adalah komplikasi yang terjadi pada masa nifas. Komplikasi masa nifas yang paling tinggi angka kejadiannya di Indonesia adalah perdarahan dan infeksi (Wiknjastro, 2001). Data lain menyebutkan bahwa penyebab langsung kematian ibu terkait kehamilan dan persalinan terutama adalah perdarahan 28 %, sebab lain, yaitu eklamsi 24 %, infeksi 11 %, partus lama 5 %, dan abortus 5 % (Ine, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati (2001) tentang identifikasi kebutuhan perawatan mandiri ibu nifas bahwa komplikasi dan masalah kesehatan yang sering terjadi pada masa nifas adalah ketidaknyamanan pada

payudara (82%), gatal pada bagian perut (40%), gatal pada perineum (15%), keputihan (15%) dan kelelahan (78%). Hal ini dapat dihindari dengan memberikan pengetahuan yang cukup pada ibu tentang perawatan diri pada masa nifas.

Masa nifas merupakan masa adaptasi, baik bagi ibu maupun bayi. Ibu akan mempunyai tugas yang tidak ringan, selain memenuhi kebutuhan dirinya, keluarga, ibu juga merawat bayi yang baru dilahirkannya. Ketidakmampuan ibu memahami bayi dapat berakibat pada kelelahan. Penelitian yang dilakukan oleh Reitmanova dan Gustafson (2007) dengan menggunakan pendekatan kualitatif memperoleh hasil bahwa setelah melahirkan ibu merasakan sangat kelelahan, merasakan kekhawatiran tentang kebutuhan bayinya dan juga membutuhkan istirahat. Hal ini juga dikemukakan oleh Liabsuetrakul, Vittayanont and Pitanupong (2007), yang menyatakan bahwa ibu yang mengalami kecemasan dan tidak mendapatkan sistem pendukung yang baik dan mengalami hal ini terus menerus tanpa sistem pendukung yang baik dan pengetahuan yang memadai, maka akan menjadi faktor pencetus terjadinya *post partum blues* dan depresi post partum.

*Post partum blues* adalah gangguan suasana hati seorang ibu yang baru melahirkan dan bersifat sementara, berlangsung 1-10 hari atau berlangsung selama 2 minggu atau kurang dan apabila menetap dapat berlanjut menjadi depresi post partum (Spinelli, 2004). Tanda dan gejala post partum blues, yaitu ibu merasa sedih, mudah tersinggung, *mood* labil, kadang-kadang sakit kepala. Jika keadaan ini berlangsung lebih lama, atau berlangsung pada bulan pertama atau dua bulan setelah melahirkan maka akan berlanjut pada keadaan yang dinamakan depresi post partum dengan gejala yang lebih berat lebih serius daripada post partum blues yaitu ibu mengalami perasaan sedih dan emosi yang meningkat atau merasa tertekan, menjadi lebih sensitif, merasa bersalah, merasa lelah, cemas dan merasa tidak mampu untuk merawat diri dan merawat bayi (Bick, MacArthur, Knowles & Winter, 2003 ).

Perawatan masa nifas berada pada klasifikasi kegiatan perawatan yang bersifat edukatif karena individu dapat melakukan perawatan mandiri. Perawatan mandiri adalah suatu aktifitas dimana individu memprakarsai dan melaksanakan sendiri berbagai kebutuhannya (Orem, 2001). Keberhasilan melakukan perawatan mandiri tergantung pada tingkat maturitas, tingkat pengetahuan, pengalaman hidup, kebiasaan dan keadaan kesehatan mental (Orem, 2001). Perawatan mandiri selama masa nifas diperlukan untuk mencapai status kesehatan ibu yang optimal.

Pada saat proses melahirkan ibu mengeluarkan tenaga yang banyak untuk mengeluarkan janin dari jalan lahir. Selain itu, karena turunnya kepala janin, otot-otot jalan lahir menjadi teregang dan ibu mengalami nyeri. Penyebab umum terjadinya nyeri meliputi nyeri karena adanya luka episiotomi, adanya haemorroid, pembesaran payudara. Untuk mengurangi hal tersebut maka dibutuhkan *self care* pada ibu, sehingga ibu dapat secara mandiri memenuhi kenyamanannya.

Ruang lingkup *self care* post partum meliputi pemahaman untuk pemenuhan kebutuhan istirahat, ambulasi tanpa rasa nyeri atau pemulihan otot-otot, secara rutin melakukan perawatan luka, mengenali pengeluaran darah atau lochea yang normal atau tidak normal, pemenuhan eliminasi urine, perawatan payudara dan teknik menyusui dengan tujuan untuk mencapai status kesehatan yang optimal dan mencegah komplikasi postpartum (May & Malhmeister, 1994).

Ibu pada masa nifas, terutama primipara sering mengalami kebingungan dalam melakukan perawatan diri pada masa nifas. Ibu bingung bagaimana cara perawatan perineum, bagaimana cara perawatan payudara, dan hal lain yang berkaitan dengan perawatan diri pada masa nifas. Jika keadaan ini terus berlanjut maka kemungkinan akan terjadi komplikasi setelah melahirkan. Untuk mengatasi hal tersebut, maka diperlukan pendidikan kesehatan, yang ditujukan untuk memandirikan ibu dalam perawatan diri pada masa nifas. Penelitian yang dilakukan oleh Runiari (2005), tentang materi pendidikan

kesehatan yang diperlukan ibu post partum berkaitan dengan perawatan ibu adalah kebutuhan nutrisi atau zat gizi, perawatan perineum, perawatan payudara dan perawatan episiotomi. Perawatan mandiri selama masa nifas diperlukan untuk membantu ibu memantau dan mempertahankan kesehatannya dengan memberikan mereka informasi dan keterampilan yang tepat dan adekuat, mengontrol perilakunya dan mengambil keputusan yang tepat.

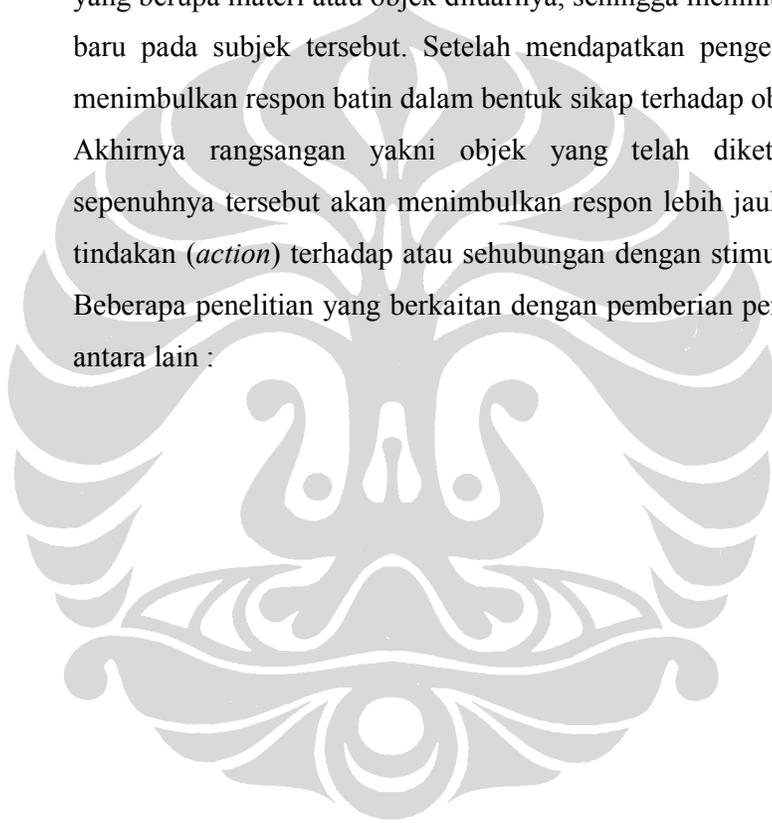
Primipara adalah ibu yang baru pertama kali melahirkan (Mochtar, R 1998). Ibu primipara seringkali kurang pengetahuan dan pengalaman dalam perawatan diri dan bayinya. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya ketidakpercayaan diri dan ketidakmampuan dalam merawat diri dan bayi. Ketidakpercayaan diri dan ketidakmampuan ibu dalam merawat bayinya dapat menjadi penghambat dalam memberikan perawatan dan membentuk hubungan baik dengan bayinya, padahal kedekatan dan sentuhan ibu dengan bayinya merupakan rangsangan yang dapat meningkatkan produksi ASI (Church, 1979; Luxfiati & Mayarina, 2000).

Upaya untuk meningkatkan kepercayaan diri dan ketidakmampuan ibu dalam merawat diri adalah dengan pemberian pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat (Setiawati & Dermawan, 2008). Pendidikan kesehatan dapat diberikan dengan berbagai metode, antara lain: ceramah, diskusi, pemberian *leaflet*, *booklet* ataupun praktek langsung terkait dengan kebutuhan ibu.

Pendidikan kesehatan dapat diberikan untuk memperkecil ketidaktahuan klien tentang perawatan masa nifas, sehingga jika terjadi hal-hal abnormal, klien dapat segera datang ke pelayanan kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat langsung diberikan pada saat klien masih berada di rumah sakit, yaitu pada hari pertama atau kedua setelah klien melahirkan. Perawat maternitas yang berperan sebagai *advokate* dan *educator* klien, mempunyai tanggung jawab

untuk memfasilitasi klien dalam memperoleh informasi dalam bentuk pendidikan kesehatan, sehingga resiko atau komplikasi pada masa post partum dapat dihindari (Bobak, 2003).

Tujuan pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan perilaku, dari perilaku yang tidak atau kurang sehat menjadi perilaku yang sehat. Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek diluarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut. Setelah mendapatkan pengetahuan, selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap objek yang diketahui. Akhirnya rangsangan yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan (*action*) terhadap atau sehubungan dengan stimulus atau objek tadi. Beberapa penelitian yang berkaitan dengan pemberian pendidikan kesehatan, antara lain :



Tabel 1.1 penelitian yang berkaitan dengan pemberian pendidikan kesehatan pada ibu hamil dan ibu postpartum

No	Nama penulis & tahun	Judul	Metodologi /sampel	Hasil
1	Theresia Tuti Setyowati, 2004	Pengaruh pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN) terhadap kemampuan merawat diri dan kepuasan ibu post partum di RS Panti Rapih Yogyakarta	Kuasi eksperimen	Paket PK-PIN efektif dalam meningkatkan kemampuan ibu merawat diri dan ibu merasa puas dengan diberikan paket PK-PIN
2	Halimatussakdiah, 2005	Efektivitas paket pendidikan kesehatan pre operasi seksio sesarea terhadap involusi uterus di Banda Aceh	Kuasi eksperimen	Ada pengaruh pemberian paket pendidikan kesehatan pre operasi seksio sesaria terhadap involusi uteri
3	Dhiana Setyorini, 2006	Efektivitas pemberian paket “ibu” terhadap kecemasan ibu dengan seksio sesaria elektif di Surabaya	Kuasi eksperimen	Paket “ibu” efektif untuk menurunkan kecemasan pada ibu
4	Muthia Mutmainnah, 2006	Efektivitas pendidikan kesehatan pada periode awal post partum dengan metode CPDL terhadap kemampuan ibu primipara merawat bayi di propinsi Jambi	Kuasi eksperimen	Pendidikan kesehatan dengan metode CPDL efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu dalam merawat bayi
5	Lina Herida Pinem, 2009	Efektifitas paket latihan mandiri terhadap pencegahan inkontinensia urine pada ibu postpartum di Bogor	Kuasi eksperimen	Paket latihan mandiri efektif mencegah terjadinya inkontinensia pada ibu postpartum

Dari beberapa penelitian tersebut, belum ada yang meneliti pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri ibu postpartum primipara. Penelitian yang dilakukan oleh Setyowati (2004), memberikan pendidikan kesehatan berupa paket perawatan ibu nifas (PK-PIN). Paket ini memberikan informasi kepada ibu post partum tentang perawatan pada masa nifas, yaitu tentang perubahan-perubahan fisik dan psikososial ibu postpartum, tanda dan gejala atau deteksi dini bahaya postpartum, personal hygiene, perawatan perineum, perawatan payudara, kebutuhan nutrisi, kebutuhan istirahat dan tidur, senam nifas serta kebutuhan eliminasi pada ibu post partum. Selain materi tersebut, kebutuhan seksual dan kunjungan ulang juga perlu diinformasikan kepada ibu postpartum primipara (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005; Pillitteri, 2003)

Banyak pasangan yang sudah memulai hubungan seksual sebelum masa nifas berakhir ataupun lochea berhenti keluar atau tidak melakukan hubungan seksual sama sekali walaupun lochea sudah berhenti keluar dan masa nifas sudah berakhir. Mereka mungkin ingin mengetahui hal ini, tetapi enggan untuk menanyakannya. Jika hubungan seksual ini dilakukan sebelum masa nifas berakhir atau lochea berhenti keluar maka akan terjadi infeksi pada organ reproduksi wanita. Perawat sebagai pendidik pasien, mempunyai tanggung jawab untuk memberikan informasi mengenai hubungan seksual selama masa nifas, sehingga klien mengerti (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005).

Materi tentang *follow up* (kunjungan ulang) juga penting di sampaikan kepada ibu. Jika terjadi tanda dan bahaya pada masa nifas, dapat di deteksi secara dini. *Follow up* dapat dilakukan dengan cara ibu datang ke tempat melahirkan atau ke pelayanan kesehatan terdekat di tempat tinggal ibu atau petugas kesehatan yang melakukan kunjungan ulang ke rumah ibu (Pillitteri, 2003; Gorrie, Mc.Kinney, & Murray, 1998). Karena pentingnya informasi tentang kebutuhan seksual pada masa nifas dan kunjungan ulang, maka peneliti perlu menambahkan kedua materi ini kedalam paket PK-PIN menjadi paket PK-PIN yang dimodifikasi

Berdasarkan uraian diatas, pendidikan kesehatan bagi ibu primipara merupakan sesuatu yang sangat penting, namun di Indonesia saat ini, tidak banyak rumah sakit ataupun pelayanan kesehatan yang memberikan pendidikan kesehatan secara khusus untuk perawatan nifas, sehingga ibu dapat melakukan perawatan mandiri pada dirinya maupun bayinya. Dari hasil pengamatan yang dilakukan oleh peneliti di Palembang, tidak ada catatan khusus mengenai kemampuan yang dimiliki ibu sebelum pulang ke rumah dalam hal perawatan diri, juga tidak ada kunjungan rumah yang dilakukan oleh petugas kesehatan baik dari rumah sakit maupun petugas kesehatan di lingkungan tempat tinggal ibu. Pendidikan kesehatan untuk ibu post partum juga belum berjalan secara optimal. Dengan demikian penerapan teknik penyuluhan kesehatan berupa paket PK-PIN yang dimodifikasi perlu dikembangkan, tetapi perlu penelitian untuk dapat membuktikan pengaruhnya. Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Dalam masa nifas dapat timbul berbagai masalah yang mengganggu kesehatan ibu, bayi yang diasuhnya, bahkan keluarga. Keluhan yang muncul dapat berupa pembengkakan payudara, gatal pada bagian perut, gatal pada perineum, keputihan dan kelelahan. Dengan demikian kebutuhan perawatan selama nifas masih cukup tinggi.

Ibu primipara seringkali tidak mempunyai kepercayaan diri dalam merawat dirinya sendiri maupun bayinya. Hal ini bisa saja dikarenakan ibu tidak memperoleh informasi yang benar tentang bagaimana perawatan diri dalam masa nifas. Perawat maternitas mempunyai peran yang sangat penting dalam fase ini, yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan masa nifas sehingga ibu dapat melaksanakan perawatan mandiri baik untuk dirinya sendiri maupun bayinya. Selain itu, jika terjadi komplikasi pada masa nifas dan tidak diidentifikasi lebih dini dapat berakibat fatal terhadap ibu,

mengganggu kemampuannya dalam merawat bayi secara optimal bahkan dapat berakibat kematian.

Upaya pencegahan komplikasi pada masa nifas dapat dilakukan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang diberikan secara kontinyu akan meningkatkan kemampuan ibu dan keluarganya dalam memenuhi hak perawatan diri. Dengan diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan masa nifas, diharapkan klien dapat mendeteksi secara dini apabila terjadi kelainan dan dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Oleh sebab itu perlu dikembangkan suatu intervensi keperawatan dalam bentuk pendidikan kesehatan dengan menggunakan paket PK-PIN yang dimodifikasi dan dinilai sejauh mana pengaruhnya terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Diketuinya pengaruh pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Diidentifikasinya karakteristik responden.

1.3.2.2 Diidentifikasinya hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi

1.3.2.3 Diidentifikasinya pengetahuan ibu postpartum primipara dalam merawat diri sesudah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi.

1.3.2.4 Diidentifikasinya sikap ibu postpartum primipara dalam merawat diri sesudah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi.

1.3.2.5 Diidentifikasinya perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri sesudah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi.

1.3.2.6 Diidentifikasinya perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan non intervensi.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

##### **1.4.1 Bagi pelayanan keperawatan**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar pengembangan kebijakan dalam program perencanaan pulang ibu post partum di rumah sakit, khususnya ibu primipara dan pengembangan metode perawatan yang lebih baik.

##### **1.4.2 Bagi pendidikan dan perkembangan Ilmu Keperawatan**

Penelitian ini dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan mengembangkan metode dan strategi pembelajaran yang tepat dalam memberikan pendidikan perawatan mandiri ibu nifas pada ibu post partum, khususnya ibu primipara.

##### **1.4.3 Bagi Masyarakat**

Penelitian ini dapat memberikan manfaat dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang perawatan mandiri ibu nifas, sehingga dapat memotivasi ibu untuk melakukan perawatan dengan baik, membantu ibu primipara untuk mencapai peran maternal yang optimal yang berkontribusi pada adaptasi keluarga dan meningkatkan kualitas generasi yang akan datang dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Masa Nifas

Periode postpartum atau masa nifas adalah jangka waktu 6 minggu yang dimulai setelah kelahiran bayi sampai pemulihan kembali organ-organ reproduksi seperti sebelum kehamilan. Periode tiga bulan setelah kelahiran bayi ini, biasanya disebut juga sebagai trimester keempat kehamilan. Perubahan fisiologis yang terjadi selama puerperium adalah khusus, meskipun dianggap normal sebagai proses pemulihan dari kehamilan (Pilliteri, 2003).

Periode postpartum (puerperium) adalah jangka waktu 6 minggu yang dimulai setelah kelahiran bayi sampai pemulihan kembali organ-organ reproduksi seperti sebelum kehamilan. Periode tiga bulan setelah kelahiran bayi ini, biasanya disebut juga sebagai trimester keempat kehamilan. Banyak faktor yang mempengaruhi proses pemulihan organ reproduksi, termasuk tingkat energi, kenyamanan, psikologik dan fisik, kesehatan bayi baru lahir, perawatan dan motivasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional, dimana pada periode ini lebih ditekankan pada kesejahteraan ibu dan respon dari bayinya (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Postpartum dibagi dalam tiga periode (Wong, Perry & Hockenberry, 2002):

(1). Periode *Immediate postpartum*: terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, (2). Periode *Early postpartum*: terjadi setelah 24 jam postpartum sampai akhir minggu pertama sesudah melahirkan, saat risiko komplikasi sering terjadi pada ibu postpartum, (3). Periode *late postpartum*: terjadi mulai minggu kedua sampai minggu keenam sesudah melahirkan, dan terjadi perubahan secara bertahap.

Potensial bahaya lebih sering terjadi pada periode *immediate* dan *early post partum*, yaitu resiko terjadinya syok hipovolemia dan *hemorrhage*, sedangkan perubahan secara bertahap kebanyakan terjadi pada periode *late postpartum*.

Pada jam-jam dan hari-hari pertama setelah melahirkan hampir seluruh sistem tubuh mengalami perubahan secara drastis. Berat badan ibu post partum turun 7 sampai 8 kilogram, yaitu 5 sampai 6 kilogram karena lahirnya bayi, plasenta dan air ketuban, 2 kilogram karena diuresis. Semua perubahan ini penting dimonitor oleh perawat, perhatikan tanda-tanda komplikasi terutama perdarahan dan infeksi.

Periode post partum merupakan antiklimaks dari kehamilan dan merupakan pengalaman yang berarti bagi klien dan keluarga. Periode postpartum merupakan peristiwa adaptasi fisiologis dan psikologis yang kompleks. Pengkajian yang tepat akan memberikan informasi yang akurat sehingga kebutuhan akan perawatan selama periode postpartum sesuai dengan kondisi klien. Intervensi keperawatan berpusat pada klien dan keluarganya sehingga klien dan keluarga dapat merawat bayinya dan fungsi-fungsi tubuh akan pulih dengan baik.

