



**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN IBU SERTA
KEJADIAN HIPERBILIRUBINEMIA PADA BAYI BARU LAHIR
DI RSAB HARAPAN KITA JAKARTA**

TESIS

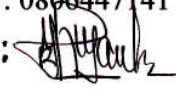
**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**YANTI RIYANTINI
0806447141**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yanti Riyantini
NPM : 0806447141
Tanda Tangan : 
Tanggal : Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Yanti Riyantini
NPM : 0806447141
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan Anak
Judul Tesis : “Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu serta Kejadian Hiperbilirubinemia pada Bayi Baru Lahir di RSAB Harapan Kita”

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Yeni Rustina, S.Kp., M.App.Sc., PhD

()

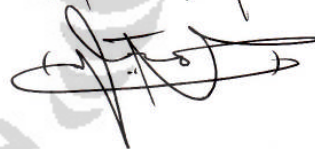
Pembimbing : Besral, S.K.M., M.Sc.

()

Penguji : Nani Nurhaeni, S.Kp., MN.

()

Penguji : Ns. Erna Rahma Yani, S.Kp, M.Kep.

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kemudahan dan keberkahan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu serta kejadian Hiperbilirubinemia pada Bayi Baru Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta”.

Dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu penulis selama menyelesaikan tesis ini, yaitu:

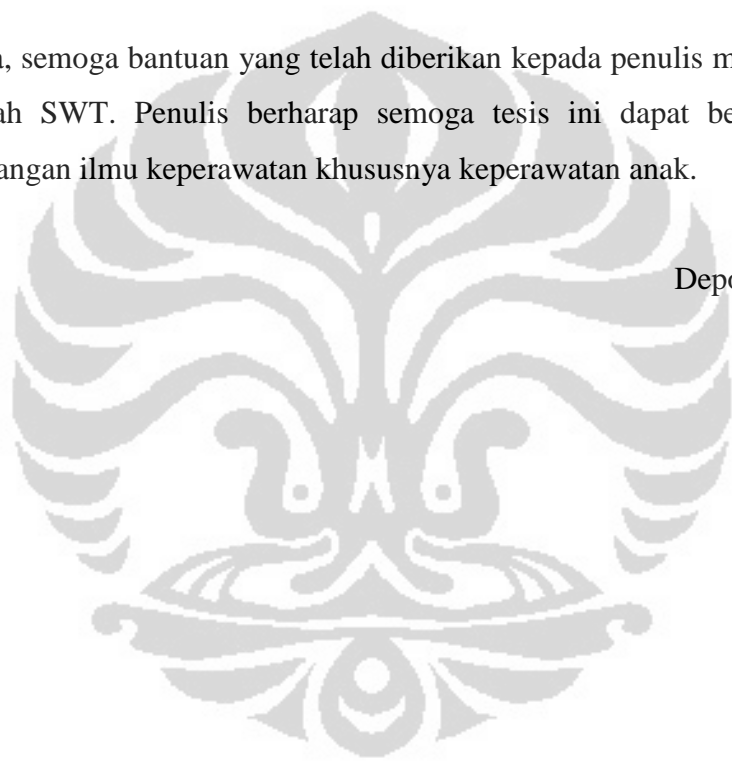
1. Ibu Yeni Rustina, SKp., M.App. Sc., Ph.D., sebagai Pembimbing I yang telah banyak memberi masukan, sabar dan penuh perhatian dalam memberikan bimbingan selama penyusunan tesis ini.
2. Bapak Besral, SKM. M.Sc., sebagai Pembimbing II yang telah memberi masukan selama penyusunan tesis.
3. Ibu Dewi Irawaty, MA. Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata ajaran Tesis.
5. dr. Hermien Widjajati Moeryono, Sp.A selaku Direktur Utama RSAB “Harapan Kita” yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Ibu Nyoman Partini, SKp. M.Kes, sebagai Kepala Bidang Keperawatan RSAB Harapan Kita yang telah banyak membantu dan memberikan keleluasaan waktu pada penulis selama penyusunan tesis.
7. Kepala Ruangan Menur, Ruangan Cempaka dan POTAS yang telah memberikan kesempatan dan bantuannya selama proses penelitian.
8. Seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

9. Bapak dan ibu tersayang yang selalu memberikan dukungan, motivasi dan doa kepada penulis selama menjalankan perkuliahan dan penyusunan tesis.
10. Suami dan anak-anakku tersayang yang selama ini telah banyak memberikan dukungan dan toleransi waktu kepada penulis.
11. Semua rekan-rekan Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia seangkatan yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Akhirnya, semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT. Penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan anak.

Depok, 20 Juli 2010

Penulis



ABSTRAK

Nama : Yanti Riyantini
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak
Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu Serta Kejadian Hiperbilirubinemia pada Bayi Baru Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Penelitian ini menggunakan metode *quasi experiment* dengan *pretest-posttest design*. Sampel penelitian adalah ibu *post partum* yang berjumlah 30 orang yang terbagi menjadi kelompok kontrol dan intervensi. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *non probability sampling* dengan jenis *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap dan keterampilan responden meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan. Kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p=0,651$). Penelitian ini merekomendasikan bahwa pendidikan kesehatan hendaknya diberikan sejak masa antenatal.

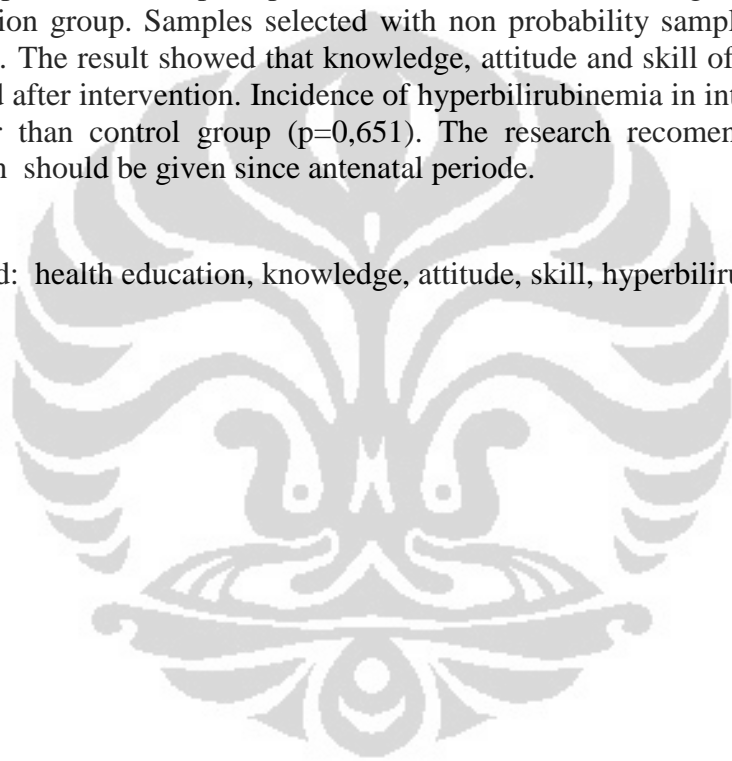
Kata Kunci : pendidikan kesehatan, pengetahuan, sikap, keterampilan, hiperbilirubinemia