### **2.1.1 Adaptasi fisiologis postpartum**

Pada masa postpartum, terdapat perubahan khususnya pada organ reproduksi. Adapun perubahan fisiologis yang terjadi (Pillitteri, 2003) yaitu :

#### **a. Tanda Vital**

Suhu peroral pada 24 jam pertama setelah melahirkan kurang dari 38 C. Bila setelah hari pertama suhu lebih dari 38 C selama dua hari berturut-turut dalam 10 hari pertama post partum, harus dicurigai adanya sepsis puerpuralis, infeksi saluran kemih, endometriosis, mastitis atau infeksi yang lainnya.

Pembengkakan payudara pada hari kedua atau ketiga dapat menyebabkan kenaikan suhu (*milk fever*) walaupun tidak selalu, bila terjadi kenaikan suhu tidak akan lebih dari 24 jam.

## b. Sistem Kardiovaskuler

### 1) Tekanan Darah

Tekanan darah tetap stabil, tetapi penurunan tekanan sistolik 20 mmHg atau lebih pada saat klien berubah posisi dari terlentang ke posisi duduk, hal ini menggambarkan hipotensi ortostatik dan merupakan gangguan sementara yang merupakan kompensasi pertahanan tubuh untuk menurunkan resistensi vaskuler sebagai akibat peningkatan tekanan vena. Biasanya ini terjadi beberapa saat setelah persalinan, dan saat pertama kali melakukan mobilisasi (ambulasi). Bila terjadi penurunan secara drastis merupakan indikasi terjadinya perdarahan uteri.

Kenaikan tekanan sistolik 30 mmHg atau diastolik 15 mmHg, terutama disertai sakit kepala atau perubahan penglihatan dapat dicurigai adanya preeklamsia post partum.

### 2) Berkeringat dan menggigil

Klien dapat menggigil segera setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena instabilitas vasomotor, merupakan hal yang biasa bila tidak disertai dengan peningkatan suhu tubuh. Hal ini terjadi karena tubuh mengeluarkan jumlah cairan yang banyak. Sisa-sisa pembakaran banyak keluar melalui keringat dan sering juga terjadi pada malam hari sehingga klien terbangun.

### 3) Komponen Darah

Hemoglobin, hematokrit dan eritrosit mendekati keadaan sebelum melahirkan, terjadi hemokonsentrasi karena diuresis. Lymfosit menurun, leukositosis darah 15000-30000/mm<sup>3</sup>, mekanisme pembekuan darah menjadi aktif pada periode *immediate* post partum sampai beberapa saat setelah melahirkan, akibatnya meningkatkan tromboemboli.

Selama persalinan, *erithropoesis* meningkat menyebabkan kadar hemoglobin menurun dan nilainya akan kembali stabil pada hari keempat post partum. Jumlah leukosit meningkat pada *early postpartum* hingga nilainya mencapai 30.000/mm<sup>3</sup> tanpa adanya infeksi. Apabila peningkatan lebih dari 30% dalam 6 jam pertama, maka hal ini mengindikasikan adanya infeksi (Pilliteri,2003).

c. Sistem perkemihan

Selama proses melahirkan kandung kemih mendapatkan trauma yang dapat mengakibatkan edema dan kehilangan sensitivitas terhadap cairan. Perubahan ini dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan yang tidak sempurna dari kandung kemih. Biasanya klien mengalami ketidakmampuan buang air kecil dalam 2 hari pertama setelah melahirkan. Penimbunan cairan dalam jaringan selama kehamilan dikeluarkan melalui diuresis, dimulai dalam 12 jam setelah melahirkan. Akibat diuresis tersebut, klien akan mengalami penurunan berat badan 2,5 kg pada periode *early post partum*.

Hematuria pada *early post partum* menandakan adanya trauma pada kandung kemih saat persalinan, selanjutnya dapat juga terjadi dehidrasi dikarenakan proses persalinan yang terlalu lama. Aliran darah ke ginjal, GFR dan ureter dalam waktu sebulan bertahap akan kembali seperti sebelum hamil atau melahirkan (Pilliteri,2003).

d. Sistem endokrin

Estrogen, progesteron dan kadar prolaktin menurun dengan cepat. Kadar prolaktin pada klien yang meneteki akan meningkat karena rangsangan dari hisapan bayi. Estrogen pada klien tidak meneteki akan meningkat secara bertahap dalam 3 minggu setelah melahirkan. Pada klien meneteki biasanya menstruasi terjadi pada minggu ke-36 post partum, sedangkan yang tidak meneteki terjadi pada minggu ke-12 post partum.

Perubahan buah dada, produksi ASI dimulai hari ke-3 post partum dibuat oleh sel asini pada alveoli atas pengaruh prolaktin. Keluarnya susu ke duktus laktiferus disebabkan kontraksi sel myoepithelium, tergantung pada sekresi oksitosin dan rangsangan oleh hisapan bayi.

e. Sistem Pencernaan

Pemulihan defekasi secara normal terjadi lambat dalam waktu 1 minggu. Hal ini disebabkan penurunan motilitas usus dan gangguan kenyamanan pada perinium. Pemberian huknah pada kala I dan penurunan kekenyalan otot abdomen juga merupakan predisposisi terjadinya konstipasi.

f. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan, mengakibatkan hilangnya kekenyalan otot terlihat pada masa post partum. Peregangan otot-otot pada dinding perut adalah muskulus rektus abdominis. Dinding perut sering lembek dan kendor, akan kembali dalam  $\pm$  6 minggu post partum. Dengan latihan, pengembalian otot-otot kekeadaan semula akan lebih cepat.

g. Organ Reproduksi

1) Endometrium

Dalam dua hari postpartum, desidua yang tertinggal berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Lapisan superfisial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lokea, sedangkan lapisan bawah yang bersebelahan dengan miometrium yang berisi kelenjar tetap utuh dan merupakan sumber pembentukan endometrium baru. Proses regenerasi endometrium berlangsung cepat. Seluruh endometrium pulih kembali dalam minggu kedua dan ketiga.

## 2) Serviks, Vagina, Vulva, dan Perineum

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali seperti keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Selama awal postpartum jaringan sekitar perineum mengalami edema dan laserasi. Jika ada episiotomy atau laserasi akan menimbulkan rasa takut untuk berkemih dan buang air besar. Pada postpartum hari ke-5, perineum sudah mulai kembali seperti keadaan semula namun kekuatan tonusnya tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

## 3) Involusi Uterus

Segera setelah plasenta lahir, uterus mengalami kontraksi dan retraksi ototnya akan menjadi keras sehingga dapat menutup/menjepit pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Beberapa jam setelah persalinan, fundus uteri mencapai umbilikalis. Posisi uterus midline. Bila kandung kemih penuh akan menekan dan mendorong fundus uteri sehingga berada di atas umbilikus dan posisi bergeser ke sebelah kanan.

Ligamen uterus yang masih lemah menyebabkan uterus dapat bergeser dan keefektifan kontraksi akan terganggu. Proses involusi uterus terjadi secara progresif dan teratur yaitu 1-2 cm setiap hari dari 24 jam pertama post partum sampai akhir minggu pertama saat

tinggi fundus sejajar dengan tulang pubis. Pada minggu ke-enam uterus kembali normal seperti keadaan sebelum hamil kurang lebih 50-60 gram.

#### 4) Lochea

*Lochea* adalah sekret yang berasal dari dalam rahim terutama luka bekas implantasi plasenta yang keluar melalui vagina. Lochea merupakan hasil pembersihan uterus setelah melahirkan yang secara mikroskopik terdiri dari eritrosit, jaringan desidua, sel-sel epitel dan bakteri yang dikeluarkan pada awal masa nifas.

*Lochea* dibagi berdasarkan warna dan kandungannya yaitu : (1). *Lochea Rubra*, keluar pada hari pertama sampai hari ketiga post partum. *Lochea* ini berwarna merah berisi eritrosit, lekosit, sel-sel desidua, vernik kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa-sisa selaput ketuban. (2). *Lochea Serosa*, lochea ini keluar hari keempat sampai kesepuluh post partum dengan warna kuning kecoklatan. Mengandung sel darah, serum, leukosit dan sisa-sisa jaringan dan sejumlah mikroorganisme. (3). *Lochea Alba*, lochea ini keluar mulai pada hari kesepuluh sampai minggu ke 2- 6 post partum. Berwarna putih kekuningan, tidak mengandung darah, berisi sel leukosit, sel-sel epitel dan lendir serviks. Jika pengeluaran *lochea* berkepanjangan, pengeluaran *lochea* tertahan, *lochea purulenta* (nanah), rasa nyeri yang berlebihan, terdapat sisa plasenta merupakan indikasi perdarahan dan infeksi intra uterin.

### 2.1.2 Adaptasi Psikologis Postpartum

Menjadi orangtua merupakan suatu krisis dan melewati masa transisi. Masa transisi pada post partum yang harus diperhatikan oleh perawat adalah fase *honey moon*.

Fase *honey moon* adalah fase setelah anak lahir dimana terjadi intimisasi dan kontak yang lama antara ibu-ayah-anak. Hal tersebut dapat dikatakan sebagai psikis *honey moon*, dimana tidak memerlukan hal-hal yang romantis secara biologis. Masing-masing saling memperhatikan anaknya dan menciptakan hal yang baru. Beberapa adaptasi psikologis pada post partum adalah :

a. Adaptasi Parental

Proses menjadi orangtua terjadi sejak masa konsepsi. Selama periode *prenatal*, ibu merupakan bagian pertama yang memberikan lingkungan untuk berkembang dan tumbuh sebelum anak lahir. Proses menjadi orangtua tidak mudah dan sering menimbulkan konflik dan krisis komunikasi karena ketergantungan penuh bayi pada orangtua.

Untuk menjadi orangtua diperlukan beberapa komponen: (1). kemampuan kognitif dan motorik, merupakan komponen pertama dari respon menjadi orangtua dalam perawatan bayi. (2). Kemampuan kognitif dan afektif merupakan komponen psikologis dalam perawatan bayi, saat tumbuh perasaan keibuan, kebakapan, dan pengalaman awal menjadi orangtua (Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999).

b. Fase Maternal

Ada tiga fase penyesuaian ibu terhadap perannya sebagai orangtua (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005) yaitu: (1). *taking-in* (fase ketergantungan) dimulai segera setelah persalinan, pada fase ini ibu masih berfokus dengan dirinya sendiri, bersikap pasif dan masih sangat tergantung pada orang lain disekitarnya. Fase ini merupakan waktu yang penuh dengan kegembiraan dan ibu biasanya sangat senang untuk mengkomunikasikannya. Ibu merasa perlu menyampaikan pengalamannya tentang proses melahirkan. Beberapa orangtua menganggap petugas kesehatan atau ibu lain sebagai pendengarnya. Kecemasan dan kegembiraan terhadap peran baru tersebut sering

mempersempit lapang persepsi ibu sehingga informasi yang diberikan pada fase ini mungkin perlu diulang. (2). *Taking-hold* (fase transisi antara ketergantungan dan kemandirian) terjadi antara hari kedua dan ketiga postpartum, ibu mulai menunjukkan perhatian pada bayinya dan berminat untuk belajar memenuhi kebutuhan bayinya. Dalam fase ini tenaga ibu pulih kembali secara bertahap, ibu merasa lebih nyaman, fokus perhatian mulai beralih pada bayi, ibu sangat antusias dalam merawat bayinya, mulai mandiri dalam perawatan diri, terbuka pada pengajaran perawatan, saat yang tepat untuk memberi informasi tentang perawatan bayi dan diri sendiri. Pada fase ini juga terdapat kemungkinan terjadinya *postpartum blues* (3) *letting-go* (fase mandiri). Fase ini berlangsung antara dua sampai empat minggu setelah persalinan ketika ibu mulai menerima peran barunya. Ibu melepas bayangan persalinan dengan harapan yang tidak terpenuhi serta mampu menerima kenyataan (Rosenthal, 2003; Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999).

Ikatan kasih (*bonding dan attachment*) harus segera difasilitasi sejak kelahiran bayi. Penting bagi perawat untuk memikirkan bagaimana agar hal tersebut dapat terlaksana dengan baik. Partisipasi suami dalam proses persalinan merupakan salah satu upaya untuk proses ikatan kasih tersebut.

### 2.1.3 Faktor yang mempengaruhi perawatan mandiri ibu post partum

#### 1. Umur

Umur klien berhubungan langsung dengan tingkat kematangan perkembangan dan pengalaman individu. Usia ibu dihubungkan dengan meningkatnya resiko fisik yang kemungkinan mempengaruhi kesehatan ibu dan kemampuannya untuk menetapkan hubungan dengan bayinya (Matteson, 2001). Ibu pada usia remaja dapat mengalami resiko kesehatan yang lebih tinggi, konflik perkembangan dan konflik peran yang berhubungan dengan parenting (Matteson, 2001).

## 2. Tingkat pendidikan

Ibu yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan masalah kesehatan, baik untuk dirinya sendiri maupun keluarganya. Pengalaman hidup dan pendidikan dapat mempengaruhi ibu untuk mendapatkan pengetahuan tentang perawatan diri dan kesehatan anak dan untuk beradaptasi terhadap peran parenting, sehingga pada akhirnya lebih mudah untuk dapat memahami kejadian-kejadian disekitarnya. Ibu yang berpendidikan tinggi cenderung untuk mencari informasi yang berkaitan dengan perawatan diri pada masa nifas (Friedman, 1998).

## 3. Pengalaman

Ibu multipara memiliki pengalaman dalam persalinan dan menjadi ibu, sehingga ibu memiliki lebih banyak koping dalam menghadapi masalah-masalah yang mungkin timbul dalam berinteraksi dengan bayinya maupun perawatan diri. Pada ibu primipara, ibu membutuhkan waktu untuk beradaptasi tentang perubahan peran menjadi ibu (Matteson, 2001).

## 4. Budaya

Dalam konteks budaya, setiap masyarakat memiliki cara-cara mereka sendiri untuk memahami dan menanggapi peristiwa pertumbuhan janin, kelahiran bayi dan perawatan ibu dan bayi yang sudah di praktekkan jauh sebelum masuknya sistem pelayanan kesehatan di lingkungan komunitas mereka (Swason, 1998). Gambaran mengenai respon masyarakat terhadap kehamilan hingga perawatan paska persalinan bagi ibu dan bayinya menunjukkan keterkaitan antara nilai-nilai, landasan pemikiran, keyakinan, kepercayaan dan norma-norma yang mendasari perilaku pertolongan dan perawatan ibu dan anak.

## 5. Sarana Kesehatan di masyarakat

Adanya sarana kesehatan yang memadai di masyarakat dapat membantu ibu nifas untuk mengontrol keadaannya. Tenaga kesehatan dapat memberikan informasi tentang cara-cara hidup sehat, memelihara dan meningkatkan kesehatan dan melakukan diskusi partisipatif tentang perawatan pada masa nifas.

### 2.1.4 Konsep keperawatan *self care Orem* dalam perawatan nifas

Masyarakat mulai tertarik terhadap kesehatannya dengan mempelajari keterampilan dasar *self care* atau kemandirian. Praktek kemandirian ini diasumsikan merupakan tanggung jawab setiap orang terhadap kesehatannya. Konsep keperawatan yang mengembangkan kemahiran dalam mengontrol dan merawat dirinya terkait dengan konsep *self care* (Orem, 2001).

Tujuan manajemen *self care* adalah untuk mempertahankan kesehatan, kehidupan dan sembuh dari sakit. *Self care* atau perawatan mandiri adalah suatu aktivitas dimana individu memprakarsai dan melaksanakan sendiri berbagai kebutuhannya (Orem, 2001). Model Orem's, meyebutkan ada beberapa jenis *self care*, yaitu :

#### a. *Universal self care requisites*

Kebutuhan yang umumnya dibutuhkan oleh manusia selama siklus kehidupannya seperti kebutuhan fisiologis dan psikososial termasuk kebutuhan udara, air, makanan, eliminasi, aktivitas, istirahat, sosial, dan pencegahan bahaya. Hal tersebut dibutuhkan manusia untuk perkembangan dan pertumbuhan, penyesuaian terhadap lingkungan, dan lainnya yang berguna bagi kelangsungan hidupnya.

b. *Developmental self care*

Kebutuhan yang berhubungan dengan pertumbuhan manusia dan proses perkembangannya, kondisi, peristiwa yang terjadi selama variasi tahap dalam siklus kehidupan dan kejadian yang dapat berpengaruh buruk terhadap perkembangan. Hal ini berguna untuk meningkatkan proses perkembangan sepanjang siklus hidup.

c. *Health deviation self care*

Berfokus pada tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu dan hanya diperlukan bila ada perubahan yang nyata. Apabila dikaji lebih lanjut, jenis kebutuhan keperawatan periode postpartum termasuk universal self care sehingga ibu akan mencari solusi untuk mengatasi masalah dan melakukan tindakan pemcagahan (Tomey, 1999).

Selain membagi jenis self care, Orem (2001) juga membagi tingkat kemampuan perawatan mandiri (self care) menjadi 3 tahapan, yaitu :

1. *The wholly compensatory nursing system*

Perawat memberikan bantuan sepenuhnya kepada pasien karena tingkat ketergantungan pasien yang tinggi seperti dialami oleh ibu postpartum pada dua jam sampai dengan enam jam setelah melahirkan, dimana ibu berada dalam kondisi kelelahan karena mengalami proses persalinan.

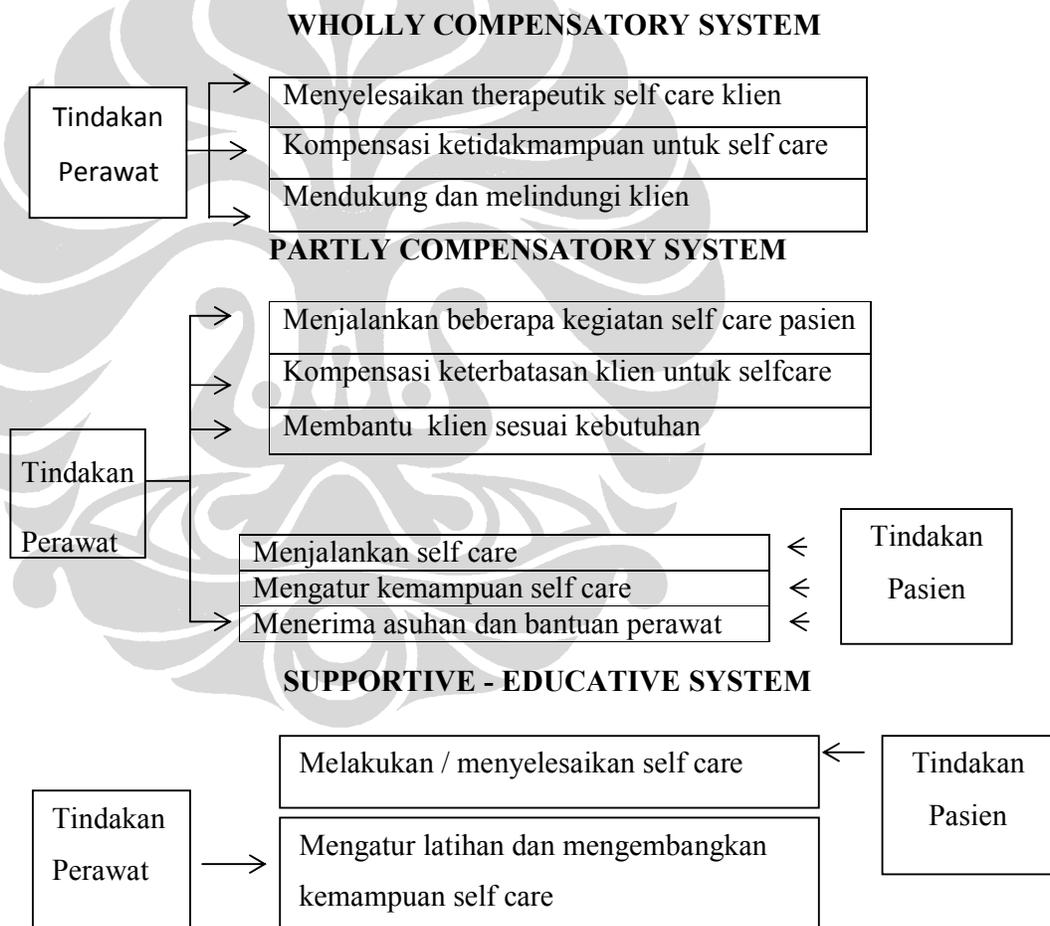
2. *The partly compensatory nursing system*

Perawat dan pasien saling berkolaborasi dalam melakukan tindakan keperawatan. Tingkatan ini pada ibu postpartum sesuai dengan fase taking hold, dimana ibu sudah dapat melakukan aktivitasnya sendiri dan melakukan perawatan bayinya. perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *self care*.

### 3. Supportive educative system

Pasien merawat dirinya sendiri dengan bimbingan perawat. Fase ini dimulai pada hari kedua sampai minggu kedua ibu postpartum dengan karakteristik ibu tidak lagi berfokus pada dirinya sendiri, tetapi sudah berorientasi dengan lingkungan diluar dirinya, ditandai dengan ibu mempunyai kemampuan untuk merawat dirinya (Bobak, 2003).

Gambar dibawah ini menunjukkan tingkat kemampuan perawatan mandiri pasien dalam praktek keperawatan.



Gambar 2.1

Tingkat kemampuan perawatan mandiri(self care) Orem (2001)

## 2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

Istilah pendidikan kesehatan yang telah dirumuskan oleh para ahli pendidikan kesehatan dengan berbagai pengertian, tergantung pada sudut pandang mereka masing-masing. Menurut Wood (1926, dalam Suliha, dkk, 2002) bahwa pendidikan kesehatan sebagai sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap, pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu, masyarakat dan ras. Setiawati dan Dermawan (2008) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat.

Suliha, dkk (2002) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan adalah merupakan bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien individu, kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai pendidik. Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang dilakukan kepada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat yang dilakukan untuk merubah perilakunya yang tidak sehat ke pola hidup yang sehat.

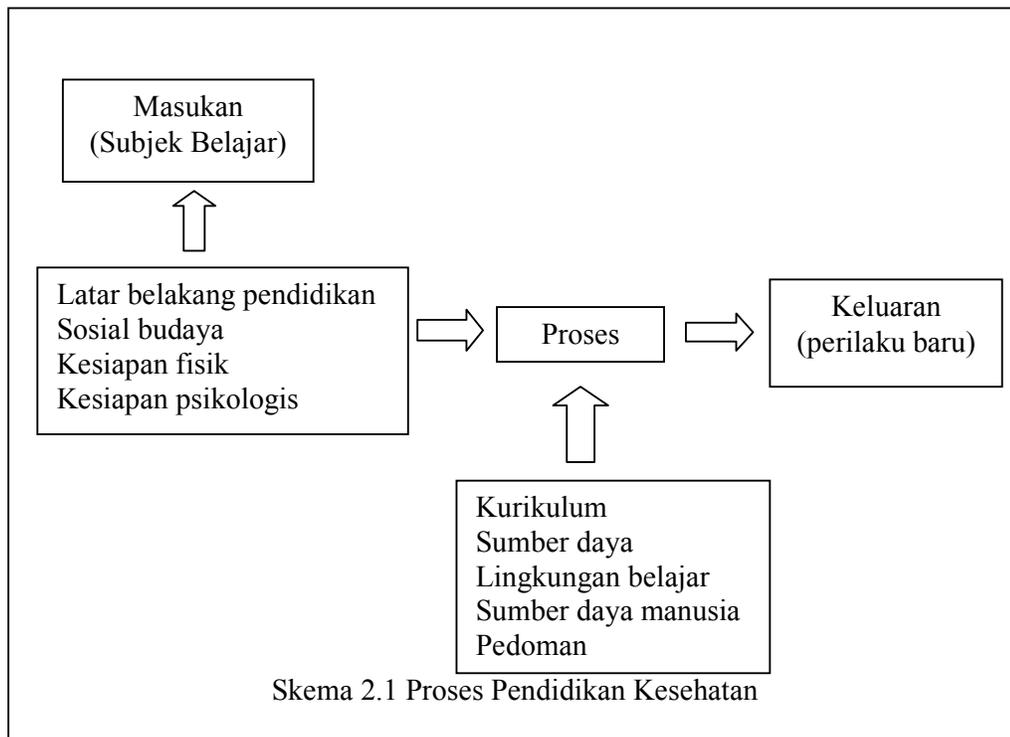
Proses pendidikan kesehatan ini melibatkan beberapa komponen, antara lain: penggunaan strategi belajar-mengajar, mempertahankan keputusan untuk membuat perubahan dalam tindakan/perilaku, dan pendidikan kesehatan berfokus pada perubahan perilaku untuk meningkatkan status kesehatan mereka. Secara umum, strategi pendidikan kesehatan membantu meyakinkan bahwa individu, sebagai konsumen pelayanan kesehatan, puas dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan masalah kesehatan yang mereka hadapi.

Tujuan pendidikan kesehatan adalah membantu individu, keluarga dan masyarakat mencapai status kesehatan yang optimal dengan keinginan dan inisiatif mereka sendiri (Mandle & Edelman, 2006). Perubahan perilaku kesehatan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dapat membantu

mencegah terjadinya penyakit dan ketidakmampuan atau cacat. Tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah untuk merubah perilaku kesehatan dan untuk meningkatkan status kesehatan.

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar. Belajar adalah kegiatan yang di dasari yang menghasilkan kemampuan baru pada diri individu, kelompok, atau masyarakat yang sedang belajar, baik aktual maupun potensial yang berlaku untuk waktu yang relatif lama (Notoatmodjo, 2003). Proses belajar di lakukan dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Dengan kata lain pendidikan dilihat secara makro sedangkan proses belajar di lihat secara mikro. Pengajaran diperlukan untuk memperoleh keterampilan yang dibutuhkan manusia dalam bermasyarakat.

Belajar pada hakikatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang dibutuhkan dalam hubungan manusia dengan dunia luar dan hidup bermasyarakat (Notoatmodjo, 2003). Prinsip utama dalam proses pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Apabila proses pendidikan kesehatan dilihat sebagai sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses dan keluaran yang digambarkan Notoatmodjo (1997), sebagai berikut :



Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah subyek atau sasaran belajar dengan berbagai latar belakangnya (Notoatmodjo, 2003). Dalam pendidikan kesehatan, sasarannya adalah pembelajar dengan perilaku belum sehat. Kondisi pembelajar/orang yang belajar yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan/keadaan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan, dan sosial budaya (Suliha,dkk. 2002).

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada subjek belajar. Dalam proses ini, terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor. Menurut Suliha, dkk (2002), proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor materi atau bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan, baik perangkat lunak maupun perangkat keras dan subjek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga dan masyarakat serta tenaga kesehatan.

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok/keluarga, dan masyarakat.

Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat berupa metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok, dan metode pendidikan massa (Suliha, dkk 2002).

Metode pendidikan individual pada pendidikan kesehatan digunakan untuk membina perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Metode pendidikan individual yang bisa digunakan adalah bimbingan dan penyuluhan, konsultasi pribadi, serta wawancara (Setiawati & Dermawan, 2008).

Metode pendidikan kelompok dapat dibagi ke dalam kategori kelompok kecil yang beranggotakan kurang dari lima belas orang dan kelompok besar yang beranggotakan lebih dari lima belas orang. Pada kelompok kecil metode pendidikan dapat digunakan seperti diskusi kelompok, curah gagasan/ide, permainan peran, simulasi dan demonstrasi. Pada kelompok besar dapat digunakan metode pendidikan seperti ceramah, seminar, simposium, dan forum panel.

Metode pendidikan massa digunakan pada sasaran yang bersifat massal, bersifat umum dan tidak membedakan sasaran dari umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode pendidikan massa tidak dapat diharapkan sampai pada terjadinya perubahan perilaku, namun mungkin hanya mungkin sampai pada tahap sadar (*awareness*). Dalam pelaksanaannya digunakan media massa, seperti media elektronik (TV, radio), media cetak (surat kabar, majalah). Beberapa bentuk metode pendidikan massa adalah: ceramah umum, pidato, simulasi, artikel di majalah, film cerita dan papan reklame (Setiawati & Dermawan, 2008; Suliha, dkk., 2002).

Pendidikan kesehatan dapat diberikan dengan metode ceramah dan tanya jawab, tukar pengalaman, diskusi dan demonstrasi, dengan menggunakan berbagai media/alat bantu. Alat bantu yang digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan sebaiknya sederhana, efektif, tidak rumit, dan murah (Schot & Priest, 2008). Alat bantu tersebut dapat berupa globe, papan tulis,

gambar, diagram, slide, video, booklet, leaflet, lembar balik dan masih banyak alat lainnya (Setiawati & Dermawan, 2008).

Setelah memberikan pendidikan kesehatan, untuk menilai apakah pendidikan kesehatan yang kita berikan pada klien berhasil atau tidak, maka perlu dilakukan evaluasi. Rankin dan Stallings (2001), mengemukakan metode evaluasinya dengan cara :

a. Observasi langsung

Melihat atau mengobservasi tindakan yang dilakukan oleh klien, terkait dengan pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat. Klien melakukan bagaimana aktivitas perawatan diri dan harus diberikan bimbingan atau pendidikan kesehatan dari tenaga yang profesional.

b. Catatan pasien atau dokumentasi

Setiap kemajuan yang dialami oleh klien, dicatat oleh perawat sehingga perawat dapat menilai apakah pendidikan kesehatan yang telah diberikan berhasil atau tidak. Perawat memberikan *reinforcement* yang positif jika klien melakukan perubahan ke arah yang lebih baik. Pendokumentasian proses belajar mengajar adalah hal yang sangat penting sebab hal ini memberikan suatu legalitas pencatatan bahwa mengajar telah dilakukan dan dokumen ini merupakan alat komunikasi dengan profesi lain dalam pelayanan kesehatan. Hal lain yang perlu dicatat adalah respon klien dan orang-orang yang mendukungnya. Apa yang dilakukan oleh klien atau keluarganya mengindikasikan bahwa proses belajar telah terjadi. Dokumentasi hendaknya mencakup diagnosis keperawatan, tujuan belajar, topik, hasil yang dicapai, kebutuhan mengajar tambahan dan sumber-sumber yang diperlukan (Suliha, dkk, 2002).

c. Laporan pasien

Laporan pasien dan keluarganya dapat digunakan sebagai sumber data meskipun objektivitasnya dapat dipertanyakan. Perawat harus dapat menggali tentang kesehatan klien dengan pertanyaan yang tepat sehingga

klien dapat menjawab sesuai dengan pertanyaan yang diajukan oleh perawat.

d. Tes

Tes secara tertulis dan lisan dapat digunakan sebelum aktivitas pembelajaran dimulai. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan klien dapat dilakukan tes lagi untuk menilai apakah proses tersebut efektif. Tes ini dapat mengukur kemajuan klien dalam kemampuan kognitif

e. Wawancara dan pembagian kuesioner

Wawancara dan pembagian kuesioner dapat dilakukan pada pasien dan keluarganya. Pasien dan keluarganya di wawancarai atau diberikan kuesioner untuk mengkaji harapan, opini, dan tingkat pengetahuannya. Pada wawancara dan kuesioner ini, klien dapat mengevaluasi kemajuannya, menentukan kebutuhan belajarnya dan memberikan masukan untuk pelatihan atau pembelajaran selanjutnya.

### **2.1.1 Pendidikan kesehatan dalam konsep keperawatan**

Masa postpartum mempengaruhi semua aspek kehidupan ibu, tidak hanya secara fisik tetapi bersifat holistik meliputi psikis, interaksi sosial dan kognitif. Untuk itu, ibu memerlukan pengetahuan yang memadai bagi ibu postpartum maupun keluarga tentang perawatan pada masa postpartum, perawatan bayi baru lahir dan penerimaan peran baru. Hal tersebut dapat dicapai melalui pemberian promosi kesehatan selama masa postpartum.

Promosi kesehatan merupakan salah satu intervensi mandiri perawat, perawatan masa postpartum penting dalam meningkatkan pengetahuan ibu pada masa nifas. Dengan adanya promosi kesehatan ini maka diharapkan hasil akhirnya diperoleh peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap ibu dalam melakukan perawatan pada diri sendiri dan bagi bayinya.

Model promosi kesehatan menurut Pender, merupakan konsep yang didasarkan pada upaya memberdayakan kemampuan seseorang dalam meningkatkan derajat kesehatannya, komponen utama teori ini adalah teori

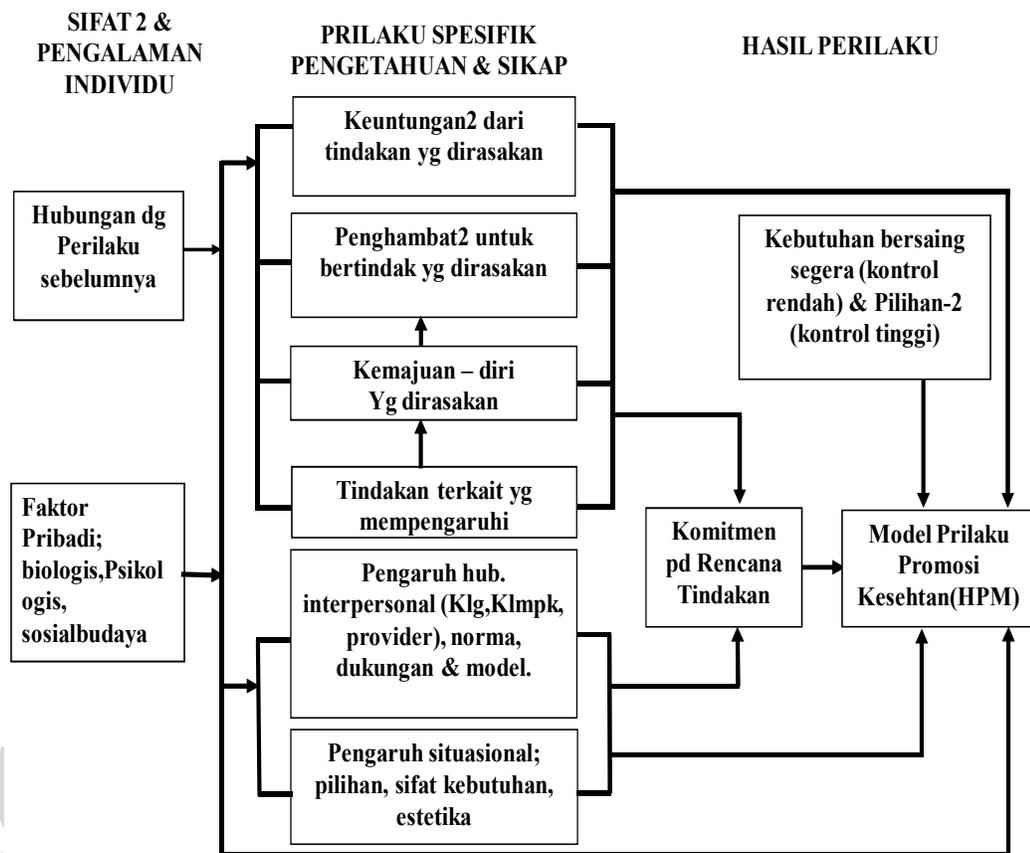
pembelajaran sosial dari Robert Bandura (1977) dalam Alligod (2006), yang postulatnya menekankan pada pentingnya proses kognisi dalam perubahan perilaku, Model ini melakukan pendekatan dengan mengkaji karakteristik dan pengalaman individu serta sifat-sifat pengetahuan dan sikap individu tersebut.

Perawat memainkan banyak peran sewaktu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan. Selain memberikan perawatan fisik, perawat juga memberikan promosi kesehatan tentang perawatan ibu dan anak, memberikan dorongan dan dukungan saat ibu mulai mengambil alih berbagai tugas yang harus dilakukan oleh seorang ibu. Perawat melakukan banyak upaya untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu. Hal ini sesuai dengan model konsep *Health Promotion Model* oleh Pender bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh hubungan interpersonal (perawat, keluarga dan komunitas) serta adanya dukungan sosial terhadap peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku sehingga meningkatkan rasa percaya diri ibu.

Perawat dalam model promosi kesehatan mempunyai peran yang unik untuk membantu dan menolong klien dan mendidik mereka untuk mengetahui atau mempelajari tingkah laku-tingkah laku baru yang mempunyai dampak positif pada kehidupan mereka. Model promosi kesehatan tidak saja berfokus pada situasi seseorang dalam kondisi sehat dan mempertahankannya tetap sehat, tetapi juga pada individu yang sakit mempertahankannya dan meningkatkan kualitas kehidupannya.

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku ini akhirnya secara langsung ditujukan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Penerapan model promosi kesehatan pada ibu postpartum sangat bermanfaat untuk dapat melakukan peran baru yang diperoleh.

Keterkaitan antara model konsep *Health Promotion Model* dalam asuhan keperawatan klien postpartum digambarkan dalam skema sebagai berikut :



Skema 2.2

Revisi Model Promosi Kesehatan (Dari Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A (2002). Promosi kesehatan dalam praktik keperawatan dikutip dari Tomey & Alligood (2006)

#### a. Karakteristik individu dan pengalaman individu

Setiap manusia mempunyai karakteristik yang unik dan pengalaman yang dapat mempengaruhi tindakannya. Karakteristik individu atau aspek pengalaman masa lalu lebih fleksibel sebagai variable karena lebih relevan pada perilaku kesehatan utama ibu postpartum

## 1. Pengalaman Masa lalu

Pengalaman sebelumnya menjadi suatu pengetahuan yang spesifik. Pada masa post partum, pengalaman masa lalu yang perlu dikaji adalah bagaimana pengalaman klien sebelumnya tentang menyusui, perawatan masa nifas dan perawatan bayi. Selain itu perlu juga dikaji tentang bagaimana pengetahuan klien tentang perawatan postpartum, misalnya tentang senam nifas, menyusui, cara menyusui bayi, memandikan bayi, pengetahuan tentang makanan apa saja yang harus di konsumsi oleh ibu post partum. Hal ini merupakan landasan bagi perawat memberikan promosi kesehatan dan membantu klien dengan mengajar klien bagaimana bertindak dan menimbulkan potensi dan sikap yang positif melalui pengalaman yang sukses dalam melakukan perawatan.

## 2. Faktor personal

Untuk menggali karakteristik individu sebagai subyek asuhan keperawatan dalam model promosi kesehatan perlu dilakukan pengkajian secara sistematis. Pengkajian individual klien dalam konteks model promosi kesehatan sangat luas dibandingkan dengan pengkajian pada individu dalam konteks model keperawatan yang lain. Aspek pengkajian individu meliputi :

- a) Biologi: usia, indeks masa tubuh (*body mass index*), bagaimana puting susu, abdomen, pengeluaran lochea, dan status kesehatan klien.
- b) Psikologi : bagaimana penerimaan ibu terhadap kelahiran anaknya, reaksi keluarga terhadap kelahiran bayi, motivasi klien dalam perawatan postpartum, dukungan keluarga dalam perawatan postpartum, bonding attachment, bagaimana reaksi ibu setelah melahirkan.
- c) Sosiobudaya : suku, etnis, pendidikan ibu dan status sosial ekonomi, budaya yang mempengaruhi perawatan postpartum (misalnya makanan, perilaku yang berhubungan dengan perawatan postpartum)

## b. Perilaku Spesifik, Pengetahuan dan Sikap

### 1. Keuntungan dari tindakan yang dirasakan / manfaat tindakan

Manfaat tindakan secara langsung memotivasi perilaku dan secara tidak langsung menjadi faktor penentu rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Klien merasakan sangat membutuhkan pengetahuan selama berada di rumah sakit dan sebagai bekal jika telah berada di rumah. Maka intervensi keperawatan promotif yang dirancang harus benar-benar dimanfaatkan oleh klien.

### 2. Hambatan dalam bertindak yang dirasakan

Yang harus di kaji adalah hambatan-hambatan apa saja yang dirasakan dalam melakukan tindakan perawatan, misalnya : klien post partum mengalami kelelahan sehingga klien tidak bersedia untuk dilakukan tindakan, waktu yang sempit, hambatan dari keluarga berupa penolakan dilakukan tindakan terhadap klien.

### 3. Kemajuan Diri (*Self Efficacy*)

Menurut Bandura: kemampuan seseorang untuk mengorganisasi dan melaksanakan tindakan utama, bukan hanya ketrampilan yang dimiliki seseorang tetapi keputusan yang diambil seseorang dari ketrampilan yang dia miliki. Keputusan kemajuan diri (*self efficacy*) seseorang diketahui dari hasil yang diharapkan yaitu kemampuan seseorang menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu, di mana hasil yang diharapkan adalah suatu keputusan dengan konsekuensi keuntungan biaya. Ketrampilan dan kompetensi memotivasi individu untuk melakukan tindakan secara baik. Sikap ingin maju dan mampu berbuat yang baik akan mendorong seseorang untuk melaksanakan perilaku yang diinginkan lebih sering dari pada rasa tidak mampu / tidak sanggup. Pengetahuan seseorang tentang kemajuan diri didasarkan pada 4 tipe informasi ; a) Umpan balik eksternal yang diberi orang lain. Pencapaian hasil dari perilaku dan evaluasi yang sesuai dengan standar

diri. b) Pengalaman orang lain dan evaluasi diri dan umpan balik dari mereka. c) Ajakan orang lain dan d) Status psikologis: kecemasan, ketakutan, ketenangan dari orang yang menilai kompetensi mereka.