ABSTRACT

Name : Yanti Riyantini
Program Study : Master Program In Nursing Science, Majoring in Pediatric Nursing
Title : The Effect of Health Education at Knowledge, Attitude and skill of the mother and Incidence of Hyperbilirubinemia on the Newborn in RSAB Harapan Kita Jakarta.

The purpose of the research was describe the effect of health education at knowledge, attitude and skill of the mother, and insidence of hyperbilirubinemia at the newborn. The research was quasi experimental with pretest posttest design. The samples were 30 post partum and devided into two group, control and intervention group. Samples selected with non probability sampling-concecutive sampling. The result showed that knowledge, attitude and skill of the mother was increased after intervention. Incidence of hyperbilirubinemia in intervention group is higher than control group ($p=0,651$). The research recomended that health education should be given since antenatal periode.

Key word: health education, knowledge, attitude, skill, hyperbilirubinemia.



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK/ABSTRACT.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Hiperbilirubinemia	9
2.2 Peran Perawat.....	23
2.3 Pendidikan Kesehatan.....	24
2.4 Pengetahuan.....	29
2.5 Sikap.....	32
2.6 Keterampilan.....	33
2.7 Proses Adaptasi Pada Ibu <i>Post Partum</i>	37
2.8 Kerangka Teori.....	40
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	41
3.1 Kerangka Konsep.....	41
3.2 Hipotesis.....	42
3.3 Definisi Operasional.....	43
BAB 4 METODE PENELITIAN	46
4.1 Rancangan Penelitian.....	46
4.2 Populasi dan Sampel.....	48
4.3 Tempat Penelitian.....	50
4.4 Waktu Penelitian.....	51
4.5 Etika Penelitian.....	51
4.6 Alat Pengumpul Data.....	52
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	53
4.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	56

4.9 Pengolahan Data.....	56
4.10 Analisis Data.....	58
BAB 5 HASIL PENELITIAN	59
5.1 Analisis Univariat.....	59
5.2 Uji Homogenitas.....	60
5.3 Analisis Bivariat.....	62
BAB 6 PEMBAHASAN	72
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	72
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	80
6.3 Implikasi Penelitian dalam Pelayanan Keperawatan.....	81
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	83
7.1 Simpulan.....	83
7.2 Saran.....	83

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



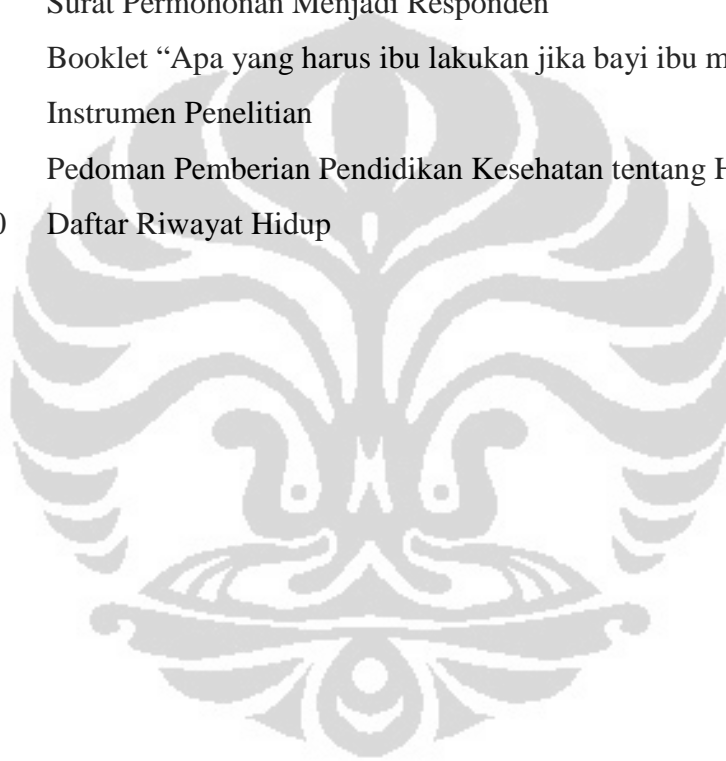
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori.....	40
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	41
Skema 4.1 Rancangan Penelitian.....	46



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 4 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 5 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 6 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Booklet “Apa yang harus ibu lakukan jika bayi ibu mengalami kuning”
- Lampiran 8 Instrumen Penelitian
- Lampiran 9 Pedoman Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Hiperbilirubinemia
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup



DAFTAR TABEL

	Halaman	
Tabel 2.1.	Tatalaksana hiperbilirubinemia pada neonatus cukup bulan sehat.....	19
Tabel 2.2.	Tatalaksana hiperbilirubinemia pada neonatus kurang bulan sehat dan sakit (< 37 minggu).....	19
Tabel 3.1	Definisi operasional.....	43
Tabel 4.1	Analisa bivariat.....	58
Tabel 5.1	Distribusi responden menurut umur di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	59
Tabel 5.2	Distribusi responden menurut pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia menurut umur di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	60
Tabel 5.3	Hasil uji homogenitas variabel umur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei-Juni 2010.....	61
Tabel 5.4	Hasil uji homogenitas variabel pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei-Juni 2010.....	61
Tabel 5.5	Rata-rata pengetahuan, sikap dan keterampilan responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi dan kontrol di RSAB Harapan Kita, bulan Mei – Juni 2010	62
Tabel 5.6	Distribusi responden menurut kejadian hiperbilirubinemia setelah diberikan pendidikan kesehatan di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	63
Tabel 5.7	Distribusi peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	64
Tabel 5.8	Analisis regresi karakteristik umur ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	65
Tabel 5.9	Distribusi rata-rata peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu menurut pekerjaan ibu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	66
Tabel 5.10	Distribusi peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan ibu yang mempunyai anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	67
Tabel 5.11	Hubungan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan pekerjaan ibu dengan di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	68

Tabel 5.12	Hubungan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan jumlah anak yang dimiliki ibu di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	68
Tabel 5.13	Distribusi rata-rata umur ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	69
Tabel 5.14	Distribusi responden menurut kejadian hiperbilirubinemia dan pendidikan ibu, pekerjaan ibu, riwayat anak hiperbilirubinemia dan jumlah anak di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	69
Tabel 5.15	Distribusi responden menurut jumlah anak dan kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010.....	70



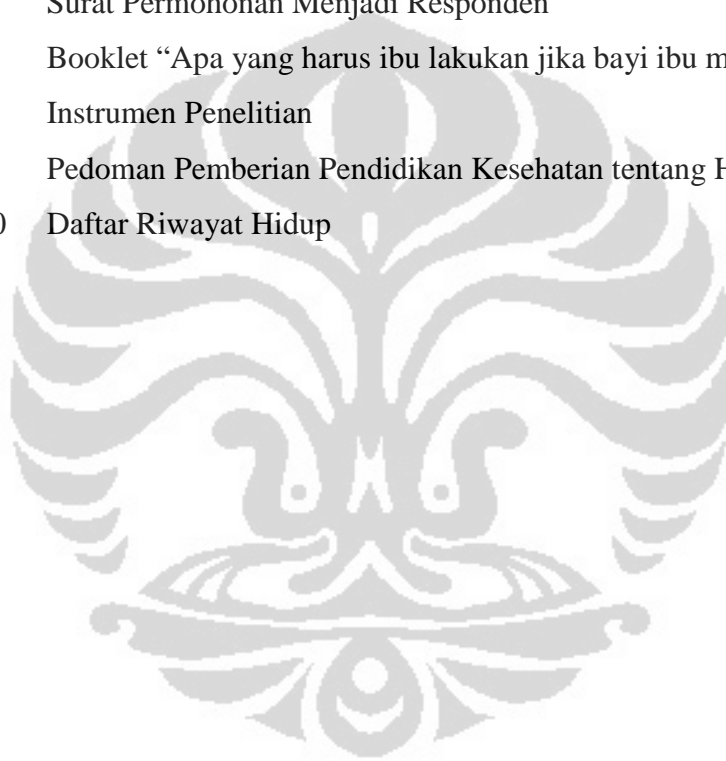
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori.....	40
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	41
Skema 4.1 Rancangan Penelitian.....	46



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 4 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 5 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 6 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Booklet “Apa yang harus ibu lakukan jika bayi ibu mengalami kuning”
- Lampiran 8 Instrumen Penelitian
- Lampiran 9 Pedoman Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Hiperbilirubinemia
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Penilaian hiperbilirubinemia menurut Kramer



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indikator pembangunan kesehatan suatu negara adalah angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Angka kematian bayi (0-12 bulan) di Indonesia masih tinggi, yaitu 34/1000 kelahiran hidup. Kematian bayi baru lahir (neonatus) merupakan penyumbang kematian terbesar pada tingginya angka kematian bayi. Angka kematian neonatal (0-28 hari) adalah 19/1000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian neonatal pada minggu pertama menurut Riskesdas tahun 2007 adalah gangguan pernapasan (35,9%), prematuritas dan berat badan lahir rendah (BBLR) 32,4%, sepsis (12%), hipotermi (6,3%), kelainan darah/hiperbilirubinemia (5,6%), post matur (2,8%) dan kelainan kongenital (Riskesdas 2007 dalam Sulani, 2009).

Kelainan darah/hiperbilirubinemia memiliki presentase yang kecil (5,6%) sebagai penyebab kematian neonatal, namun mempunyai komplikasi yang dapat mengakibatkan kecacatan. Hiperbilirubinemia adalah akumulasi bilirubin dalam darah yang berlebihan, ditandai dengan adanya *jaundice* atau ikterus, perubahan warna kekuningan pada kulit, sklera dan kuku (Hockenberry & Wilson, 2009). Hiperbilirubinemia pada neonatus dapat muncul dalam salah satu dari dua bentuk berikut ini: hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi/indirek atau terkonjugasi/direk. Tanda yang paling mudah dilihat atau diidentifikasi dari kedua bentuk tersebut adalah “kulit dan selaput lendir menjadi kuning”. Hiperbilirubinemia pada neonatus dapat terlihat nyata jika bilirubin kadar bilirubin dalam darah lebih dari atau sama dengan 5 mg/dl (Indrasanto et al, 2008).

Hiperbilirubinemia yang terjadi pada bayi baru lahir umumnya adalah fisiologis, kecuali: timbul dalam 24 jam pertama kehidupan, bilirubin indirek untuk bayi cukup bulan ≥ 13 mg/dL atau bayi kurang bulan ≥ 10 mg/dL, peningkatan bilirubin > 5 mg/dL/24 jam, kadar bilirubin direk > 2 mg/dL, hiperbilirubinemia menetap pada umur >2 minggu dan terdapat faktor risiko (Moeslichan, 2004). Hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir disebabkan oleh meningkatnya produksi bilirubin, terganggunya transpor bilirubin dalam sirkulasi, terganggunya pengambilan bilirubin oleh hati, terganggunya konyugasi bilirubin, peningkatan siklus enterohepatik (Indrasanto et al, 2008).

Hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir biasanya kondisinya tidak berbahaya, puncaknya terjadi pada umur 2-4 hari setelah kelahiran dan biasanya tidak membutuhkan intervensi. Hiperbilirubinemia pada kasus yang berat (bilirubin > 308 - 342 $\mu\text{mol/L}$) yang terjadi 4-10% pada bayi baru lahir membutuhkan pengobatan terapi sinar dan pada kasus yang ekstrim sampai dilakukan tranfusi tukar (Petersen, et al 2005).