Perawat perlu menggali sejauh mana kemampuan dan kemauan pasien untuk berubah. *Self efficacy* seseorang diketahui dari hasil yang diharapkan yaitu kemampuan klien menyusui bayinya dengan tehnik yang benar, mampu melakukan perawatan payudara dan perawatan bayi selama klien berada di rumah. Untuk menilai hal ini maka perawat perlu melakukan evaluasi selama klien berada di rumah sakit dan setelah pulang ke rumah.

#### 4. Sikap Yang Berhubungan dengan Aktivitas/tindakan terkait yang mempengaruhi.

Pengaruh terhadap perilaku menunjukkan suatu reaksi emosional langsung dapat positif atau negatif. Perilaku yang memberi pengaruh positif sering diulangi. Sedangkan perilaku yang berpengaruh negatif dibatasi atau dikurangi.

#### 5. Pengaruh Interpersonal

Sumber utama interpersonal adalah keluarga, kelompok dan pemberi pengaruh pelayanan kesehatan. Perawat perlu menggali bagaimana hubungan ibu postpartum dengan keluarga, anggota kelompok maupun masyarakat, apakah lingkup interpersonal berpengaruh nyata dalam perencanaan perilaku perawatan postpartum, misalnya ibu postpartum mengalami kelelahan sehingga sistem pendukung menjadi sangat bernilai, misalnya dukungan dari perawat. Motivasi yang cukup menjadi cara yang konsisten yang mempengaruhi seperti orang yang dipuji dan dikuatkan secara sosial.

## 6. Pengaruh Situasional

Pengaruh situasional dapat menjadi kunci untuk pengembangan strategi efektif yang baru untuk memfasilitasi dan mempertahankan perilaku promosi kesehatan dalam populasi. Yang perlu dikaji adalah bagaimana persepsi individu terhadap kebijakan pemerintah dalam pemberian ASI eksklusif, kemudahan klien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

### c. Hasil Perilaku

Hasil akhir perilaku promosi kesehatan pasien ini diharapkan klien mampu melakukan perubahan perilaku dalam perawatan postpartum, misalnya menyusui dengan tehnik yang benar, mampu melakukan perawatan payudara dan mampu melakukan senam nifas. Bila kondisi ini dapat dicapai maka perilaku promosi tercapai. Namun mengingat perawatan dilanjutkan di rumah maka reinforcement dan dukungan sosial dari keluarga, masyarakat dan perawat perlu dilakukan setelah klien pulang ke rumah.

## 2.3 Konsep Perilaku

Setiawati dan Dermawan (2008) mengemukakan bahwa perilaku adalah seluruh aktivitas atau kegiatan yang bisa dilihat ataupun tidak pada diri seseorang sebagai hasil dari proses pembelajaran. Perilaku kesehatan adalah perilaku yang dimiliki seseorang untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah dari sakit.

Perilaku sebagian besar dipengaruhi oleh pembelajaran. Setiawati dan Dermawan (2008), mengatakan bahwa perilaku adalah hasil dari hubungan antara stimulus dan respon pada diri seseorang. Perilaku sebagai akibat pembelajaran akan bertahan lama.

Pengukuran terhadap perilaku dapat dilakukan dengan pengukuran terhadap aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Pengukuran perilaku sebagai hasil

belajar dapat dilakukan dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau beberapa bulan yang lalu. Pengukuran langsung dapat dilakukan dengan observasi terhadap tindakan atau kegiatan responden. Teori Bloom (Notoatmodjo, 2003) menyatakan bahwa perilaku memiliki 3 domain atau ranah, yaitu 1) ranah kognitif yang berkaitan dengan pengetahuan, 2) ranah afektif yang berkaitan dengan sikap dan 3) ranah psikomotor yang berkaitan dengan tindakan atau perilaku.

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

- a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*)
- b. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*)
- c. Praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*)

Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek di luarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut, selanjutnya akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap terhadap objek yang diketahui itu. Akhirnya rangsangan yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan (*action*) terhadap atau sehubungan dengan stimulus atau objek tadi. Namun demikian, di dalam kenyataan stimulus yang diterima subjek dapat langsung menimbulkan tindakan. Artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku baru tanpa mengetahui terlebih dahulu makna stimulus yang diterimanya. Dengan kata lain tindakan (*practice*) seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap (Notoatmodjo, 2003).

## 1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2003).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari pengetahuan. Notoadmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai terbentuk
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
- d. *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
- e. *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui.

Dalam penelitian Komariah (2003), didapatkan bahwa ada hubungan positif antara pengetahuan ibu dengan kemandirian ibu post partum primipara dalam perawatan diri dan bayi. Semakin baik pengetahuan ibu mengenai perawatan diri dan bayi, maka ibu akan semakin mandiri.

Notoatmodjo (2003), mengatakan pengetahuan memiliki 6 ruang lingkup yaitu:

1. Tahu (*know*)

Merupakan sebagai pengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat I adalah mengingat kembali (*Recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahasa yang telah dipelajari / rangsangan yang diterima.

2. Memahami (*comprehension*)

Sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*aplication*)

Sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks dan situasi lainnya.

4. Analisa (*analysis*)

Kemampuan pengetahuan menyampaikan materi kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam struktur dan ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu objek atau materi. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, intelegensi, sosial budaya (Latipun, 2005):

a. Umur

Usia dapat mempengaruhi pengetahuan, orang yang berusia dewasa dimungkinkan lebih sulit dilakukan modifikasi persepsi dan tingkah lakunya dibandingkan dengan orang yang berusia belasan tahun. Artinya remaja lebih fleksibel dalam mengubah sikap dan tingkah lakunya dibandingkan dengan orang dewasa. Sesuai dengan teori yang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara penambahan usia dengan matangnya pengambilan keputusan realistis dan prestasi kerja meningkat (Davis & Newston dalam Setyowati, 2004) sehingga pendidikan kesehatan pada usia ibu yang matang akan meningkatkan keberhasilannya.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin, terutama berkaitan dengan perilaku model bahwa individu melakukan modeling sesuai dengan jenis seksnya. Anak perempuan biasanya akan meniru ibunya, begitupun sebaliknya anak laki-laki akan meniru ayahnya. Faktor modeling ini sangat penting dalam upaya pembentukan tingkah laku baru.

c. Pendidikan

Menurut Notoadmojo (1997) pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Tingkat pendidikan menentukan mudah tidaknya seseorang

menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin semakin baik pula pengetahuannya. Selain hal tersebut, pendidikan seseorang mempengaruhi cara pandangnya terhadap diri dan lingkungannya, karena itu akan berbeda sikap orang yang berpendidikan tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah.

Pendidikan yang lebih tinggi akan memberikan pengetahuan lebih besar, sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan lebih baik. Ketika menyadari masalah kesehatan, mereka yang berpengetahuan akan cenderung mencari pertolongan secepatnya untuk mengatasi masalah (Redman, 1993 dalam Potter & Perry, 2001)

d. Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru.

Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Intelegensi bagi seseorang merupakan salah satu modal untuk berfikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga ia mampu menguasai lingkungan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh pula terhadap tingkat pengetahuan. Selain hal tersebut, intelegensi juga dapat mempengaruhi kemampuan penyesuaian diri dan cara-cara pengambilan keputusan. Orang yang berinteleksi tinggi akan banyak berpartisipasi, lebih cepat dan tepat dalam pembuatan keputusan (Latipun, 2005).

e. Sosial budaya

Sosial budaya mempunyai pengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain, karena hubungan ini seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan. Sosial budaya termasuk

didalamnya adalah pandangan keagamaan yang dapat mempengaruhi pengetahuan dalam penyerapan nilai sosial keagamaan untuk memperkuat superegonya.

## 2) Sikap

Pengertian sikap banyak dirumuskan oleh ahli psikologi. Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak (Setiawati dan Dermawan, 2008). Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung (*unfavorable*) pada objek tersebut. Menurut Allport (dalam Djaali 2007), mengemukakan bahwa sikap adalah sesuatu kesiapan mental dan saraf yang tersusun melalui pengalaman dan memberikan pengaruh langsung kepada respon individu terhadap semua objek atau situasi yang berhubungan dengan objek tersebut.

Definisi sikap menurut Allport ini menunjukkan bahwa sikap itu tidak muncul seketika atau dibawa lahir, tetapi disusun dan dibentuk melalui pengalaman serta memberikan pengaruh langsung kepada respon seseorang.

Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Dalam bagian lain Allport, menurut Notoatmodjo, menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- c. Kecendrungan untuk bertindak

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya

pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2003), yakni:

1. Menerima (*Receiving*)

Subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek

2. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya serta mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Lepas jawaban dan pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan terhadap suatu masalah

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya merupakan tingkat sikap yang paling tinggi.

Sikap terbentuk dari adanya interaksi yang dialami individu. Hal ini berarti bahwa ada hubungan yang saling mempengaruhi antara individu yang satu dengan yang lain. Interaksi ini meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis. Individu membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap diantaranya pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga, serta faktor emosi dalam diri individu.

Pengukuran sikap dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden (Sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

Salah satu aspek penting guna memahami sikap adalah masalah pengungkapan dan pengukuran sikap. Metode pengukuran sikap secara historik telah dilakukan orang melalui observasi perilaku, penanyaan langsung dan pengungkapan langsung (Azwar, 2003).

### 3) Tindakan atau perilaku

Tindakan atau perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Secara rinci dijelaskan perilaku kesehatan mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu bagaimana manusia berespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit atau rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit atau sakit tersebut.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respons terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatannya
3. Perilaku terhadap makanan (nutrition behaviour) yakni respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung didalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan, dan sebagainya sehubungan kebutuhan tubuh kita
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (enviromental health behaviour) adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia

Tingkat-tingkat tindakan atau perilaku menurut Notoatmodjo (2003) adalah :

1. Persepsi

Mengenal dan memilih objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil

2. Respon terpimpin

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

3. Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau suatu ide sudah merupakan suatu kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4. Adaptasi

Merupakan praktek yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran langsung dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Teori Lawrence Green (Notoatmodjo, 2003) menyatakan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya perilaku kesehatan dapat dibedakan menjadi tiga macam, yaitu : 1) faktor predisposisi, yaitu pengetahuan, pengalaman, keyakinan dan nilai 2) Faktor yang pendukung/*enabling*, meliputi sarana , prasarana dan pemahaman konsep 3) Faktor pendorong/*reinforcing*, yaitu keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat yang memberikan informasi.

## 2.4 Perawatan Mandiri Ibu Postpartum

Konsep kemandirian dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan maternitas melalui salah satu peran perawat yaitu sebagai pendidik. Sebagai seorang

pendidik, perawat dapat meningkatkan self care dengan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh klien (Rahmawati, 2001). Pada masa post partum, asuhan keperawatan umumnya diberikan dalam sistem keperawatan yang suportif edukatif. Perilaku kemandirian ibu post partum dalam perawatan diri (May & Mahlmeister, 1994; Gorrie, Mc.Kinney & Murray, 1998; Leifer, 1999; Craven, 2000; Pillitteri 2003; Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005; Suherni, Widyasih & Rahmawati, 2008; WHO, 2008) adalah:

#### 1. Pemenuhan kebutuhan istirahat

Setelah melahirkan, ibu dalam kondisi kelelahan. Berikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat untuk memulihkan tenaganya. Berikan penjelasan pada ibu untuk istirahat ketika bayi tidur, terutama pada saat beberapa minggu setelah bayi lahir untuk menggantikan waktu tidur ibu pada saat bayi terbangun di malam hari (Pillitteri, 2003). Ibu dianjurkan untuk mengatur kegiatan rumah tangganya sehingga dapat menyediakan waktu untuk beristirahat pada siang hari sekitar 2 jam dan malam hari 7-8 jam.

#### 2. Meningkatkan kebutuhan nutrisi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi dimulai sejak masa kehamilan. Nutrisi yang adekuat pada masa kehamilan dapat mengurangi resiko komplikasi pada ibu, membantu pertumbuhan jaringan dan meningkatkan berat badan janin secara optimal (Nichols & Humenick, 2000). Pemenuhan kebutuhan nutrisi setelah melahirkan merupakan kelanjutan dari masa kehamilan, yang berguna untuk kesejahteraan bayi terutama pada tahun pertama setelah lahir.

Perkembangan otak bayi dapat terhenti jika kekurangan nutrisi pada minggu pertama setelah lahir. Jika ibu kekurangan nutrisi, maka ibu tersebut tidak dapat memproduksi ASI dalam jumlah dan kualitas yang cukup (May & Mahlmeister, 1994). Peningkatan nutrisi pada ibu menyusui, perlu dipertahankan karena setiap ibu yang menyusui

memproduksi air susu ibu (ASI) 850 cc/hari, sehingga dengan peningkatan makanan yang dimakan ibu akan berguna untuk mencukupi komponen makanan yang terdapat dalam ASI (May & Mahlmeister, 1994).

Kebutuhan kalori selama menyusui proporsional dengan jumlah ASI yang dihasilkan dan lebih tinggi selama menyusui dibandingkan selama hamil. Rata-rata kandungan kalori ASI yang dihasilkan ibu dengan nutrisi baik adalah 70kal/100ml. Rata-rata ibu harus mengkonsumsi 2300 sampai 2700 kalori ketika menyusui. Ibu memerlukan tambahan asupan cairan sebanyak 2 sampai 3 liter sehari. Makanan yang dimakan ibu harus mengandung tinggi protein dan mineral yang dibutuhkan untuk memperbaiki jaringan tubuh yang rusak dan produksi ASI, zat besi dan vitamin untuk mencegah anemia dan tinggi serat untuk membantu eksresi meningkatkan kekuatan otot pencernaan (Pillitteri, 2003; Bennet & Brown, 1999).

### 3. Mobilisasi dini

Mobilisasi pada ibu post partum perlu dilakukan sesegera mungkin. Dengan mobilisasi secara dini dapat meningkatkan tonus otot dan aliran darah balik dari bagian kaki dan bagian bawah abdomen (Bennet dan Brown, 1999). Ibu post partum dianjurkan untuk lebih banyak berjalan dan bergerak daripada hanya duduk di tempat tidur. Mobilisasi dini terbukti bermanfaat untuk mengurangi terjadinya tromboemboli dan mempercepat pemulihan kekuatan ibu (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005).

### 4. Personal hygiene dan perawatan perineum

Kulit merupakan pertahanan pertama terhadap masuknya mikroorganisme dan infeksi ke dalam tubuh. Oleh karena itu, mempertahankan agar kulit bersih dan sehat adalah sangat penting. Bertambahnya keringat yang berinteraksi dengan bakteri pada kulit menyebabkan bau badan yang dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri. Mandi secara teratur akan mengangkat minyak yang berlebihan, keringat dan bakteri dari permukaan kulit. Mandi juga akan meningkatkan sirkulasi dan membantu

mempertahankan tonus otot, mobilitas sendi, relaksasi dan meningkatkan rasa nyaman Mandi dilakukan minimal dua kali sehari, segera setelah ibu dapat beraktivitas setelah melahirkan, ibu dapat segera mandi. (Craven, 2000).

Pada ibu post partum, kulit menjadi lebih sensitif, mudah pecah, tidak utuh (*intact*), terutama pada klien yang mengalami episiotomi, sehingga infeksi akan mudah terjadi karena kuman dengan mudah masuk ke kulit yang terluka. Pada semua ibu post partum segera setelah proses persalinan akan mengeluarkan cairan melalui vagina yang dinamakan *lochea*.

Pada 2 jam pertama, jumlah cairan yang keluar sama banyaknya seperti pada saat menstruasi yang lama kelamaan pengeluaran lochea menjadi berkurang (Bobak, 1995). Oleh karena itu, kebersihan perineum terutama pada minggu-minggu pertama post partum perlu di jaga kebersihannya agar tidak terjadi infeksi.

Untuk perawatan perineum, klien dianjurkan untuk membasuh perineum dengan air hangat setelah berkemih atau buang air besar. Perineum harus dalam keadaan kering dan dibersihkan dari arah depan ke belakang untuk mencegah kontaminasi dari anus. Ibu dianjurkan untuk mengganti pembalut setiap kali mandi, setelah buang air besar atau kecil atau setiap 3 sampai 4 jam sekali untuk mempertahankan kebersihan, karena pembalut dapat menjadi tempat yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Untuk meminimalkan ketidaknyamanan, pada saat klien akan duduk, klien dapat merapatkan kedua bokong klien untuk mengurangi tekanan dan tegangan pada perineum ( May & Mahlmeister, 1990).

#### 5. Mengenali pengeluaran darah atau lochea yang normal atau tidak normal

Pengeluaran lochea berhubungan dengan kontraksi uterus. Ibu harus mengetahui bagaimana perubahan lochea, apakah normal atau tidak. Lochea dikatakan tidak normal jika terdapat tanda-tanda berikut ini (May & Mahlmeister, 1990) : pengeluaran lochea yang berbau, lochea yang

keluar terlalu banyak, keluar darah segar dan gumpalan darah setelah hari ketiga post partum.

#### 6. Pemenuhan eliminasi urine

Anjurkan pasien untuk berkemih setiap 3 sampai 4 jam untuk mencegah distensi kandung kemih. Jika klien kesulitan berkemih, siram perineum dengan air hangat atau dengarkan klien suara air mengalir akan membuat pasien terangsang untuk berkemih.

#### 7. Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuannya adalah untuk membantu mempercepat pemulihan keadaan ibu, mempercepat proses involusi dan pemulihan fungsi alat reproduksi, membantu memulihkan kekuatan dan kekencangan otot-otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit pada otot-otot setelah melahirkan, meminimalisir timbulnya kelainan dan komplikasi nifas, misalnya tromboemboli (Suherni, Widyasih & Rahmawati, 2008).

Senam nifas dilakukan pada saat kondisi ibu benar-benar pulih dan tidak ada penyulit atau komplikasi pada masa nifas. Senam nifas dianjurkan, terutama pada hari ketiga setelah melahirkan (Nichols & Humenick, 2000). Salah satu jenis senam nifas yang dapat dilakukan 4-6 jam post partum adalah *Kegel's exercise* yang dapat meningkatkan kekuatan perineum, mengencangkan otot-otot dasar panggul, mencegah inkontinensia urine dan meningkatkan kepuasan seksual (Bobak, 1995).