Hiperbilirubinemia karena proses fisiologis normal terjadi pada 45 % sampai 60 % pada bayi baru lahir sehat dan 80 % pada bayi prematur dalam satu minggu pertama kehidupan dan sering terjadi pada umur 2 hari (Blackburn, 1995 dalam Bowden,1998). Insiden hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir dalam minggu pertama kehidupannya di Amerika Serikat, ada sebanyak 65 %. Hasil survei pada tahun 1998 di rumah sakit pemerintah dan pusat kesehatan di bawah Departemen Kesehatan di Malaysia, mendapatkan 75% bayi baru lahir menderita hiperbilirubinemia dalam minggu pertama kehidupannya. Insiden hiperbilirubinemia neonatorum pada bayi cukup bulan di beberapa rumah sakit (RS) pendidikan di Indonesia,

antara lain RSCM, RS Dr. Sardjito, RS Dr. Soetomo, RS Dr. Kariadi bervariasi dari 13,7% hingga 85% (Moeslichan, 2004).

Pasien hiperbilirubinemia di Rumah Sakit Anak dan Bunda (RSAB) Harapan Kita (bayi lahir di RSAB Harapan Kita dan bayi rujukan dari rumah sakit lain) ada 21,01 % dari 3.436 jumlah bayi yang dirawat selama tahun 2009. Angka kejadian hiperbilirubinemia dari jumlah kelahiran bayi di RSAB Harapan Kita tahun 2009 sekitar 11,10 % yang terbagi atas: selama bayi masih dalam perawatan di ruang rawat kebidanan sebelum dipulangkan ke rumah ada 7,5 % dan paska rawat yang kembali lagi saat kontrol dengan hiperbilirubinemia ada sebanyak 4,5 %. Angka kejadiannya sangat kecil tetapi komplikasi yang ditimbulkan sangat fatal. Komplikasi pada klien dengan hiperbilirubinemia adalah kernikterus yang terjadi karena deposit bilirubin tidak terkonjugasi/indirek pada ganglia otak dan dapat menyebabkan gejala sisa berupa *cerebral palsy*, tuli nada tinggi, paralisis dan displasia dental yang sangat mempengaruhi kualitas hidup (Moeslichan, 2004).

Hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir dapat terjadi selama bayi masih dirawat di rumah sakit dan beberapa hari setelah bayi pulang dari rumah sakit. Pemulangan dini pada bayi baru lahir dari rumah sakit berhubungan dengan peningkatan dirawatnya kembali bayi dengan hiperbilirubinemia (Peterson et al, 2005).

Perawat anak yang profesional mempunyai tanggung jawab untuk memberikan layanan berkualitas tinggi. Salah satu peran paling penting perawat anak adalah pendidik, karena pendidikan adalah salah satu cara yang digunakan perawat agar klien dan keluarga dapat membuat keputusan. Florence Nightingale menekankan peran perawat sebagai pendidik dan saat ini banyak perawat yang menghabiskan sebagian besar waktunya untuk mengajar atau

memberikan pendidikan baik informal maupun formal. Perawat mengajar anak-anak dan keluarga dalam berbagai topik, situasi dan lingkup yang berbeda (Wilkey & Gardner, 2004 dalam Potts, 2007). Pendidikan kesehatan yang lebih populer dengan istilah penyuluhan bagi pasien di lingkup rumah sakit diberikan oleh perawat di ruang perawatan dan di rawat jalan.

Pendidikan prenatal yang kurang, menjadi salah satu hambatan untuk keberhasilan menyusui. Kurangnya informasi pada orang tua yang tidak menyusui bayi secara efektif memiliki risiko masuknya/dirawatnya kembali bayi ke rumah sakit. Jika didapatkan bayi yang baru lahir dengan hiperbilirubinemia, pesan yang sering tidak sengaja disampaikan kepada ibu adalah bahwa itu disebabkan oleh menyusui. Pendidikan prenatal harus menjamin bahwa orang tua mengetahui tanda-tanda menyusui efektif dan kapan meminta bantuan. Perawat yang memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang telah melahirkan harus berpengalaman dalam inisiasi dini, menyusui eksklusif, tanda-tanda bayi cukup asupan dan dukungan untuk menyusui bayi dengan hiperbilirubinemia (Mannel, 2006).

Pendidikan kesehatan atau penyuluhan untuk klien di RSAB Harapan Kita di beberapa ruang Rawat Kebidanan sudah dilakukan ada yang terstruktur berkelompok 2 kali dalam seminggu dan ada juga yang tidak terstruktur, tetapi belum seluruh pasien yang ada menerima pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang diberikan di Poli Klinik Kebidanan belum terstruktur. Materi yang diberikan dalam pendidikan kesehatan/penyuluhan yang terstruktur di ruang rawat gabung meliputi: pemberian ASI, perawatan tali pusat, perawatan episiotomi, perawatan payudara dan tanda-tanda bahaya pada ibu *post partum* dan tanda-tanda bahaya pada bayi tetapi belum ada materi terkait pencegahan hiperbilirubinemia pada bayi.

Hasil penelitian tentang “Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita di kelurahan Sukaramai Kecamatan Baiturrahman Banda Aceh” menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna pada pengetahuan (*p value* 0,004), sikap (*p value* 0,005) dan keterampilan (*p value* 0,019) ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan (Yurika, 2009). Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat diharapkan akan mengubah pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu *post partum* dalam memberikan perawatan pada bayi baru lahir, terutama untuk mengurangi angka kejadian hiperbilirubinemia.

Hasil penelitian lain tentang efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam stimulasi perkembangan anak *toddler* di rumah sakit umum Zainoel Abidin Banda Aceh menunjukkan ada perbedaan pengetahuan dan sikap ibu sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi ($p=0,002$) dan tidak ada perbedaan pengetahuan dan sikap ibu sebelum dan setelah periode intervensi pada kelompok kontrol ($p=1,000$) (Imelda, 2009).

Mencermati masalah tersebut di atas, peneliti bermaksud melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan fenomena yang ada bahwa hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir di RSAB Harapan Kita dapat terjadi selama dalam perawatan dan setelah bayi pulang dari rumah sakit (saat kontrol pertama). Dampak lanjut dari hiperbilirubinemia sangat fatal, sehingga perlu dilakukan upaya untuk mengurangi terjadinya

hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Upaya yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang dapat mengubah pengetahuan, sikap dan keterampilan yang dapat mencegah terjadinya hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

Pendidikan kesehatan atau penyuluhan pada pasien oleh perawat di RSAB Harapan Kita di beberapa ruang Rawat Kebidanan sudah dilakukan ada yang terstruktur berkelompok 2 kali dalam seminggu dan ada juga yang tidak terstruktur. Pendidikan kesehatan oleh perawat yang diberikan di Poli Klinik Kebidanan belum terstruktur.

1.3. Pertanyaan penelitian

Berdasarkan fenomena tersebut di atas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah sejauh mana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, ketrampilan dan sikap ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta ?

1.4. Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Diidentifikasinya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir di RSAB Harapan Kita.

1.4.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini mempunyai tujuan khusus, teridentifikasinya:

1.4.2.1 Karakteristik responden meliputi umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan mempunyai riwayat anak dengan hiperbilirubinemia sebelumnya.

1.4.2.2 Hubungan pendidikan kesehatan dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu.

1.4.2.3 Hubungan karakteristik responden dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia.

1.5. Manfaat penelitian

Penelitian yang dilakukan diharapkan dapat memberikan manfaat:

1.5.1 Manfaat aplikatif

1.5.1.1 Orangtua dalam hal ini adalah ibu dapat mengidentifikasi tanda dan gejala serta melakukan pencegahan terjadinya hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

1.5.1.2 Bagi perawat hasil penelitian ini dapat digunakan, untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk mencegah terjadinya hiperbilirubinemia dan komplikasinya.

1.5.1.3 Bagi pelayanan kesehatan penelitian ini dapat menjadi masukan agar memperhatikan aspek promotif dan preventif kesehatan, sehingga didapatkannya bayi yang sehat pada kunjungan pertama paska rawat setelah bayi dilahirkan.

1.5.2 Manfaat keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran, informasi dan penjelasan tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

1.5.3 Manfaat penelitian

Hasil penelitian ini dapat memperkaya jumlah penelitian dan menjadi dasar penelitian selanjutnya dengan pendekatan yang berbeda pada bayi dengan hiperbilirubinemia.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan kajian kepustakaan yang melandasi penelitian ini, meliputi konsep hiperbilirubinemia, peran perawat anak, konsep pendidikan kesehatan, konsep pengetahuan, keterampilan, sikap dan kerangka teori sebagai landasan berpikir.

2.1 Hiperbilirubinemia

2.1.1 Pengertian hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia adalah akumulasi bilirubin dalam darah yang berlebihan, ditandai dengan adanya *jaundice* atau hiperbilirubinemia, perubahan warna kekuningan pada kulit, sklera dan kuku (Hockenberry & Wilson, 2009).

Hiperbilirubinemia adalah pewarnaan kuning yang tampak pada sklera dan muka yang disebabkan oleh penumpukan bilirubin yang selanjutnya meluas secara sefalokaudal (dari atas ke bawah) ke arah dada, perut dan ekstremitas. Pada bayi baru lahir, hiperbilirubinemia seringkali tidak dapat dilihat pada sklera karena bayi baru lahir umumnya sulit membuka mata (Suradi dalam Hegar, 2008).

2.1.2 Metabolisme bilirubin

Penumpukan bilirubin merupakan penyebab terjadinya kuning pada bayi baru lahir. Bilirubin merupakan uraian dari produk protein yang mengandung heme pada sistem retikuloendotelial. Tujuh puluh lima persen protein yang mengandung heme ada dalam sel darah merah (hemoglobin) sementara 25 % berasal dari mioglobin, sitokrom dan tidak efektifnya eritropoiesis pada sumsum tulang (Indrasanto et al, 2008).

Bilirubin adalah hasil pemecahan sel darah merah. Hemoglobin (Hb) yang berada di dalam sel darah merah akan dipecah menjadi bilirubin. Satu gram Hb akan menghasilkan 34 mg bilirubin. Bilirubin ini dinamakan bilirubin indirek yang larut dalam lemak, terikat oleh albumin dan diangkut ke dalam hati. Bilirubin indirek ini di dalam hati akan dikonyugasi oleh enzim glukoronil transferase menjadi bilirubin direk yang larut dalam air untuk kemudian disalurkan melalui saluran empedu ke usus.

Bilirubin direk di dalam usus akan terikat oleh makanan dan dikeluarkan sebagai sterkobilin bersama tinja. Apabila tidak ada makanan di dalam usus, bilirubin direk ini akan diubah oleh enzim di dalam usus yang juga terdapat di dalam air susu ibu (ASI) yaitu enzim beta-glukoronidase menjadi bilirubin indirek yang akan diserap kembali dari dalam usus dan masuk aliran darah. Bilirubin indirek ini akan diikat oleh albumin dan kembali ke dalam hati. Rangkaian ini disebut siklus enterohepatik (Suradi dalam Hegar, 2008).

2.1.3 Jenis hiperbilirubinemia

2.1.3.1 Hiperbilirubinemia tidak terkonyugasi/indirek

Hiperbilirubinemia tidak terkonyugasi adalah peningkatan bilirubin serum tidak terkonyugasi. Beberapa penyebab terjadinya hiperbilirubinemia tidak terkonyugasi non fisiologis adalah: Inkompatibilitas ABO, hiperbilirubinemia ASI/*Breast milk jaundice*, *Rh isoimmunization*, infeksi, hematoma subdural atau sefalhematom, memar yang luas, bayi yang lahir dari ibu dengan diabetes melitus, polisitemia atau hiperviskositas, defisiensi Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD), defisiensi pyruvat kinase, *Congenital spherocytosis*, *Lucey-Driscoll syndrome*, *Crigler-Najjar disease*, Hipotiroid dan hemoglobinopati (Gomella, 1999).

Defisiensi G6PD merupakan penyakit *X-linked* resesiv yang menyebabkan anemia hemolitik dapat terjadi akut atau kronis yang berisiko terjadinya hiperbilirubinemia berat. Klien yang menderita defisiensi G6PD biasanya asimtomatik, walaupun pada beberapa kasus ditemukan karena terpapar zat-zat kimia seperti *naphthalene* (kapur barus/kamper) dan obat-obatan seperti sulfamides, antipiretik, nitrofurane, primaquine and chloroquine (Gurrola et al, 2008).

Hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi (indirek) terdiri dari hiperbilirubinemia fisiologis dan hiperbilirubinemia non fisiologis (Indrasanto et al, 2008).