Gerakan-gerakan senam nifas tersebut adalah :

a. Hari Pertama:

Posisi tubuh terlentang dan rileks, kemudian lakukan pernafasan perut diawali dengan mengambil nafas melalui hidung kembangkan perut dan tahan hingga hitungan ke-5 kemudian keluarkan nafas pelan-pelan melalui mulut sambil mengkontraksikan otot perut. Ulangi sebanyak 8 kali

b. Hari kedua:

Sikap tubuh terlentang kedua kaki lurus ke depan. Angkat kedua tangan lurus ke atas sampai kedua telapak tangan bertemu kemudian turunkan perlahan sampai kedua tangan terbuka lebar hingga sejajar dengan bahu. Lakukan gerakan dengan mantap hingga terasa otot sekitar tangan dan bahu terasa kencang. Ulangi sebanyak 8 kali.

c. Hari ketiga:

Berbaring rileks dengan posisi tangan di samping badan dan lutut ditekuk. Angkat pantat perlahan kemudian diturunkan kembali. Jangan menghentak ketika menurunkan pantat. Gerakan dilakukan 8 kali.

d. Hari keempat:

Posisi tubuh berbaring dengan posisi tangan kiri di samping badan, tangan kanan di atas perut dan lutut ditekuk. Angkat kepala sampai dagu menyentuh dada sambil mengerutkan otot sekitar anus dan mengkontraksikan otot perut. Kepala turun pelan-pelan ke posisi semula sambil mengendurkan otot sekitar anus dan merelaksasikan otot perut. Jangan lupa untuk mengatur pernafasan. Ulangi gerakan sebanyak 8 kali.

e. Hari kelima

Tubuh tidur terlentang, kaki lurus, bersama-sama dengan mengangkat kepala sampai dagu menyentuh dada, tangan kanan menjangkau lutut kiri yang ditekuk, diulang sebaliknya. Kerutkan otot sekitar anus dan kontraksikan perut ketika mengangkat kepala. Lakukan perlahan dan atur pernafasan saat melakukan gerakan. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.

f. Hari keenam:

Posisi tidur terlentang, kaki lurus dan kedua tangan di samping badan, kemudian lutut ditekuk ke arah perut 90 derajat secara bergantian antara kaki kiri dan kaki kanan. Jangan menghentak ketika menurunkan kaki, lakukan perlahan tapi bertenaga. Lakukan gerakan sebanyak 8 kali.

g. Hari ketujuh:

Tidur terlentang kaki lurus kedua tangan di samping badan. Angkat kedua kaki secara bersamaan dalam keadaan lurus sambil mengkontraksikan perut kemudian turunkan perlahan. Atur pernafasan. Lakukan sesuai kemampuan, tidak usah memaksakan diri. Gerakan dapat diulang 8 kali.

h. Hari kedelapan:

Posisi nungging, nafas melalui pernafasan perut. Kerutkan anus dan tahan 5-10 detik. Saat anus dikerutkan ambil nafas kemudian keluarkan pelan-pelan sambil mengendurkan anus. Lakukan sebanyak 8 kali.

i. Hari kesembilan:

Posisi berbaring kaki lurus kedua tangan di samping badan, angkat kedua kaki dalam keadaan lurus sampai 90 derajat kemudian turunkan kembali pelan-pelan. Jangan menghentak ketika menurunkan kaki. Atur

nafas saat mengangkat dan menurunkan kaki. Gerakan dapat diulangi sebanyak 8 kali.

j. Hari kesepuluh:

Tidur terlentang kaki lurus, kedua telapak tangan diletakkan di belakang kepala kemudian bangun sampai posisi duduk kemudian perlahan-lahan posisi tidur kembali (*sit up*). Lakukan sebanyak 8 kali

8. Perawatan payudara

Perawatan payudara pada masa menyusui bertujuan mempertahankan ASI agar tetap lancar dan mencegah terjadinya bendungan pada saluran ASI. Salah satu bentuk perawatan payudara adalah dengan *massage* payudara. Masase payudara ini dapat dilakukan dua kali sehari dengan menggunakan minyak kelapa atau *baby oil*, untuk memudahkan pemijatan.

Perawat perlu menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan payudara. Dengan menghindari penumpukan sekret pada payudara sehingga mencegah terjadinya iritasi. Disamping itu, penggunaan BH yang tepat dapat menyokong payudara sehingga meningkatkan rasa nyaman ibu. BH yang tepat juga dapat menjaga bentuk payudara sehingga dapat mengurangi ketegangan pada saat payudara bengkak (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

9. Teknik menyusui

Mengingatnkan manfaat dan kelebihan ASI sebagai makanan utama bayi sangat penting bagi ibu, agar ibu mau segera memberikan kesempatan pada bayi untuk mengisap puting susunya. Bila bayi menghisap payudara lebih sering, akan membuat produksi ASI lebih banyak dan sebaliknya, bila bayi berhenti menghisap, payudara akan berhenti memproduksi ASI. Posisi menyusui antara lain adalah posisi menggendong, menggendong silang (*across the lap*), posisi tidur bersisian (*lying down*), posisi menyangga kepala (*football hold*) (Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999).

Posisi menyusui ini sangat berguna untuk memfasilitasi kelekatan (*latch on*) bayi pada saat menyusui. Posisi *football hold* sangat cocok pada ibu dengan persalinan sesar, posisi *across the lap* lebih memudahkan untuk ibu pemula, posisi *lying down* adalah untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat sembari menyusui (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005).

Bayi harus berada pada posisi yang nyaman untuk mempermudah keadaan dan tidak harus memutar kepala atau meregangkan lehernya untuk dapat menjangkau puting. Ketika ibu menyentuh lembut bibir bayi dengan putingnya, bayi akan memberikan refleks *rooting* alami dan akan berpaling ke puting dan membuka mulutnya. Puting dan areola harus berada didalam mulut bayi. Apabila hidung bayi kelihatan tertutup oleh payudara, ibu dapat mengangkat panggul bayi sehingga memberikan lebih banyak ruang untuk bernafas.

Setelah bayi kenyang dan payudara kosong, masukkan jari tangan kesudut mulut bayi untuk melepas isapan setelah selesai menyusui. Menarik puting begitu saja, tanpa menghentikan isapan, akan menimbulkan nyeri pada payudara. Ibu harus menyendawakan bayi setelah menyusui. Bayi baru lahir harus disusui setiap dua sampai tiga jam dengan jumlah total 8 sampai 12 kali dalam 24 jam selama sekurang-kurangnya satu bulan (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005).

#### 10. Tanda dan bahaya pada ibu nifas

Tanda-tanda bahaya pada ibu nifas antara lain (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 2005) : demam dengan atau tanpa menggigil, bau rabas vagina yang tidak enak, lochia yang keluar secara berlebihan, lochia kembali berwarna merah terang setelah sebelumnya berwarna merah karat, daerah tungkai bawah membengkak, nyeri, kemerahan atau panas jika disentuh, pembengkakan yang terlokalisasi atau rasa nyeri atau panas di payudara, merasakan sensasi terbakar selama berkemih atau tidak bisa berkemih, nyeri di perineum .

## 11. Hubungan seksual ibu nifas

Hubungan seksual boleh dilakukan setelah luka episiotomi sembuh, tidak terasa nyeri dan *lochea* berhenti. Jika hubungan seksual dilakukan sebelum proses ini berhenti, maka akan terjadi infeksi dan trauma. Hubungan seksual sebaiknya dilakukan setelah masa nifas berakhir, mengingat waktu pulihnya alat reproduksi wanita sampai dengan 6 minggu setelah melahirkan. Selama bulan pertama menyusui, ibu postpartum yang memberikan ASI pada bayinya mengalami penurunan gairah untuk melakukan hubungan seksual dan mengalami nyeri selama berhubungan dibandingkan dengan ibu yang memberikan bayinya susu formula.

Beberapa pasangan ada yang menunda untuk melakukan hubungan seksual sampai dengan beberapa bulan setelah masa nifas berakhir, karena takut istri merasakan nyeri atau adanya budaya setempat yang melarang melakukan hubungan seksual. Informasikan pada ibu bahwa ibu dapat melakukan hubungan seksual dengan aman setelah *lochea* berhenti keluar atau setelah masa nifas berakhir.

Selama minggu keenam sampai dengan bulan keenam setelah melahirkan, ibu bisa saja mengalami nyeri pada saat melakukan hubungan seksual, yang seringkali disebabkan oleh penurunan estrogen dan lubrikasi vagina yang kurang. Hal ini dapat dikurangi dengan menggunakan gel yang larut dalam air, krim atau jeli kontrasepsi yang dapat dibeli di apotik. Faktor lain yang mempengaruhi hubungan seksual ibu postpartum adalah nyeri berhubungan dengan episiotomi atau disebabkan karena adanya tindakan sewaktu melahirkan yang menyebabkan laserasi pada perineum (WHO, 2008).

Apabila terdapat nyeri tekan pada vagina, dapat dianjurkan untuk merubah posisi, sehingga dapat membuat ibu mengatur kedalaman penetrasi penis, sehingga dapat mengurangi nyeri. Biasanya direkomendasikan untuk melakukan posisi wanita di samping atau wanita di atas. Latihan kegel dapat dilakukan untuk menguatkan otot perineum yang juga dapat berefek

terhadap kepuasan seksual pasangan ( Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

## 12. Kunjungan Ulang (*Follow up*)

Anjurkan ibu untuk melakukan follow up setelah pulang dari rumah sakit. Kunjungan ulang atau *follow up* dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kondisi ibu selama masa nifas dan mendeteksi secara dini jika terjadi tanda bahaya di masa nifas. Kunjungan ulang paling sedikit dilakukan 3 kali selama masa nifas. Pada saat kunjungan pertama (6-8 jam setelah melahirkan/ibu di rumah sakit sampai dengan 7 hari setelah melahirkan), lihat adanya perdarahan yang berlebihan, anjurkan untuk pemberian ASI saja kepada bayi dan ajarkan ibu perawatan payudara dan posisi menyusui bayi.

Kunjungan kedua dilakukan pada minggu kedua setelah melahirkan, tujuannya untuk memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, tanyakan apakah mengalami demam atau perdarahan abnormal, tanyakan bagaimana kecukupan makan, minum dan istirahat ibu, pastikan ibu tidak mengalami kesulitan dalam pemberian ASI. Kunjungan ketiga dilakukan enam minggu setelah melahirkan, tanyakan kesulitan yang dialami oleh ibu dan konseling KB (Departemen Kesehatan RI, 2009). Kunjungan ulang dapat dilakukan dengan cara ibu datang ke tempat melahirkan atau ke pelayanan kesehatan terdekat di tempat tinggal ibu atau petugas kesehatan yang melakukan kunjungan ulang ke rumah ibu/*home visit* (Pillitteri, 2003; Gorrie, Mc. Kinney & Murray, 1998)

## 2.5 Pendidikan Kesehatan Perawatan Ibu Nifas (PK-PIN)

PK-PIN adalah paket perawatan ibu nifas yang disusun oleh Setyowati (2004), diberikan kepada ibu post partum. Paket PK-PIN ini berisi pendidikan kesehatan berupa materi tentang perubahan-perubahan fisik dan psikososial ibu postpartum, tanda dan gejala atau deteksi dini bahaya postpartum, personal hygiene, perawatan perineum, perawatan payudara,

kebutuhan nutrisi, kebutuhan istirahat dan tidur, senam nifas serta kebutuhan eliminasi pada ibu post partum. Paket ini diberikan kepada semua ibu post partum baik primipara maupun multipara, untuk mengetahui pengaruhnya terhadap kemampuan merawat diri dan kepuasan ibu post partum.

Terjadi peningkatan kemampuan merawat diri dalam penelitian ini, pada saat sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Kemampuan ibu meningkat sebesar 20,73%, ibu juga merasakan puas dengan pelayanan yang diberikan dengan memberikan pendidikan kesehatan yang dirasakan sangat berguna untuk perawatan diri mereka setelah masa nifas.

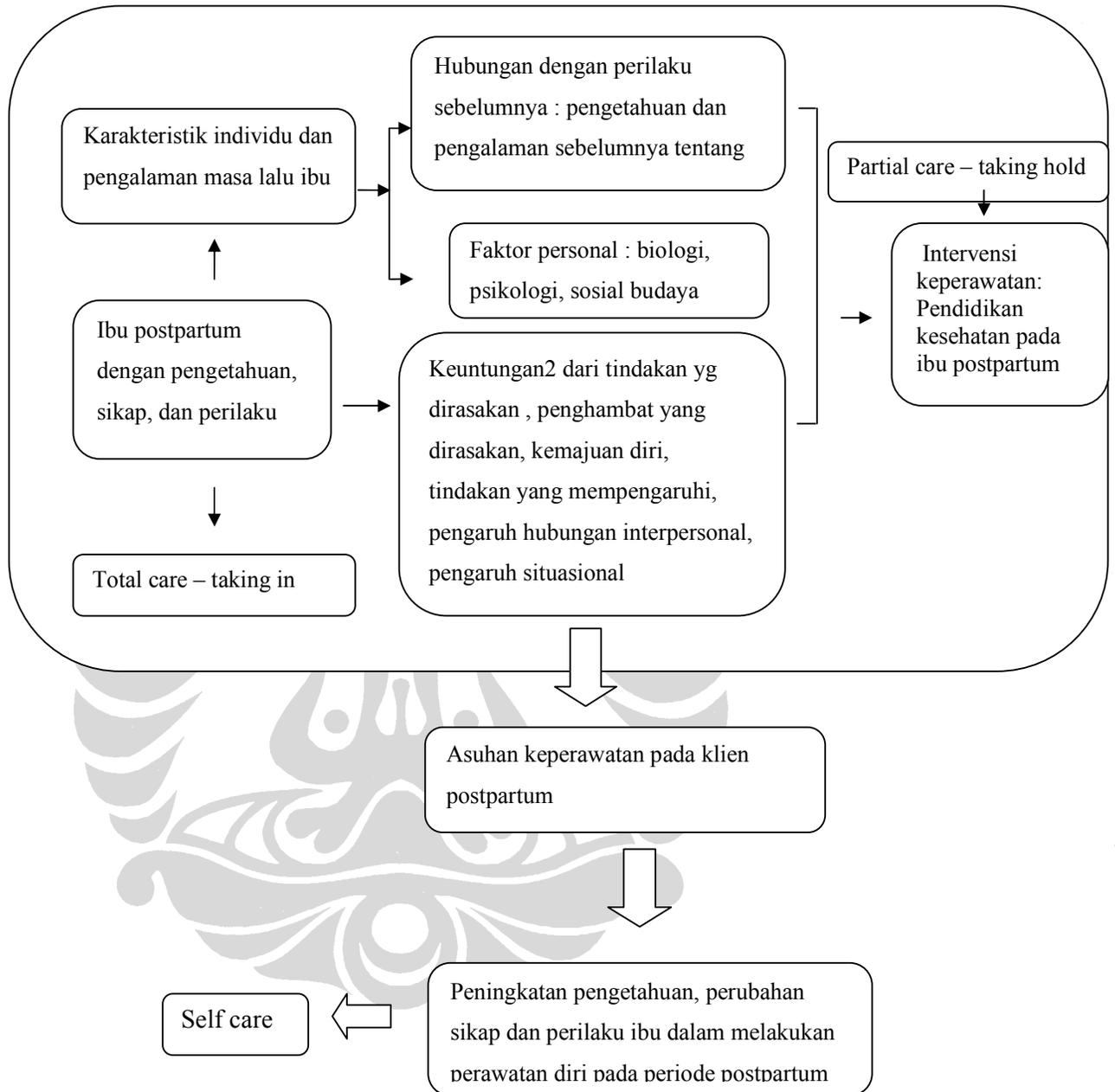
## 2.6 Peran Perawat Maternitas

Perawat maternitas dapat berperan sebagai *educator*, *conselor*, *caregiver/provider*, *researcher* dan *advocate* (Bobak, 2003). Berkaitan dengan berbagai perannya tersebut perawat harus memiliki pengetahuan tentang perawatan diri ibu nifas, sehingga klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan dengan memberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi sehingga klien bisa mendeteksi kemungkinan penyulit atau pun penyakit yang dapat muncul pada periode postpartum dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang, orang tersebut dapat menggunakan pengetahuannya untuk mengambil keputusan tentang perawatan yang akan dijalannya serta memungkinkan mereka untuk terlibat aktif dalam perawatan dirinya sehari-hari sehingga meningkatkan kemandiriannya.

Peran perawat sebagai peneliti dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang terkait dengan periode postpartum dan mencari solusi untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu postpartum secara fisik dan mental sehingga ibu siap menjalankan perannya dalam keluarga.

## 2.7 Kerangka Teori



Skema 2.3

Sumber :Orem (2001);Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A (2002)

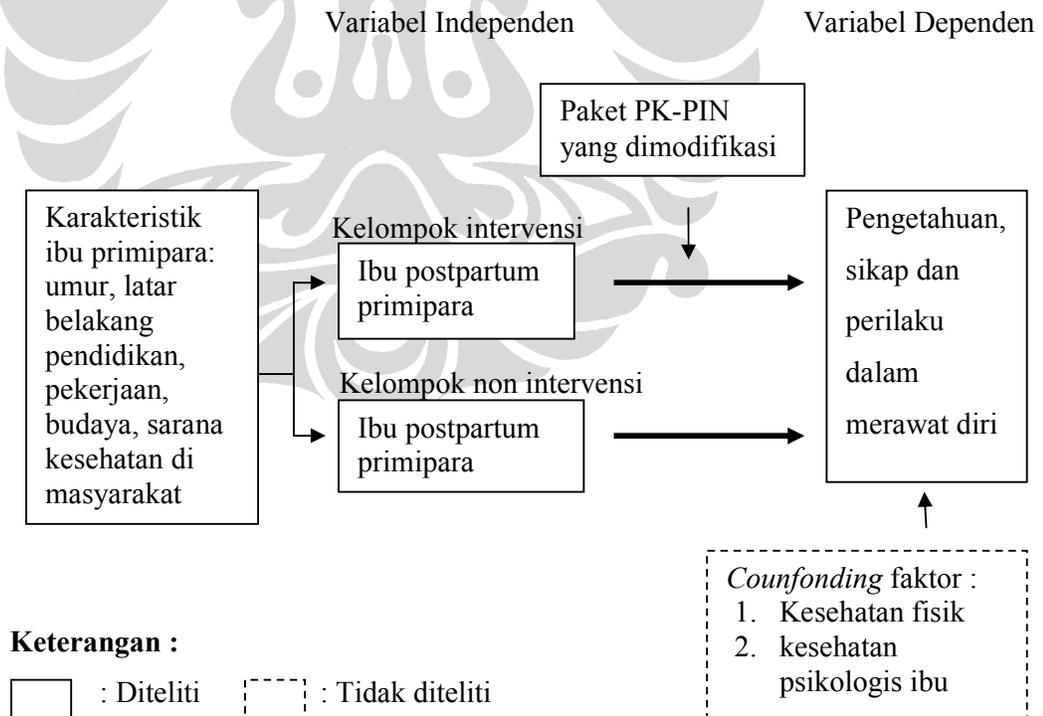
### BAB 3

## KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah ibu postpartum primipara pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan karakteristik: umur, latar belakang pendidikan, pekerjaan, budaya, sarana kesehatan di masyarakat, sedangkan variabel dependen adalah pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri ibu postpartum primipara. Faktor *confounding* yang dapat mempengaruhi variabel dependen dan independen ibu nifas adalah kesehatan fisik dan kesehatan psikologis ibu.

Skema 3.1  
Kerangka Konsep Penelitian



### 3.2 Hipotesis Penelitian

Rumusan Hipotesis berdasarkan kerangka konsep adalah sebagai berikut:

#### 3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh pemberian paket “PK-PIN yang dimodifikasi” terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri.

#### 3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan, sikap dan perilaku pada ibu postpartum primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan non intervensi.