2.1.3.1.1 Hiperbilirubinemia fisiologis

Hiperbilirubinemia fisiologis terjadi hampir pada setiap bayi. Peningkatan bilirubin serum tidak terkonjugasi (indirek) terjadi selama minggu pertama kehidupan dan terpecahkan dengan sendirinya. Hiperbilirubinemia fisiologis pada bayi sehat dan cukup bulan akan terlihat pada hari ke 2-3 dan biasanya hilang pada hari ke 6-8 tetapi mungkin tetap ada sampai hari ke 14 dengan maksimal total kadar bilirubin serum kurang 12 mg/dl. Pada bayi kurang bulan sehat, hiperbilirubinemia akan terlihat pada hari ke 3-4 dan hilang pada hari ke 10-20 dengan kadar serum maksimal kurang 15 mg/dl (Indrasanto et al, 2008).

2.1.3.1.2 Hiperbilirubinemia non fisiologis

Hiperbilirubinemia non fisiologis dicurigai jika kriteria hiperbilirubinemia fisiologis tidak terpenuhi. Kriteria hiperbilirubinemia non fisiologis

adalah: hiperbilirubinemia terjadi sebelum bayi berumur 36 jam, peningkatan kadar bilirubin serum lebih dari 0,5 mg/dl/jam, total bilirubin serum lebih dari 15 mg/dl pada bayi cukup bulan dan diberi susu formula, total bilirubin serum lebih dari 17 mg/dl pada bayi cukup bulan dan diberi ASI, hiperbilirubinemia klinis lebih dari 8 hari pada bayi cukup bulan dan lebih dari 14 hari pada bayi kurang bulan (Indrasanto et al, 2008).

Bentuk lain dari hiperbilirubinemia yang jarang terjadi adalah Hiperbilirubinemia karena ASI atau *Breast milk jaundice*. Hiperbilirubinemia karena ASI ini tidak jelas apakah merupakan hiperbilirubinemia terkonyugasi atau tidak, tetapi hal ini jarang mengancam jiwa. Karakteristik hiperbilirubinemia karena ASI adalah kadar bilirubin indirek yang masih meningkat setelah 4-7 hari pertama, berlangsung lebih lama dari hiperbilirubinemia fisiologis yaitu sampai 3-12 minggu dan tidak ada penyebab lainnya. Hiperbilirubinemia karena ASI dari seorang ibu tertentu dan biasanya akan timbul hiperbilirubinemia pada setiap bayi yang disusukannya. Hiperbilirubinemia karena ASI juga bergantung kepada kemampuan bayi mengkonjugasi bilirubin indirek (misalnya bayi prematur akan lebih besar kemungkinan terjadi hiperbilirubinemia).

Penyebab hiperbilirubinemia karena ASI belum jelas tetapi ada beberapa faktor yang diperkirakan

memegang peranan yaitu: 1) terdapat hasil metabolisme hormon progesteron yaitu *pregnane3- α 20 betadiol* di dalam ASI yang menghambat *uridine diphosphoglucoronic acid (UDPGA)*, 2) peningkatan konsentrasi asam lemak bebas yang *nonesterified* yang menghambat fungsi glukoronid transferase di hati, 3) peningkatan sirkulasi enterohepatik karena adanya peningkatan aktivitas β glukoronidase di dalam ASI saat berada dalam usus bayi dan 3) defek pada aktivitas *uridine diphosphate-glucoronyl transferase (UGTIAI)* pada bayi homozigot atau heterozigot untuk varian sindrom Gilbert (Suradi dalam Hegar, 2008).

2.1.3.2 Hiperbilirubinemia terkonyugasi/direk

Hiperbilirubinemia terkonyugasi/direk merupakan tanda disfungsi hepatobiliaris yang ditandai dengan peningkatan kadar bilirubin direk lebih dari 20% dari total bilirubin serum (Indrasanto et al, 2008). Penyebab hiperbilirubinemia terkonyugasi adalah obstruksi ekstra hepatic biliaris (atresia biliaris dan kista koledokal), kolestasis intrahepatik dengan duktus biliaris normal, infeksi dan *inborn error of metabolism*.

2.1.4 Gejala klinik

Hiperbilirubinemia ditandai dengan adanya *jaundice*, pewarnaan kuning umumnya terjadi pada sklera, kuku atau kulit. Hiperbilirubinemia yang terjadi pada 24 jam pertama disebabkan oleh penyakit hemolitik pada bayi baru lahir, sepsis atau salah satu penyakit ibu seperti diabetes melitus. *Jaundice* yang tampak pada hari ke 2-3, mencapai puncaknya pada hari ke 3-4 dan akan turun pada hari ke 5-7 biasanya adalah *physiologic jaundice* (hiperbilirubinemia fisiologis). Pola ini mungkin sangat bervariasi menurut suku-suku tertentu. Intensitas *jaundice* tidak

selalu berhubungan dengan derajat hiperbilirubinemia (Hockenberry & Wilson, 2007).

2.1.4.1 Diagnosis

Derajat hiperbilirubinemia ditentukan oleh pengukuran kadar bilirubin. Bilirubin tidak terkonjugasi (indirek) normalnya adalah 0,2 – 1,4 mg/dl. Evaluasi dari *jaundice* tidak hanya berdasarkan kadar bilirubin saja, tetapi juga waktu kapan mulainya tampak hiperbilirubinemia, masa gestasi bayi, umur bayi, riwayat keluarga, faktor rhesus ibu, kejadian hemolisis, metode pemberian minum, status fisiologis bayi dan peningkatan kadar bilirubin yang progresif (Hockenberry & Wilson, 2007).

Diagnosis hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi (indirek) ditegakkan dengan:

a. Anamnesa

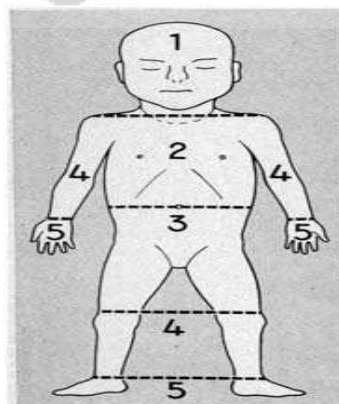
Anamnesa sangat penting untuk melengkapi riwayat klien seperti : hari (umur) dimulainya hiperbilirubinemia, golongan darah ibu dan rhesus, riwayat *jaundice* pada *sibling*, suku, riwayat penyakit hemolitik pada keluarga, riwayat hiperbilirubinemia, anemia, splenektomi, riwayat penyakit hati di keluarga, penyakit ibu (Diabetes melitus atau gangguan imunitas), asupan obat ibu misalnya sulfonamides, aspirin, antimalaria. Riwayat perinatal dikaji adanya persalinan traumatis, trauma lahir, tertundanya penjepitan tali pusat dan asfiksia. Pada riwayat paska natal ditanyakan adanya muntah, buang air besar jarang, pemberian ASI tertunda dan bayi diberi ASI (Indrasanto et al, 2008).