3.2.2.2 Ada perbedaan pengetahuan pada ibu postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi.

3.2.2.3 Ada perbedaan sikap pada ibu postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi.

3.2.2.4 Ada perbedaan perilaku pada ibu postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi.

### 3.3 Definisi Operasional :

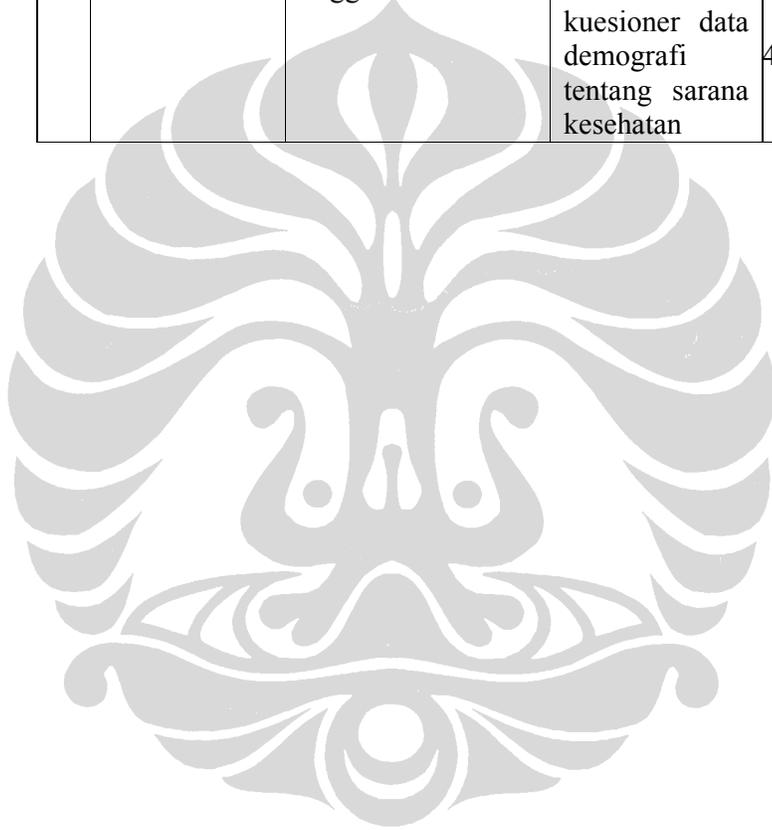
Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Independen : Ibu postpartum primipara	Ibu yang baru pertama kali melahirkan, bayi lahir hidup, melahirkan pervaginam	Pembagian kelompok	Kelompok : 0 : non intervensi, tidak diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi  1: Intervensi, diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi	Nominal
2	Dependen :	Kemampuan kognitif ibu tentang perawatan ibu nifas, meliputi tahu tentang kebutuhan istirahat, nutrisi ibu nifas, mobilisasi dini dan senam nifas, personal hygiene dan perawatan perineum, pemenuhan eliminasi urine, perawatan payudara, teknik menyusui, hubungan seksual pada ibu nifas, pengenalan tanda bahaya pada ibu nifas, dan kunjungan ulang ( <i>follow up</i> ).	Cara ukur : Jawaban benar diberi skor 1, jawaban salah diberi skor 0. Total skor maksimal 20.  Alat ukur : Kuesioner B	0 : kurang baik, nilai < median  1 : Baik, nilai $\geq$ median	Ordinal

	Sikap	Kemampuan ibu berespon secara emosional terhadap perawatan ibu nifas yang dinyatakan secara tertulis oleh responden	<p>Cara ukur : 0 : Negatif, nilai &lt; median</p> <p>1 : Positif, nilai <math>\geq</math> median</p> <p>Skor ditentukan dengan skala Likert; dengan rentang 1-4 :</p> <p>Pernyataan positif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat tidak setuju</li> <li>2. Tidak setuju</li> <li>3. Setuju</li> <li>4. Sangat setuju</li> </ol> <p>Pernyataan negatif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat setuju</li> <li>2. Setuju</li> <li>3. Tidak setuju</li> <li>4. Sangat tidak setuju</li> </ol> <p>Alat ukur : kuesioner C</p> <p>Total skor maksimal adalah 60</p>		Nominal
	Perilaku	Kemampuan psikomotor ibu dalam melakukan perawatan diri selama masa nifas, meliputi kebutuhan istirahat, nutrisi ibu nifas (makanan yang sehat), mobilisasi dini dan senam nifas, personal hygiene dan perawatan luka, pemenuhan	<p>Peneliti menjumlahkan skor yang diperoleh responden berdasarkan observasi terhadap responden saat melakukan tindakan perawatan ibu nifas.</p> <p>Penentuan skor</p>	<p>0 : Tidak terampil, nilai &lt; median</p> <p>1 : Terampil, nilai <math>\geq</math> median</p>	Ordinal

		eliminasi urine, perawatan payudara, menyusui.	0 : tidak melakukan tindakan perawatan nifas 1 : Melakukan tindakan perawatan ibu nifas  Total skor maksimal yang diperoleh 10  Alat ukur : Lembar observasi		
3	Karakteristik responden				
	Umur	Jumlah usia yang telah dilalui responden, dihitung ulang hingga terakhir dengan pembulatan	Kuesioner A Item pertanyaan dalam kuesioner data demografi tentang umur	Dinyatakan dalam : 1: < 25 tahun 2: ≥ 25 tahun	Nominal
	Tingkat pendidikan	Jenis pendidikan terakhir yang pernah diikuti ibu	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner data demografi tentang tingkat pendidikan	Dinyatakan dengan : 1. SD 2. SMP 3. SMU 4. PT	Ordinal
	Pekerjaan	Kegiatan atau profesi tetap yang menghasilkan uang untuk mencukupi kebutuhan ekonomi keluarga	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner data demografi tentang pekerjaan	0 : Tidak bekerja 1 : Bekerja	Nominal

	Budaya	Penggolongan responden berdasarkan suku	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner data demografi tentang suku	0 : Jawa 1:Palembang	Nominal
	Sarana kesehatan	Sarana kesehatan yangterdekat dengan tempat tinggal ibu	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner data demografi tentang sarana kesehatan	1. Rumah sakit 2. Puskesmas 3. Dokter swasta 4. Bidan	Nominal

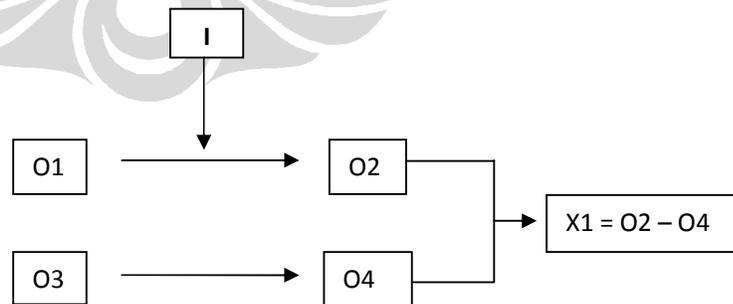


## BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

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

### 4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan pendekatan *post test only design with control group* untuk mengukur pengaruh paket PK-PIN yang di modifikasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara. Rancangan penelitian ini memberikan perlakuan kepada kelompok intervensi dengan melakukan pendidikan kesehatan kepada ibu postpartum primipara. Pengaruh perlakuan/intervensi dilihat dari perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri ibu postpartum primipara. Tujuan peneliti menggunakan design ini adalah peneliti dapat menilai pengaruh pendidikan kesehatan dengan memberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi dengan melihat perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi (Sugiyono, 2010). Berikut ini adalah skema desain penelitian yang akan digunakan :



Skema 4.1  
Rancangan Penelitian

Keterangan :

- O1 : ibu primipara kelompok intervensi (penkes protap ruangan dan PK-PIN yang dimodifikasi)
- O2 : Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu primipara setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi pada kelompok intervensi
- I : Pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi
- O3 : Ibu primipara pada kelompok non intervensi
- O4 : Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu primipara pada kelompok non intervensi
- X1 : Perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri ibu primipara antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah kelompok intervensi diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi adalah seluruh subyek penelitian atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas yang melahirkan secara normal atau pervaginam di rumah sakit umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang dan Rumah Sakit Umum Daerah BARI Palembang pada bulan Juni 2010.

##### 2. Sampel

Sampel penelitian adalah bagian dari populasi yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sebuah penelitian dapat menentukan cara pemilihan sampel sesuai jenis dan tujuan penelitian tersebut. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non probability sampling* jenis *consecutive sampling*. Pada *Consecutive Sampling*, semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 2008).

Ibu postpartum primipara yang melahirkan di rumah sakit umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang dijadikan sebagai kelompok intervensi dan

rumah sakit umum daerah Palembang BARI dijadikan sebagai kelompok non intervensi.

Sampel yang ditetapkan berdasarkan kriteria diharapkan peneliti dapat memberikan informasi yang akurat. Sampel yang diambil dari populasi adalah ibu primipara yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Melahirkan pervaginam
- b. Ibu dalam keadaan sehat fisik dan mental
- c. Dapat membaca dan menulis.
- d. Bersedia menjadi responden penelitian.
- e. Bertempat tinggal di Palembang selama masa intervensi.

Kriteria eksklusi yaitu :

- a. Ibu yang melahirkan bayi bermasalah seperti cacat bawaan.
- b. Ibu dengan gangguan mental.
- c. Ibu yang tidak bersedia menjadi responden

Jumlah sampel yang digunakan untuk masalah analitik komparatif kategorik tidak berpasangan ditentukan dengan menggunakan rumus berikut (Dahlan, 2008).

$$N_1 - N_2 = \frac{(Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan : N = Jumlah sampel

$Z_\alpha$  = Derajat kepercayaan 95% = 1.64

$P$  =  $(P_1 + P_2) / 2$   $Q$  =  $1 - P$

$Z_\beta$  = Kesalahan tipe II = 20% = 0.84

$P_1$  = Proporsi pengetahuan baik intervensi  $Q_1$  =  $1 - P_1$   
(*post test*) = 62,3

$P_2$  = Proporsi pengetahuan baik non  $Q_2$  =  $1 - P_2$   
intervensi (*post test*) = 88,67

Universitas Indonesia

Data yang digunakan untuk penentuan besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Setyowati (2004) tentang Pengaruh pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN) terhadap kemampuan merawat diri dan kepuasan ibu post partum di RS Panti Rapih Yogyakarta. Hasil penelitian *post test* menunjukkan proporsi pengetahuan baik ibu sebelum intervensi sebesar 62,3% (P1) dan kelompok non intervensi sebesar 88,67% (P2). Berdasarkan penghitungan dengan menggunakan rumus di atas maka diperoleh ukuran sampel sebesar 30 orang untuk masing-masing. Untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2008):

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

Keterangan:

$n'$  = Ukuran sampel setelah revisi

$n$  = Ukuran sampel asli

$1 - f$  = Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10 % ( $f = 0,1$ )

maka :

$$n' = \frac{30}{(1 - 0,1)}$$

$$= 33,33$$

Berdasarkan perhitungan diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 34 responden untuk setiap kelompok (34 responden sebagai kelompok intervensi dan 34 responden sebagai kelompok non intervensi), sehingga jumlah total sampel adalah 68 responden.

### 4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah sakit Umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang dan Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI karena kedua rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan untuk daerah Palembang dan pasien yang melahirkan cukup banyak sehingga dapat memudahkan proses penelitian ini terutama pengambilan sampel penelitian.

Waktu penelitian dilaksanakan dari tanggal 3 sampai dengan 22 Juni 2010.

### 4.4 Etika Penelitian

Pertimbangan etik dan legal dalam penelitian harus dipenuhi untuk menjamin perlindungan kepada subyek penelitian dari segala bentuk bahaya atau ketidaknyamanan fisik atau mental. Sebagai bentuk pertimbangan etik, peneliti berupaya memenuhi *The five right of human subjects in research* (Wood & Haber, 2006; Polit & Beck, 2006). Kelima hak tersebut adalah sebagai berikut :

#### 1. Hak *self determination*

Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela tanpa ada unsur paksaan atau pengaruh dari orang lain, atau untuk mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa sanksi apapun. Kesiediaan pasien dibuktikan dengan penandatanganan *informed consent* oleh pasien.

#### 2. Hak terhadap *privacy* dan *dignity*

Peneliti merahasiakan informasi yang diberikan oleh responden dan digunakan hanya untuk kepentingan penelitian saja. Peneliti juga menjaga *privacy* responden terutama saat melakukan tindakan kepada reponden dengan cara menutup pintu atau memasang pembatas antar pasien.

#### 3. Hak *anonymity* dan *confidentiality*

Selama kegiatan penelitian ini, anonimity dijaga dengan cara tidak mencantumkan nama responden dan sebagai gantinya peneliti

meggunakan nomor responden. Identitas responden tidak dihubungkan dengan informasi yang mereka berikan dan nama responden tidak akan dipublikasikan atau diketahui orang lain. Semua informasi yang didapat dari responden dijaga kerahasiaannya termasuk keterlibatan responden dalam penelitian ini.

4. Hak terhadap *fair treatment*

Responden pada kelompok intervensi diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi, sedangkan pada kelompok non intervensi paket PK-PIN yang dimodifikasi diberikan setelah dilakukan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku pada kelompok intervensi .

5. Hak terhadap *protection from discomfort and harm*

Peneliti memberikan kesempatan kepada responden apabila responden merasa tidak nyaman dan tidak aman selama penelitian ini, maka responden diberikan kesempatan untuk memilih, apakah berhenti berpartisipasi dalam penelitian ini dan hanya diberikan intervensi dari tim kesehatan yang ada di rumah sakit.

Dalam rangka memenuhi hak-hak tersebut, maka peneliti telah menerapkan prinsip etik dalam bentuk *informed consent*, yang merupakan prinsip legal yang mengembangkan kemampuan responden untuk membuat keputusan yang dipahami dengan benar untuk menerima atau menolak intervensi atau partisipasi dalam penelitian berdasarkan informasi yang diberikan dalam lembar *consent*. Pada awal penelitian, peneliti telah memberikan penjelasan singkat tentang penelitian ini kepada calon responden. Penjelasan tersebut meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, lama keterlibatan partisipan, hak-hak responden dan bagaimana responden diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini.

#### 4.5 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi dalam 4 bagian yang sebelumnya di uji validitas dan reabilitas terlebih dahulu, yaitu :

##### 4.5.1 Kuesioner A

Kuesioner A merupakan instrument pertama yang diisi oleh kelompok non intervensi dan kelompok intervensi berupa pertanyaan tentang karakteristik sosiodemografi responden, meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, suku dan sarana kesehatan yang ada di lingkungan rumah.

##### 4.5.2. Kuesioner B

Instrumen ini berisikan 20 pertanyaan yang digunakan untuk mengukur pengetahuan ibu tentang perawatan nifas. Pemberian skor dilakukan dengan ketentuan memberikan skor 1 jika jawaban ibu benar dan 0 jika jawaban salah. Penentuan kriteria pengetahuan baik dengan menggunakan cut off point median. Median pengetahuan pada kelompok intervensi adalah 20, sedangkan pada kelompok non intervensi adalah 10

##### 4.5.3 Kuesioner C

Instrumen ini berisi 15 pernyataan sikap ibu tentang perawatan nifas. Pemberian skor ditentukan dengan skala Likert; dengan rentang 1-4. Pernyataan positif, yaitu : 1: sangat tidak setuju, 2: tidak setuju, 3: Setuju, 4 : sangat setuju dan pernyataan negatif, yaitu: 1:sangat setuju, 2 : setuju, 3: tidak setuju, 4: sangat tidak setuju. Pernyataan positif terdapat pada soal nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 15 pernyataan negatif pada soal nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, 14. Penentuan kriteria sikap positif dan negatif ditentukan dengan menggunakan cut off point median. Median sikap pada kelompok intervensi adalah 45, sedangkan pada kelompok non intervensi adalah 42

##### 4.5.4 Kuesioner D

Instrumen ini berisi 10 tindakan atau perilaku ibu dalam perawatan nifas, digunakan untuk mengukur perilaku ibu tentang perawatan nifas, dengan cara memberikan skor 1 jika ibu melakukan aktivitas perawatan nifas dan skor 0 jika ibu tidak melakukan aktivitas perawatan nifas. Penentuan kriteria perilaku terampil dan tidak terampil dengan menggunakan cut off

point median. Median perilaku pada kelompok intervensi adalah 10, sedangkan pada kelompok non intervensi adalah 6

#### 4.5.5 Uji validitas dan reliabilitas instrumen

Pada penelitian ini uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan pada 30 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan karakteristik responden penelitian. Uji coba instrumen dilakukan pada minggu ketiga dan keempat bulan Mei 2010. Uji validitas dinilai dengan menggunakan *Pearson Product Moment*, dimana uji validitas ditetapkan dengan membandingkan  $r$  hasil dengan  $r$  tabel. Jika  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka pernyataan tersebut valid. Pada penelitian ini, apabila nilai  $r$  antara masing-masing pertanyaan lebih besar atau sama dengan 0,349 maka pertanyaan tersebut valid. Untuk pertanyaan pengetahuan 19 butir soal valid ( $r$  hitung lebih besar 0,349). Ada 2 pertanyaan yang tidak valid, 1 pertanyaan dibuang karena  $r$  hitung = 0,1684. Sedangkan 1 pertanyaan lagi yang mempunyai  $r$  hitung 0,2416 tetap dimasukkan karena dianggap penting dan mencakup materi penelitian. Pertanyaan tersebut dimodifikasi dengan cara melakukan perbaikan redaksi pertanyaannya. Pada pertanyaan sikap 15 butir soal valid,  $r$  hitung lebih besar dari 0,349. Untuk pertanyaan pengetahuan nilai *alpha Cronbach* = 0,9174 maka instrumen pengetahuan reliabel. Nilai *alpha Cronbach* untuk instrumen sikap = 0,9694 maka instrumen sikap dinyatakan reliabel. Jika nilai koefisien reliabilitas  $r$  mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau reliabel (Hastono, 2007).

#### 4.6 Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data.

Penelitian dimulai setelah memperoleh izin dari direktur rumah sakit umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang dan rumah sakit umum daerah Palembang BARI. Selanjutnya kegiatan penelitian baik kepada kelompok non intervensi maupun kelompok intervensi, dimulai dengan tahapan sebagai berikut :

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

Pengambilan data pada responden kelompok non intervensi dan kelompok intervensi dengan prosedur sebagai berikut :

Kelompok non intervensi :

1. Ibu yang melahirkan anak yang pertama dan sesuai dengan kriteria inklusi, dijadikan sebagai kelompok non intervensi di rumah sakit umum daerah Palembang BARI.
2. Memberi penjelasan kepada calon responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Jika calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka calon responden diminta menandatangani *lembar* persetujuan menjadi responden. Jika tidak bersedia, maka keputusan responden tetap dihargai dan responden tetap mendapat perawatan dan pengobatan sesuai standar di rumah sakit.
3. Setelah ibu mendapat penjelasan dan setuju menjadi responden, ibu mendapatkan perawatan sesuai dengan protap ruangan, petugas membuat kontrak waktu untuk pengisian kuesioner post test sebelum klien pulang, post test dilakukan pada hari ketiga post partum. Apabila sebelum hari ketiga ibu pulang, maka post test dilakukan di rumah responden dengan membuat kontrak untuk kunjungan rumah pada hari ketujuh dan responden diberikan *booklet* PK-PIN yang dimodifikasi.

Kelompok intervensi :

1. Ibu yang melahirkan pertama kali dan sesuai dengan kriteria inklusi, di rumah sakit umum Dr. Mohammad Hoesin Palembang, dijadikan sebagai kelompok intervensi PK-PIN yang dimodifikasi.
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 di rumah sakit.

3. Setelah ibu mendapat penjelasan dan setuju menjadi responden, maka dilakukan intervensi pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi.
4. Setelah diberikan intervensi, dilakukan pengisian kuesioner post test sebelum klien pulang, post test dilakukan pada hari ketiga post partum. Ada 2 responden yang pulang sebelum intervensi kedua dilakukan, yaitu demonstrasi senam nifas, teknik menyusui, perawatan payudara maka intervensi intervensi tersebut dilakukan di rumah responden dengan membuat kontrak untuk kunjungan rumah sehari setelah klien pulang dan evaluasi dilakukan pada hari ketujuh.

## 2. Pemilihan asisten peneliti

- a. Asisten peneliti adalah 2 orang orang bidan yang bertugas di ruangan post partum, yang berpendidikan DIII kebidanan dan telah mempunyai pengalaman dalam merawat pasien post partum ( 1 orang dari rumah sakit Dr. Mohammad Hoesin dan 1 orang dari rumah sakit Umum Daerah Palembang BARI).
- b. Bekerjasama dengan kepala ruangan untuk menetapkan asisten peneliti dan mengatur jadwal dinas agar dapat membantu dalam memberikan intervensi Paket PK-PIN di ruangan pada pagi dan sore hari.
- c. Mengikuti dan telah lulus pelatihan pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi yang dilakukan peneliti. Pelatihan dilakukan 1 hari, dengan cara menjelaskan tujuan, manfaat, hal-hal yang perlu diperhatikan untuk mencapai hasil yang maksimal, dan prosedur pemberian tindakan sesuai dengan tindakan yang ada dalam paket PK-PIN yang dimodifikasi. Selanjutnya dilakukan demonstrasi paket PK-PIN oleh peneliti, diskusi terkait hal-hal teknis yang dapat ditemukan selama melakukan pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi dan redemonstrasi oleh asisten peneliti. Asisten peneliti melakukan redemonstrasi langsung pada 2 pasien. Redemonstrasi dilakukan untuk

menyamakan persepsi antara peneliti dan asisten peneliti tentang tindakan yang dilakukan.

- d. Sebelum melaksanakan tugasnya, kolektor data diberi pengarahan terlebih dahulu tentang cara pengisian kuesioner. Untuk menyamakan persepsi tentang observasi yang dilakukan, dilakukan uji *interrater reliability*. Berdasarkan uji *interrater reliability* dengan menggunakan uji statistik Kappa terhadap 2 asisten peneliti, hasil uji Kappa dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.1  
Hasil uji Kappa

Asisten	Observasi			
	Mobilisasi	Personal hygiene	Menyusui dengan benar	Perawatan payudara
I	0,002	0,035	0,002	0,002
II	0,035	0,002	0,002	0,035

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa dari kedua asisten nilai  $p > 0,05$  yang berarti bahwa tidak ada perbedaan hasil observasi yang diamati antara peneliti dengan asisten peneliti. Dengan demikian, maka keduanya dijadikan sebagai asisten peneliti.

- e. Membekali masing-masing asisten peneliti dengan *booklet* yang digunakan selama melakukan pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi pada responden.

### 3. Intervensi paket PK-PIN yang dimodifikasi.

- a. Paket PK-PIN yang dimodifikasi berisi pendidikan kesehatan tentang kebutuhan istirahat, nutrisi ibu nifas, mobilisasi dini dan senam nifas, personal hygiene dan perawatan perineum, pemenuhan eliminasi urine, perawatan payudara, teknik menyusui, hubungan seksual pada ibu nifas, pengenalan tanda bahaya pada ibu nifas, dan kunjungan ulang (*follow up*).