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bayi dengan hiperbilirubinemia meliputi tanda-tanda: adanya memar, sefal hematoma dan perdarahan intra kranial (Gomella, 1999). Bayi dengan hiperbilirubinemia harus diperiksa berdasarkan temuan fisik berikut ini: kelahiran kurang bulan, kecil untuk masa kehamilan (KMK), mikrosefal, ekstrasvasi darah misalnya sefal hematoma atau memar. Pada pemeriksaan fisik juga didapatkan adanya pucat, pletora, petekiae, hepatosplenomegali (karena hemolitik atau infeksi), tanda hipotiroidisme, tanda sepsis neonatorum, warna hiperbilirubinemia (kuning oranye = tidak terkonyugasi, hijau zaitun = meningkatnya konyugasi) dan tanda bilirubin ensefalopati yang sama dengan tanda kernikterus (Indrasanto et al, 2008). Pada pemeriksaan fisik, perawat juga dapat menilai bayi tersebut menderita hiperbilirubinemia atau tidak dengan menggunakan skala lima poin dari Kramer (Kemp, 2009)

Gambar: 2.1

Penilaian hiperbilirubinemia menurut Kramer.



Sumber: Kemp, (2009)

Keterangan:

1. Wajah dan leher saja
2. Dada dan punggung
3. Perut di bawah, umbilical sampai lutut
4. Lengan dan kaki di bawah lutut
5. Tangan dan kaki.

Peningkatan kadar bilirubin disertai oleh perkembangan ikterik pada kulit yang meluas secara *cephalocaudal* yang meluas mulai dari wajah, badan dan kaki, dan akhirnya ke telapak tangan dan telapak kaki. Kadar bilirubin darah dapat diperkirakan secara klinis dengan skala lima poin dari Kramer: wajah 5 mg / dL, dada bagian atas 10 mg per dL, perut 12 mg / dL, telapak tangan dan telapak kaki, lebih besar dari 15 mg / dL (Porter & Dennis, 2002).

c. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada klien hiperbilirubinemia tidak terkonyugasi (indirek) adalah pemeriksaan bilirubin total serum dan bilirubin direk. Pemeriksaan golongan darah pada bayi dan ibu sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya ketidaksesuaian golongan darah dan rhesus pada bayi dan ibu. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan Coomb's, pemeriksaan hitung darah lengkap, hitung retikulosit dan jika ada hemolisis dan ada tidak kesesuaian Rhesus atau ABO, mungkin diperlukan pemeriksaan hemoglobin elektroforesis, penapisan G6PD atau pengujian kerentanan osmotik untuk mendiagnosa defek sel darah merah (Indrasanto, 2008).

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi hiperbilirubinemia adalah kernikterus. Kernikterus merupakan deposit bilirubin tidak terkonyugasi (indirek) pada basal ganglia otak. Cedera sel, warna kuning, kehilangan neuron dan penggantian glial dapat terjadi dengan kerusakan neurologis lanjutan. Pada bayi sakit dan kecil, kadar bilirubin kisaran rendah juga dapat menyebabkan kernikterus (Indrasanto et al, 2008). Bila kernikterus dapat dilalui, bayi dapat tumbuh tetapi tidak berkembang, selain bahaya tersebut, bilirubin direk yang bertumpuk di hati akan merusak sel hati dan menyebabkan sirosis hepatic (Suradi dalam Hegar, 2008). Gejala klinis kernikterus mempunyai 4 tahap yaitu:

- a. Tahap I, ditandai dengan adanya depresi neurologis umum termasuk buruknya refleks moro, asupan minum yang buruk, muntah, tangisan melengking, tonus otot menurun dan letargi.
- b. Tahap II, bayi mulai opistotonus, kejang, demam, krisis *oculogyric* dan kelumpuhan pandangan atas terjadi pada tahap ini dan dapat juga mengakibatkan kematian neonatus.
- c. Tahap III, setelah bayi berumur 1 minggu spastisitas menurun dan semua tanda dan gejala klinis yang masih ada dapat hilang.
- d. Tahap IV, terlihat setelah periode neonatus dan menunjukkan luasnya kerusakan yang terjadi selama tahap sebelumnya. Gejala sisa jangka panjang dapat mencakup: spastisitas, atetosis, tuli dan retardasi mental (Indrasanto et al, 2008).

2.1.6 Penatalaksanaan medis

2.1.6.1 Terapi sinar

Tujuan utama pengobatan hiperbilirubinemia adalah mencegah bilirubin ensefalopati sebagai akibat ketidaksesuaian darah dan proses hemolitik. Bentuk utama pengobatan yang digunakan pada hiperbilirubinemia adalah terapi sinar. Terapi sinar diberikan dengan menggunakan panjang gelombang cahaya biru untuk mengubah bilirubin indirek menjadi bilirubin direk di kulit secara isomerisasi yang akhirnya

bilirubin dapat dikeluarkan melalui urin. Saat dilakukan terapi sinar, bayi harus dalam keadaan telanjang agar permukaan tubuh bayi dapat terpapar sinar secara keseluruhan. Untuk mencegah kerusakan pada retina, mata bayi harus dilindungi (ditutup) saat terapi sinar. Komplikasi yang dapat terjadi saat terapi sinar adalah mencret, dehidrasi, ruam kulit, dan adalah *bronze baby syndrome*. Terapi sinar yang intensif dapat menurunkan kadar bilirubin 1-2 mg/dL dalam waktu 4-6 jam. Terapi sinar dihentikan jika kadar bilirubin di bawah 15 mg / dL (Porter & Dennis, 2002; Hockenberry & Wilson, 2008).

Bayi dengan hiperbilirubinemia yang mendapat terapi sinar yang perlu diperhatikan adalah sedapat mungkin ibu tetap menyusui atau memberikan ASI yang diperah dengan menggunakan cangkir agar bayi tetap terbangun dan tidak tidur terus. Bila gagal menggunakan cangkir maka dapat diberikan dengan pipa orogastrik, tetapi harus segera dicabut sehingga tidak mengganggu refleks isapnya (Suradi dalam Hegar, 2008).