- b. Sasaran paket PK-PIN yang dimodifikasi adalah ibu primipara yang melahirkan pervaginam.
- c. Waktu pelaksanaan intervensi disepakati bersama dengan responden, saat responden dalam kondisi siap menerima pembelajaran (hari kedua postpartum). Intervensi diberikan oleh peneliti dibantu oleh asisten peneliti. Metode yang digunakan adalah ceramah, tanya jawab, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.
- d. Prosedur intervensi pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi adalah sebagai berikut:

Tabel. 4.2 prosedur pelaksanaan intervensi paket PK-PIN yang Dimodifikasi

No	Kegiatan	Pelaksanaan							Metode
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Pemberian pendidikan kesehatan, materi tentang: kebutuhan istirahat, nutrisi ibu nifas, mobilisasi dini, personal hygiene dan perawatan perineum, pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, hubungan seksual pada masa nifas dan kunjungan ulang ( <i>follow up</i> )								Ceramah, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi
2.	Pemberian pendidikan kesehatan, materi tentang senam nifas, perawatan payudara dan posisi menyusui								Ceramah, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi
3.	Evaluasi/observasi/wawancara perilaku ibu								Observasi dan wawancara

Intervensi pada hari pertama dilakukan selama  $\pm$  2 jam Setelah melakukan intervensi pada hari I, peneliti/asisten peneliti melakukan observasi terhadap perilaku ibu yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan yang telah diberikan. Setelah melakukan intervensi hari II dilakukan, selanjutnya peneliti/asisten peneliti melakukan perjanjian dengan responden untuk melakukan post test sebelum responden pulang ke rumah atau bila dalam waktu kurang dari tiga hari responden sudah pulang, maka dilakukan kontrak

untuk intervensi hari ke-2 dan post test dengan kunjungan ke rumah responden. Evaluasi/Observasi dilakukan pada hari ketujuh setelah ibu pulang ke rumah.

#### 4.7 Analisis Data

Sebelum melakukan analisis data, peneliti melakukan tahap pengolahan data agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar. Empat tahapan pengolahan data, meliputi :

1. *Editing*, dilakukan untuk menilai kelengkapan data. Melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner, apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jawaban cukup jelas terbaca. Editing dilakukan di tempat pengumpulan data, sehingga apabila ada kekurangan dapat segera dilengkapi.
2. *Coding*, jawaban pada setiap kuesioner dan hasil observasi dikode dan diberi skor untuk memudahkan dalam pengolahan data.
3. *Entry data*, merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer, untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program statistik dalam komputer.
4. *Cleaning data*, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data.

Proses selanjutnya, data yang diperoleh dianalisis dalam bentuk analisis univariat dan bivariat, yaitu sebagai berikut :

##### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap karakteristik responden dan variabel dependen. Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Hasil analisis berupa distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yang berjenis kategorik.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat berguna untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel atau ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang telah dirumuskan. Sebelum dilakukan analisis bivariat dilakukan uji homogenitas terlebih dahulu untuk mengetahui apakah kedua kelompok responden setara atau tidak.

Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi square*. Untuk mengetahui hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum dilakukan dengan analisis *chi square*. Bila pada tabel 2x2 dijumpai nilai harapan kurang dari 5, maka yang digunakan adalah uji *Fisher Exact* dan bila tidak ada nilai harapan kurang dari 5, maka uji yang dipakai adalah *Continuity Correction<sup>a</sup>*. Bila tabelnya lebih dari 2x2, maka digunakan uji *Pearson Chi Square* (Hastono, 2007).

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang bermakna pada pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi dilakukan dengan menggunakan *chi square*.

Tabel 4.3 Analisis bivariat pengaruh pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
Karakteristik ibu postpartum primipara : umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan di masyarakat	Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri	<i>Chi square</i>
Ibu postpartum primipara pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi	Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam merawat diri	<i>Chi Square</i>

## **BAB 5 HASIL PENELITIAN**

Bab ini akan memaparkan secara lengkap hasil penelitian pengaruh pemberian paket PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri, yang dilaksanakan di RSUD Palembang BARI dan RS Mohammad Hoesin Palembang sejak tanggal 3-22 Juni 2010. Pengambilan data dilakukan pada semua ibu postpartum primipara yang memenuhi kriteria inklusi dengan jumlah 68 orang, 34 orang sebagai kelompok intervensi dan 34 orang menjadi kelompok non intervensi.

### **5.1 Karakteristik Responden**

Karakteristik responden diidentifikasi berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan. Hasil penelitian tentang gambaran umum responden dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1  
Distribusi Frekuensi dan Uji Homogenitas Responden Berdasarkan Umur,  
Pendidikan, Pekerjaan, Budaya dan Sarana Kesehatan di Palembang  
Bulan Juni 2010 (N=68)

No	Karakteristik	Non Intervensi (n=34)		Intervensi (n=34)		p value
		f	%	F	%	
1	Umur					0,807
	< 25 tahun	14	41,2	16	47,1	
	≥ 25 tahun	20	58,8	18	52,9	
2	Pendidikan					0,676
	SD	12	35,3	8	23,5	
	SMP	9	26,5	13	38,2	
	SMU	11	32,4	11	32,4	
	Perguruan Tinggi	2	5,9	2	5,9	
3	Pekerjaan					0,673
	Bekerja	4	11,8	2	5,9	
	Tidak bekerja	30	88,2	32	94,1	
4	Budaya					1,000
	Palembang	27	79,4	28	82,4	
	Jawa	7	20,6	6	17,6	
5	Sarana Kesehatan					0,417
	Rumah Sakit	4	11,8	3	8,8	
	Puskesmas	16	47,1	12	35,3	
	Dokter swasta	1	2,9	0	0	
	Bidan	13	38,2	19	55,9	

Dari tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar ibu post partum primipara kelompok intervensi berumur lebih atau sama dengan 25 tahun 52,9% sedangkan pada kelompok non intervensi sebagian besar juga berumur lebih atau sama dengan 25 tahun, yaitu 58,8%. Berdasarkan pendidikan, sebagian besar ibu post partum primipara pada kelompok intervensi memiliki latar belakang pendidikan SMP 38,2% sedangkan pada kelompok non intervensi yang memiliki pendidikan SD 35,3%. Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar ibu post partum primipara pada kelompok intervensi adalah tidak bekerja sejumlah 94,1% sedangkan pada kelompok non intervensi 88,2%.

Tabel di atas juga menunjukkan bahwa sebagian besar ibu post partum primipara pada kelompok intervensi memiliki budaya Palembang (82,4%) sedangkan pada kelompok non intervensi sebagian besar juga memiliki

budaya Palembang 79,4%. Berdasarkan sarana kesehatan yang digunakan, pada kelompok non intervensi sebagian besar menggunakan bidan 55,9% sedangkan pada kelompok non intervensi sebagian besar menggunakan sarana kesehatan Puskesmas 47,1%.

Dari tabel di atas juga diketahui *p value* pada masing-masing variabel  $> 0,05$ , hal ini berarti tidak ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi dilihat dari variabel umur, pendidikan, pekerjaan, budaya dan sarana kesehatan, artinya kedua kelompok homogen.

### 5.1.2 Pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam merawat diri

Tabel 5.2  
Distribusi frekuensi responden menurut pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi di Palembang tahun 2010

Variabel	Intervensi		Non Intervensi	
	f	%	f	%
Pengetahuan				
Baik	26	76,5	13	38,2
Kurang baik	8	23,5	21	61,8
Sikap				
Positif	29	85,3	19	55,9
Negatif	5	14,7	15	44,1
Perilaku				
Terampil	18	52,9	9	26,5
Tidak terampil	16	47,1	25	73,5

Pada tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa ibu dengan pengetahuan baik pada kelompok intervensi sejumlah 76,5% sedangkan pada kelompok non intervensi, ibu yang mempunyai pengetahuan baik sejumlah 38,2%. Proporsi ibu yang mempunyai sikap positif pada kelompok intervensi 85,3% dan pada kelompok non intervensi 55,9%. Proporsi ibu yang mempunyai perilaku terampil pada kelompok intervensi 52,9% dan pada kelompok non intervensi sebanyak 26,5%.

## 5.2 Hubungan Karakteristik Responden dengan Pengetahuan Ibu Post Partum Primipara dalam Merawat Diri pada Kelompok Intervensi dan Non Intervensi

Tabel 5.3  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Budaya dan Sarana Kesehatan terhadap Pengetahuan Ibu Post Partum Primipara di Palembang, Bulan Juni 2010 (N=68)

No	Karakteristik	Intervensi (n=34)				P value	Non Intervensi (n=34)				p value
		Pengetahuan					Pengetahuan				
		Kurang Baik		Baik			Kurang Baik		Baik		
		f	%	f	%		f	%	f	%	
1	Umur					0,693					1,000
	< 25 tahun	3	18,8	13	81,3		9	64,3	5	35,7	
	≥ 25 tahun	5	27,8	13	72,2		12	60	8	40	
2	Pendidikan					0,118					0,112
	SD	4	50	4	50		10	83,3	2	16,7	
	SMP	1	7,7	12	92,3		5	55,6	4	44,4	
	SMU	2	18,2	9	81,8		6	54,5	5	45,5	
	Perguruan Tinggi	1	50	1	50		0	0	2	100	
3	Pekerjaan					0,050					0,627
	Bekerja	2	100	0	0		2	50	2	50	
	Tidak bekerja	6	18,8	26	81,3		19	63,3	11	36,7	
4	Budaya					0,297					0,387
	Palembang	8	28,6	20	71,4		18	66,7	9	33,3	
	Jawa	0	0	6	100		3	42,9	4	57,1	
5	Sarana Kesehatan					0,153					0,165
	Rumah Sakit	0	0	3	100		1	25	3	75	
	Puskesmas	5	41,7	7	58,3		12	75	4	25	
	Dokter swasta	0	0	0	0		0	0	1	100	
	Bidan	3	15,8	16	84,2		8	61,5	5	38,5	

Tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa ibu post partum primipara yang berumur kurang dari 25 tahun pada kelompok intervensi yang mempunyai pengetahuan baik 81,3% sedangkan pada kelompok non intervensi yang

mempunyai pengetahuan baik 35,7%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu post partum primipara dengan pengetahuan pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ )

Berdasarkan karakteristik pendidikan, ibu post partum primipara yang mempunyai pengetahuan baik pada kelompok intervensi mempunyai tingkat pendidikan SMP 92,3% sedangkan pada kelompok non intervensi yang mempunyai pengetahuan baik adalah ibu post partum primipara dengan tingkat pendidikan SMU 45,5%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

Proporsi ibu yang tidak bekerja yang mempunyai pengetahuan baik, pada kelompok intervensi 81,3% sedangkan pada kelompok non intervensi 36,7%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan ibu, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok non intervensi ( $p>0,05$ )

Berdasarkan karakteristik budaya, ibu yang memiliki pengetahuan baik pada kelompok intervensi adalah budaya Palembang 71,4% sedangkan pada kelompok non intervensi ibu yang mempunyai pengetahuan baik hanya 33,3%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara budaya dengan pengetahuan, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

Sarana kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal ibu postpartum primipara adalah bidan. Pada kelompok intervensi, yang mempunyai pengetahuan baik 84,2%, pada kelompok non intervensi 38,5%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sarana kesehatan dengan pengetahuan, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

### 5.3 Hubungan Karakteristik Responden dengan Sikap Ibu Post Partum Primipara dalam Merawat Diri Pada Kelompok Intervensi dan Non Intervensi

Tabel 5.4  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Budaya dan Sarana Kesehatan terhadap Sikap Ibu Post Partum Primipara di Palembang, Bulan Juni 2010 (N=68)

No	Karakteristik	Intervensi (n=34)				p value	Non Intervensi (n=34)				p value	
		Sikap					Sikap					
		Negatif		Positif			Negatif		Positif			
		f	%	f	%		f	%	f	%		
1	Umur					1,000					0,353	
	< 25 tahun	2	12,5	14	87,5							
	≥ 25 tahun	3	16,7	15	83,3							
2	Pendidikan					0,452					0,553	
	SD	1	12,5	7	87,5							
	SMP	1	7,7	12	92,3							
	SMU	2	18,2	9	81,8							
	Perguruan Tinggi	1	50	1	50							
3	Pekerjaan					0,276					1,000	
	Bekerja	1	50	1	50							
	Tidak bekerja	4	12,5	28	87,5							
4	Budaya					1,000					0,426	
	Palembang	4	14,3	24	85,7							
	Jawa	1	16,7	5	83,3							
5	Sarana Kesehatan					0,202					0,177	
	Rumah Sakit	1	33,3	2	66,7							
	Puskesmas	3	25	9	75							
	Dokter swasta	0	0	0	0							
	Bidan	1	5,3	18	94,7							

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa ibu post partum primipara yang berumur lebih atau sama dengan 25 tahun pada kelompok intervensi yang mempunyai sikap positif 83,3% sedangkan pada kelompok non intervensi yang mempunyai sikap positif 65%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan

bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu post partum primipara dengan sikap, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ )

Berdasarkan karakteristik pendidikan, ibu post partum primipara yang mempunyai sikap positif pada kelompok intervensi mempunyai tingkat pendidikan SMP 92,3% sedangkan pada kelompok non intervensi yang mempunyai sikap positif adalah ibu post partum primipara dengan tingkat pendidikan SMP 55,6%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan sikap ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

Proporsi ibu yang tidak bekerja yang mempunyai sikap positif, pada kelompok intervensi 87,5% sedangkan pada kelompok non intervensi 56,7%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan sikap ibu, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok non intervensi ( $p>0,05$ )

Berdasarkan karakteristik budaya, ibu yang memiliki sikap positif pada kelompok intervensi adalah budaya Palembang 85,7% sedangkan pada kelompok non intervensi ibu yang mempunyai sikap positif 51,9%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara budaya dengan sikap ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

Sarana kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal ibu postpartum primipara adalah bidan. Pada kelompok intervensi, yang mempunyai sikap positif 94,7%, pada kelompok non intervensi 53,8%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sarana kesehatan dengan sikap ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

#### 5.4 Hubungan Karakteristik Responden dengan Perilaku Ibu Post Partum Primipara dalam Merawat Diri Pada Kelompok Intervensi dan Non Intervensi

Tabel 5.5  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Budaya dan Sarana Kesehatan terhadap Perilaku Ibu Post Partum Primipara di Palembang, Bulan Juni 2010 (N=68)

No	Karakteristik	Intervensi (n=34)				p value	Non Intervensi (n=34)				p value
		Perilaku					Perilaku				
		Tidak Terampil		Terampil			Tidak Terampil		Terampil		
		f	%	f	%		f	%	f	%	
1	Umur					1,000				0,250	
	< 25 tahun	8	50	8	50		12	85,7	2	14,	
	≥ 25 tahun	8	44,4	10	55,6		13	65	7	35	
2	Pendidikan					0,204				0,713	
	SD	3	37,5	5	62,5		9	75	3	25	
	SMP	4	30,8	9	69,2		7	77,8	2	22,2	
	SMU	8	72,7	3	27,3		7	63,6	4	36,4	
	Perguruan Tinggi	1	50	1	50		2	100	0	0	
3	Pekerjaan					1,000				0,554	
	Bekerja	1	50	1	50		4	100	0	0	
	Tidak bekerja	15	46,9	17	53,1		21	70	9	30	
4	Budaya					0,660				0,151	
	Palembang	14	50	14	50		18	66,7	9	33,3	
	Jawa	2	33,3	4	66,7		100	0	0	0	
5	Sarana Kesehatan					0,392				0,129	
	Rumah Sakit	2	66,7	1	33,3		4	100	0	0	
	Puskesmas	7	58,3	5	41,7		13	81,3	3	18,8	
	Dokter swasta	0	0	0	0		0	0	1	100	
	Bidan	7	36,8	12	63,2		8	61,5	5	38,5	

Tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa ibu post partum primipara yang berumur lebih atau sama dengan 25 tahun pada kelompok intervensi yang mempunyai perilaku terampil 55,6% sedangkan pada kelompok non intervensi yang mempunyai perilaku terampil 35%. Hasil analisis selanjutnya

menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu post partum primipara dengan perilaku ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ )

Berdasarkan karakteristik pendidikan, ibu post partum primipara yang mempunyai perilaku terampil pada kelompok intervensi mempunyai tingkat pendidikan SMP 69,2% sedangkan pada kelompok non intervensi yang mempunyai perilaku terampil adalah ibu post partum primipara dengan tingkat pendidikan SMU 36,4%. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

Proporsi ibu yang tidak bekerja dan mempunyai perilaku terampil pada kelompok intervensi 53,1%, sedangkan pada kelompok non intervensi 30%. Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perilaku ibu ( $P>0,05$ )

Berdasarkan karakteristik budaya, ibu yang memiliki perilaku terampil pada kelompok intervensi adalah budaya Jawa 66,7% sedangkan pada kelompok non intervensi tidak ada yang mempunyai perilaku terampil. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara budaya dengan perilaku, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

Sarana kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal ibu postpartum primipara adalah bidan. Pada kelompok intervensi, yang mempunyai perilaku terampil 63,2%), pada kelompok non intervensi 38,5. Hasil analisis selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara sarana kesehatan dengan perilaku ibu, baik pada kelompok intervensi maupun non intervensi ( $p>0,05$ ).

### 5.5 Perbedaan Pengetahuan, sikap dan perilaku Ibu Post Partum Primipara dalam merawat diri pada kelompok intervensi dan non intervensi

Tabel 5.6  
Analisis Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Postpartum Primipara dalam Merawat Diri pada Kelompok Intervensi dan Non Intervensi di Palembang Bulan Juni 2010 (N= 68)

Kelompok	Pengetahuan				OR	p value
	Kurang Baik		Baik			
	n	%	n	%		
Non Intervensi	21	61,8	13	38,2	5,25	0,003
Intervensi	8	23,5	26	76,5	(1,834-15,030)	
	Sikap				OR	p value
	Negatif		Positif			
	n	%	n	%		
Non intervensi	15	44,1	19	55,9	4,579	0,017
Intervensi	5	14,7	29	85,3	(1,427-14,691)	
	Perilaku				OR	p value
	Tidak terampil		Terampil			
	n	%	n	%		
Non intervensi	25	73,5	9	26,5	3,125	0,047
Intervensi	16	47,1	18	52,9	(1,130-8,639)	

Hasil analisis pengaruh paket PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan ibu post partum primipara pada kelompok intervensi sebanyak 26 (76,5%) ibu post partum primipara mempunyai pengetahuan baik sedangkan pada kelompok non intervensi ibu post partum primipara yang mempunyai pengetahuan baik hanya 13 (38,2%). Hasil uji statistik diperoleh  $p\text{ value} = 0,003$  yang artinya ada perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai  $OR = 5,25$  yang berarti ibu post partum primipara yang diberikan intervensi paket PK-PIN yang dimodifikasi berpeluang 5,25 kali lebih besar mempunyai pengetahuan baik dibandingkan kelompok non intervensi.

Hasil analisis pada tabel di atas menunjukkan bahwa ibu post partum primipara pada kelompok intervensi yang mempunyai sikap positif sejumlah 29 (85,3%) sedangkan pada kelompok non intervensi hanya 19 (55,9%). Hasil

uji statistik diperoleh  $p \text{ value} = 0,017$  yang artinya ada perbedaan sikap ibu post partum primipara antara kelompok yang diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi dengan kelompok yang tidak diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi. Hasil analisis pada tabel di atas juga diperoleh nilai  $OR = 4,579$  yang berarti ibu post partum primipara yang diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi berpeluang 4,579 lebih besar mempunyai sikap yang positif dibandingkan dengan kelompok non intervensi.

Hasil analisis pada tabel di atas menunjukkan bahwa ibu post partum primipara pada kelompok yang diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi memiliki perilaku terampil sejumlah 18 (52,9%) sedangkan pada kelompok non intervensi yang memiliki perilaku terampil hanya 10 (29,4%). Hasil uji statistik diperoleh  $p \text{ value} = 0,028$  yang artinya ada perbedaan perilaku ibu post partum primipara antara kelompok yang diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi dengan kelompok yang tidak diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi. Hasil analisis pada tabel di atas juga diperoleh nilai  $OR = 3,125$  yang berarti ibu post partum primipara yang diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi berpeluang 3,125 lebih besar memiliki perilaku terampil dibandingkan dengan kelompok non intervensi.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menjelaskan tentang pembahasan terhadap hasil penelitian yang telah dilakukan. Pembahasan ini terdiri atas interpretasi dan diskusi hasil serta keterkaitan antara hasil penelitian dengan tinjauan teori dan hasil penelitian sebelumnya. Bab ini juga menjelaskan tentang keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian dalam keperawatan.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Pengaruh PK-PIN yang dimodifikasi terhadap pengetahuan ibu postpartum primipara**

Hasil penelitian menjelaskan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada pengetahuan ibu di kelompok intervensi dan non intervensi. Pada kelompok intervensi mempunyai pengetahuan yang lebih baik pada dibandingkan dengan kelompok non intervensi. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Redjeki (2002) tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu dalam memberikan stimulasi pada anak usia toddler, dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu secara bermakna. Hasil penelitian Setyowati (2004) juga menunjukkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan responden ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0.05$ )

Pendidikan kesehatan adalah proses pemberian informasi yang dapat meningkatkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor ke arah yang lebih baik. Setiawati dan Dermawan (2008) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya hidup sehat.

Agar pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien dapat optimal, diperlukan adanya media/alat bantu pembelajaran yang baik, misalnya papan tulis, leaflet, lembar balik, booklet, dan masih banyak alat lainnya (Setiawati dan Dermawan, 2008). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan metode pendidikan individual yaitu dengan memberikan ceramah, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi sehingga memberikan kesempatan kepada perawat untuk menjadi sistem pendukung bagi ibu, memahami tingkat kemampuan dan kondisi emosional ibu sehingga dapat menyesuaikan dengan keadaan ibu dalam memberikan pendidikan dan pada akhirnya dapat mentransfer materi pembelajaran dengan lebih efektif.

Pendidikan kesehatan pada penelitian ini, diberikan kepada ibu dengan menggunakan media berupa lembar balik, *booklet* dan alat yang dibutuhkan untuk demonstrasi tindakan perawatan nifas. Selain hal tersebut, pemberian pendidikan kesehatan pada ibu postpartum harus memperhatikan waktu dan juga kondisi fisik dan emosional ibu, sehingga ibu dapat menerima pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat.

Bobak, Lowdermilk, Jensen (2005) mengatakan bahwa ibu pada fase *taking hold*, yang terjadi antara hari kedua dan ketiga postpartum merupakan saat yang tepat untuk memberikan informasi tentang perawatan diri dan bayinya. Pendidikan kesehatan dilakukan oleh peneliti pada hari kedua dan ketiga postpartum, dimana ibu telah siap untuk menerima materi yang diberikan.

Responden penelitian ini adalah ibu primipara yang mempunyai motivasi yang cukup kuat untuk belajar, karena dengan perawatan yang baik pada masa nifas dapat memulihkan tenaga ibu sehingga dapat melakukan aktivitas, terutama merawat bayinya. Dengan keinginan yang kuat ini dapat mempengaruhi hasil belajar yang baik. Penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan pada ibu

postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok nonintervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi. Dapat disimpulkan bahwa pemberian paket pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN) yang dimodifikasi berpengaruh meningkatkan pengetahuan ibu postpartum primipara.

#### 6.1.2 Pengaruh PK-PIN yang dimodifikasi terhadap sikap ibu postpartum primipara

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sikap ibu postpartum primipara pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi. Artinya ada perbedaan sikap pada ibu postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Setyowati (2004), bahwa ada perbedaan bermakna antara rata-rata nilai sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan ( $p=0,000$ ). Menurut Allport (Djaali, 2007), mengemukakan bahwa sikap adalah sesuatu kesiapan mental dan saraf yang tersusun melalui pengalaman dan memberikan pengaruh langsung kepada respon individu terhadap semua objek atau situasi yang berhubungan dengan objek tersebut.

Definisi sikap ini menunjukkan bahwa sikap tidak muncul seketika atau dibawa lahir, tetapi di susun dan dibentuk melalui pengalaman serta memberikan pengaruh langsung kepada respon seseorang. Dalam penelitian ini, ibu diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan ibu nifas. Hal ini dapat mempengaruhi sikap ibu, sehingga sikap ibu dapat menjadi lebih baik atau lebih positif.

Penelitian yang dilakukan oleh Suchitra & Devi (2007) tentang pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku pada pekerja kesehatan tentang infeksi nasokomial menunjukkan bahwa dengan diberikan pendidikan kesehatan, dapat

meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku pekerja terhadap infeksi nasokomial.

Bermaknanya perilaku dalam perawatan diri pada masa nifas dapat dilihat dari perilaku responden yang terampil karena pemahaman terhadap sejumlah informasi yang diperoleh (Vonderheid, 2007). Sejalan dengan hal tersebut, adanya peningkatan keterampilan psikomotorik yaitu perilaku yang terampil dalam perawatan nifas menurut Notoatmodjo (2003) adalah sebagai hasil dari pengetahuan dan perubahan sikap.

Dapat disimpulkan bahwa pemberian paket pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN) yang dimodifikasi berpengaruh meningkatkan sikap ibu postpartum primipara.

#### 6.1.3 Pengaruh PK-PIN yang dimodifikasi terhadap perilaku ibu postpartum primipara

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara perilaku ibu postpartum primipara pada kelompok intervensi dan kelompok non intervensi. Penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Setyowati (2004), bahwa ada perbedaan bermakna antara rata-rata nilai perilaku sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan ( $p=0.000$ ). Penelitian Yani (2009) tentang pengaruh paket pendidikan kesehatan “RINDU” terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kediri juga menyatakan bahwa terdapat peningkatan keterampilan pada ibu yang diberikan pendidikan kesehatan “RINDU” ( $p=0,000$ ,  $\alpha=0.05$ ).

Dengan meningkatnya pengetahuan dan sikap ibu yang positif, maka akan menghasilkan perilaku yang terampil. Perilaku sebagian besar dipengaruhi oleh pembelajaran. Setiawati dan Dermawan (2008), mengatakan bahwa perilaku adalah hasil dari hubungan antara stimulus dan respon pada diri seseorang. Perilaku sebagai akibat pembelajaran

akan bertahan lama. Pengetahuan akan pentingnya sesuatu dan bagaimana cara melakukannya, menjadi motivasi dasar bagi seseorang untuk menampilkan perilaku. Semakin kuat pengetahuan seseorang akan kepentingan suatu tindakan, semakin kuat tindakan atau perilaku tersebut akan dilakukan.

Pada proses pendidikan kesehatan yang diberikan oleh peneliti, peneliti memberikan penjelasan dengan menggunakan alat lembar balik dan juga alat yang dibutuhkan untuk mendemonstrasikan bagaimana cara perawatan payudara, senam nifas dan teknik/posisi menyusui. Pendidikan kesehatan dilakukan dengan metode ceramah dan diskusi, sehingga ibu dapat bertanya hal-hal yang tidak dimengerti ibu selama proses pembelajaran.

Pada awal pembelajaran ini, peneliti memberikan penekanan pada aspek-aspek penting dan memotivasi ibu untuk melakukan perilaku yang diharapkan sehingga ibu dapat termotivasi untuk mengikuti proses pembelajaran dan melakukan perawatan diri dengan baik. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Hodikoh (2003), yang meneliti tentang efektifitas edukasi postpartum dengan metode ceramah dan media *booklet* terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibutentang ASI dan menyusui di kota Bogor dan Depok, didapatkan bahwa edukasi postpartum dengan metode ceramah dan booklet terbukti dapat meningkatkan pengetahuan ibu nifas dan menyusui pada kelompok intervensi dengan  $p=0.000$  dan tingkat efektifitas cukup baik sebesar 38,5%.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Beger dan Donna (1996) tentang kebutuhan belajar pada ibu postpartum menemukan bahwa ibu memilih metode perorangan sebagai metode yang paling efektif dalam pemberian edukasi postpartum (75,7%), sisanya (24,3%) memilih metode kelompok, penggunaan media visual (video dan televisi) dan

pemberian materi tertulis seperti buku sebagai metode yang efektif dalam edukasi postpartum.

Adanya peningkatan perilaku dalam penelitian ini dapat disebabkan penggunaan metode pendidikan kesehatan yang diberikan. Metode yang dipergunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu pada penelitian ini dengan cara ceramah, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi.

Berdasarkan model pendidikan orang dewasa, orang yang belajar butuh untuk terlibat dalam menentukan pendidikan yang mereka butuhkan dan merencanakan model pembelajaran yang paling efektif sesuai dengan kebutuhan mereka (Rankin&Stalling, 2001). Hal ini juga dijelaskan oleh Notoatmodjo (2003), bahwa pendidikan orang dewasa yang efektif menghasilkan perubahan perilaku apabila isi dan cara atau metode belajar sesuai dengan kondisi subyek yang belajar. Salah satu cara agar pesan-pesan pendidikan tersebut dapat dipahami oleh orang dewasa adalah dengan memilihkan metode belajar yang tepat.

Tenaga kesehatan adalah orang yang dipercaya untuk memberikan pelayanan keperawatan, sehingga pengajaran yang dilakukan secara langsung oleh perawat kepada ibu postpartum akan diperhatikan dengan baik. Selama proses pendidikan kesehatan ini, ibu didampingi perawat untuk melakukan redemonstrasi tindakan yang diajarkan oleh perawat, sehingga jika ibu melakukan kesalahan, dapat langsung diperbaiki oleh perawat dan materi pembelajaran dapat diterima dengan baik oleh ibu.

Selain hal tersebut, ibu primipara biasanya tertarik dengan informasi yang berkaitan dengan perawatan dirinya, sehingga apa yang diajarkan kepada ibu akan menjadi lebih efektif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan perilaku pada ibu postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan kelompok non intervensi setelah diberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi. Dapat disimpulkan bahwa pemberian paket pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-

PIN) yang dimodifikasi berpengaruh meningkatkan perilaku positif pada ibu postpartum primipara.

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

Observasi yang dilakukan oleh peneliti untuk menilai perilaku ibu hanya dilakukan satu kali sehingga dapat saja perilaku yang dimunculkan ibu bukan merupakan perilaku yang sebenarnya.

## **6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan pada ibu postpartum primipara berupa paket PK-PIN yang dimodifikasi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu. Oleh karena itu, paket PK-PIN yang dimodifikasi dapat digunakan oleh perawat atau bidan dalam memberikan pendidikan kesehatan pada ibu postpartum.

Perawat maternitas harus mampu mempersiapkan ibu postpartum, khususnya primipara untuk melakukan perawatan diri dengan baik selama masa nifas sehingga dapat menghindari terjadinya infeksi pada masa nifas. Salah satu cara yang dapat digunakan adalah dengan intervensi keperawatan yang dilakukan dengan pendidikan kesehatan berupa paket PK-PIN yang dimodifikasi.

Perawat maternitas harus mampu menjalankan perannya sebagai pendidik dengan meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan perawatan postpartum dengan memberikan paket PK-PIN yang dimodifikasi. Intervensi keperawatan secara mandiri, termasuk pemberian pendidikan kesehatan dapat dilakukan dan dikembangkan dalam pendidikan keperawatan untuk memperoleh peningkatan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif. Berbagai metode yang dapat mendukung peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku dapat digunakan untuk mempermudah penyampaian dan penerimaan informasi dalam pendidikan kesehatan.

PK-PIN yang dimodifikasi dapat diberikan kepada mahasiswa keperawatan dalam bentuk teori maupun praktik sehingga mendukung pemberian asuhan keperawatan pada ibu postpartum secara komprehensif. Pemberian pendidikan kesehatan memberikan kesempatan kepada mahasiswa keperawatan untuk berlatih menyampaikan informasi secara komunikatif dan mendemonstrasikan bagaimana cara pelaksanaan perawatan ibu nifas.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini merupakan bab penutup yang terdiri atas kesimpulan dari hasil pembahasan yang berkaitan dengan upaya menjawab tujuan penelitian serta saran yang berkaitan dengan simpulan penelitian yang telah dilakukan

#### **7.1 SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh kesimpulan :

1. Ibu sebagian besar berumur lebih dari 25 tahun, pendidikan ibu sebagian besar sekolah menengah, yaitu SMP dan SMU. Proporsi ibu yang tidak bekerja lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Budaya yang dianut ibu sebagian besar budaya Palembang. Sarana kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal ibu yang terbanyak adalah adalah bidan dan Pukesmas.
2. Tidak ada hubungan antara karakteristik ibu dengan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri.
3. Ada perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri antara kelompok intervensi dan non intervensi.
4. Paket PK-PIN yang dimodifikasi berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri.

#### **7.2 SARAN**

1. Bagi pelayanan keperawatan

Rumah sakit dapat menggunakan paket PK-PIN yang dimodifikasi sebagai pedoman pendidikan kesehatan yang diberikan kepada ibu postpartum, terutama ibu postpartum primipara. Selain hal tersebut,

sebaiknya di semua tempat pelayanan keperawatan maternitas, tersedia tempat penyuluhan yang cukup kondusif dan didesain bernuansa edukatif dan mampu menjaga *privacy* klien

## 2. Bagi pengembangan penelitian

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi peneliti lain. Perlu dilakukan penelitian yang berhubungan dengan perawatan ibu nifas dengan metode penelitian kualitatif tentang bagaimana pengalaman ibu yang mendapatkan pendidikan kesehatan tentang perawatan pada masa nifas dan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan diri pada ibu post partum primipara.

## 3. Bagi Instansi Pendidikan

Memasukkan program pendidikan kesehatan bagi klien terutama bagi ibu postpartum tentang perawatan ibu nifas sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan oleh mahasiswa keperawatan, baik DIII keperawatan maupun S1 keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada ibu postpartum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahluwalia, I.B., Morrow, B., Hsia, J. (2005). Why do women stop breastfeeding? Finding from the pregnancy risk management and monitoring system. *Journal Pediatrics*
- Azwar, S. (2003). *Sikap Manusia, teori dan pengukurannya*. Edisi 2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Badan Pusat Statistik. 2008. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007*. Macro. Calverton. Maryland. USA
- Beger, D & Cook, C.A.L (1996). Maternal postpartum Learning needs. *International Journal of Childbirth Education*
- Bennet, VR., Brown, LK. (1999). *Myles text Book for Midwives*. 13<sup>th</sup> edition. Edinburg: Churchill Livingstone
- Bick, D., Mac Arthur, C., Knowles, H., & Winter, H. (2003). *Postnatal care, evidence and guidelines for management*. China : Churchill Livingstone.
- Bobak, et al. (2003). *Maternity and womens health care*. 7th ed. St Louis: Mosby.
- Bobak, I. (1995). *Maternity Nursing*. 4<sup>th</sup> edition. ST.Louis: Mosby
- Bobak, lowdermilk, Jensen. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Craven, Ruth F. (2000). *Fundamentals Of Nursing: Human Health and Function*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia : JB. Lippincott Company
- Djaali.H. (2007). *Psikologi Pendidikan*. Edisi 1. Jakarta: Bumi Aksara
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta
- Hamilton, Persis mary (1995). *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*, edisi 6. Jakarta:EGC
- Hastono (2007). Analisis Data Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Hodikoh. A. (2003). *Efektifitas edukas postpartum dengan metode ceramah dan media booklet terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu tentang ASI dan menyusui dalam konteks keperawatan maternitas di kota Bogor dan depok*. Tesis. Tidak dipublikasikan

- Ine. (2010). *Perdarahan Penyebab Kematian Ibu*, <http://kesehatan.kompas.com/read/2010/01/30/07464890/Perdarahan.Penyebab.Kematian.Ibu>, diperoleh tanggal 20 Februari 2010
- Komariah, L. (2003). *Kontribusi karakteristik, pengetahuan dan sikap post partum primipara serta dukungan perawat terhadap kemandirian dalam perawatan diri dan bayi; Studi di ruang rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Latipun. (2005). *Psikologi Konseling*. Malang :Universitas Muhammadiyah Malang
- Liabsuetrakul, Vittayanont and Pitanupong . 2007. *Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women.*, <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=12&sid=9f04f4b3-2df1-4214-8048-d051eb27e09c%40sessionmgr12> . diperoleh tanggal 1 Januari 2010
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (1999). *Maternity nursing*. 5th ed. St Louis: Mosby.
- May., Mahlmeister. (1990). *Comprehensif Maternity Nursing : Nursing process and children family*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia : JB. Lippincott Company
- May., Mahlmeister. (1994). *Maternal & Neonatal Nursing : Family Centered Care*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia : JB. Lippincott Company
- Matteson, P.S (2001). *Women's health during the childbearing years;A community based approach*. St. Louis: Mosby
- Muthmainnah, M. (2006). *Efektifitas pendidikan kesehatan pada periode awal postpartum dengan metode CPDL terhadap kemampuan ibu primipara merawat bayi di propinsi Jambi*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Nichols, Humenick. (2000). *Childbirth Education :Practice, research and Theory*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: W.B Saunders Company
- Notoatmodjo, S. (1997). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_ (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_ (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta

- Orem, D.E., (2001), *Nursing concept of Practice*, St Louis: C.V. Mosby Company.
- Pender, N.J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2002). *Assumptions and theoretica propositions Of the health promotion model (HPM)*. <http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender/HPM.pdf> diperoleh tanggal 2 Januari 2009
- Pricilla, V. (2006). *Hubungan gambaran diri dan ideal diri ibu primigravida dengan perilaku pemberian ASI 10 jam setelah melahirkan di wilayah kota Padang*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Polit, D.F, & Beck, C.T. (2006). *Essential of nursing research: method, appraisal and utilization. 6<sup>th</sup> edition*. Philadelphia; Lippincot Williams& Walkins
- Pillitteri, Adelle. 2003. *Maternal and Child Health Nursing; Care of the Childbearing and Childbearing family*. Philadelphia. Lippincott
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of nursing: Fundamentals of nursing concepts, process, and practice* (6th ed), philadelphia : The Mosby Years Book Inc.
- Rahmawati, Alledekania, Wijayarini. (2001). *Identifikasi Kebutuhan Perawatan Mandiri Ibu Nifas. Jurnal Keperawatan Indonesia*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jakarta
- Rankin. Stallings. (2001). *Patient Education ;principles and practice*. Philadelphia :Lippincott
- Redjeki, G.S. (2005). *Kemampuan dan kepuasan ibu terhadap pendidikan kesehatan mengenai stimulasi perkembangan anak usia toddler di kelurahan kemirimuka Depok*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Reitmanova dan Gustafson. (2007). *They Can't Understand It: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John's, Newfoundland* <http://www.springerlink.com/content/h27870q6037t2113/fulltext.pdf> diperoleh tanggal 2 Januari 2010
- Rosenthal, M. Sara. (2003). *Woman depression:a sane approach to mood disorder*. Los Angeles : Lowell House.

- Runiari, N (2005). *Persepsi perawat, ibu postpartum dan keluarga tentang materi yang prioritas dan metode pemberian edukasi ibu postpartum di RSUP Fatmawati tahun 2005*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Schot & Priest. (2008). *Kelas antenatal*. Edisi 2. Alih bahasa: Nike Budhi Subekti. Jakarta: EGC. (Sumber Asli: 2000)
- Setiawati, Dermawan. 2008. *Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan*. Trans Info Media. Jakarta
- Setyowati. (2004). *Pengaruh pendidikan kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN) terhadap kemampuan merawat diri dan kepuasan ibu postpartum di RS panti Rapih Yogyakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Spinelli, M. G. (2004). *Maternal infacide associated with mentall illness : Prevention and promise of saved lives*. *Journal Psychiatry*, 161 (9), 1548-1557.
- Suchitra, J.B & Devi N. L (2007). *Impact of education on knowledge, attitudes and practices among various categories of health care workers on nosocomial infections*. <http://www.ijmm.org/article.asp?issn=0255-0857;year=2007;volume=25;issue=3;spage=181;epage=187;aulast=Suchitra> . Diperoleh tanggal 1 maret 2010
- Sugiyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Alfabeta: Bandung
- Suherni, Widyasih. H, Rahmawati, A. (2008). *Perawatan Masa Nifas*. Fitramaya: Yogyakarta
- Suliha, dkk (2002). *Pendidikan Kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Tommey Marrinner Ann , Alligood R. M (2006) : *Nursing Theorists and Their Work*, six edition. St. Louis; Mosby Elsevier
- Vonderheid, S.C., dkk (2007). *Prenatal health promotion content and health behaviors*. <http://wjn.sagepub.com>. diperoleh tanggal 1 Januari 2010
- WER. (2009). *Duh...Angka Kematian Ibu Masih Tinggi*. <http://sains.kompas.com/read/2009/12/22/17384163/duh....angka.kematian.ibu.masih.tinggi> diperoleh tanggal 2 Januari 2010

- Wiknjosastro. (2001). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- WHO. (2008). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_RHT\\_MSM\\_98.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_RHT_MSM_98.3.pdf) diperoleh 2  
Februari 2010. Diperoleh tanggal 1 Januari 2010
- Wong, D.L., Perry, S.E., & Hockenberry, M. (2002). *Maternal child nursing care*,  
(2th ed.), St.Louis : Mosby Inc.
- Yani, E.R. (2009). *Pengaruh paket pendidikan kesehatan "RINDU" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kediri*. Tesis. Tidak dipublikasikan.