Bayi yang menderita hiperbilirubinemia harus tetap diberikan ASI dan jangan diganti dengan air putih atau air gula karena protein susu akan melapisi mukosa usus dan menurunkan penyerapan kembali bilirubin yang tidak terkonjugasi. Pada keadaan tertentu bayi perlu diberikan terapi sinar. Tranfusi tukar jarang dilakukan pada hiperbilirubinemia dini atau hiperbilirubinemia karena ASI. Indikasi terapi sinar dan tranfusi tukar sesuai dengan tatalaksana hiperbilirubinemia (Suradi dalam Hegar, 2008).

Pada hiperbilirubinemia karena ASI, masih terdapat kontroversi untuk tetap melanjutkan pemberian ASI atau dihentikan sementara pada keadaan hiperbilirubinemia karena

ASI. Bila pemberian ASI dihentikan untuk sementara maka biasanya kadar bilirubin akan menurun drastis bila (Suradi dalam Hegar, 2008).

Tabel 2.1. Tatalaksana hiperbilirubinemia pada neonatus cukup bulan sehat.

Umur (jam)	Pertimbangkan terapi sinar	Terapi sinar	Transfusi tukar	Transfusi tukar dan terapi sinar
25-48 jam	> 12 mg/dl* (> 200 μ mol/L)	> 15 mg/dl (> 250 μ mol/L)	> 20 mg/dl (> 340 μ mol/L)	> 25 mg/dl (> 425 μ mol/L)
49-72 jam	> 15 mg/dl (> 250 μ mol/L)	> 18 mg/dl (> 300 μ mol/L)	> 25 mg/dl (> 425 μ mol/L)	> 30 mg/dl (> 510 μ mol/L)
>72 jam	> 17 mg/dl (> 290 μ mol/L)	> 20 mg/dl (> 340 μ mol/L)	> 25 mg/dl (> 425 μ mol/L)	> 30 mg/dl (> 510 μ mol/L)

*1 mg/dl = 17 μ mol/L (kadar lebih rendah digunakan untuk neonatus sakit dan kurang bulan). Sumber : Indrasanto et al, (2008).

Tabel 2.2. Tatalaksana hiperbilirubinemia pada neonatus kurang bulan sehat dan sakit (< 37 minggu)

Berat	Neonatus kurang bulan sehat: Kadar total bilirubin serum (mg/dl)		Neonatus kurang bulan sakit: Kadar total bilirubin serum (mg/dl)	
	Terapi sinar	Transfusi tukar	Terapi sinar	Transfusi tukar
Hingga 1.000 g	5 – 7	10	4 – 6	8 – 10
1.001-1.500 g	7 – 10	10 – 15	6 – 8	10 – 12
1.501- 2.000 g	10	17	8 – 10	15
> 2.000 g	10 – 12	18	10	17

Sumber : Indrasanto et al, (2008).

2.1.6.2 Tranfusi tukar

Tranfusi tukar umumnya digunakan untuk mengurangi bahaya kadar bilirubin yang tinggi yang terjadi karena penyakit hemolitik (Hockenberry & Wilson, 2008).

2.1.7 Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan untuk bayi baru lahir dengan hiperbilirubinemia dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi (James & Ashwill, 2007):

2.1.7.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan hiperbilirubinemia dimulai dari keluarga, periode perinatal dan riwayat neonatal. Riwayat keluarga harus termasuk kejadian hiperbilirubinemia pada keluarga yang lain terutama saudara kandung. Riwayat perinatal dan riwayat obstetrik memberikan petunjuk atau dapat digunakan sebagai antisipasi kemungkinan terjadinya hiperbilirubinemia (Merenstein & Gardner, 2002).

Perawat dapat mengkaji bayi baru lahir untuk adanya hiperbilirubinemia dengan cara menekan kulit dengan ujung jari, observasi adanya perubahan warna kekuningan (ikterus) dan pucat pada kulit. Ikterus biasanya nampak pada daerah hidung dan dada serta upayakan bayi diletakkan pada sumber cahaya yang natural saat mengkaji adanya ikterus. Pada bayi dengan kulit hitam ikterus dapat dilihat pertama kali pada sklera. Bayi juga harus dikaji dari adanya tanda-tanda memar, petechiae, sefalhematoma, pucat, splenomegali, hepatomegali maupun prematuritas dan faktor-faktor risiko lainnya yang dapat mengakibatkan bayi baru lahir menderita hiperbilirubinemia. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada bayi dengan hiperbilirubinemia adalah pemeriksaan

golongan darah pada ibu dan bayi, coombs' test, bilirubin total, bilirubin direk dan darah lengkap (Potts & Mandleco, 2007).

2.1.7.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan respon klien terhadap terapi sinar. Diagnosa keperawatan pada klien hiperbilirubinemia adalah: a). risiko gangguan keseimbangan volume cairan: defisit cairan berhubungan dengan peningkatan *insensible water loss* (IWL) karena terapi sinar; b). termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan panas dari terapi sinar atau tidak menggunakan pakaian untuk lebih terpaparnya kulit dengan terapi sinar; c). risiko injuri sistem saraf berhubungan dengan masuknya bilirubin ke dalam jaringan otak; d). Kurang pengetahuan berhubungan dengan tidak familier dengan alat terapi sinar.

2.1.7.3 Intervensi

Selama dalam perawatan, maksimalkan efektivitas pemberian terapi sinar, bayi tidak menggunakan baju kecuali popok dan penutup mata. Pastikan penutup mata tidak menutupi lubang hidung bayi. Penutup mata dibuka ketika terapi sinar dihentikan untuk mengkaji mata dan stimulasi *visual*. Ubah posisi klien setiap 3 jam sekali untuk memaksimalkan seluruh tubuh bayi terpapar terapi sinar. Monitor suhu tubuh klien setiap 2-4 jam dan pastikan suhu tubuh dalam batas normal. Kaji adanya intoleransi laktosa, catat perubahan minum bayi, berikan minum ekstra, catat *intake* dan *output* pastikan bayi mendapat cairan yang cukup serta monitor kadar bilirubin dengan pemeriksaan laboratorium. Observasi klien dari tanda-tanda kejang (kernikterus) dan pastikan orangtua mendapat informasi tentang terapi sinar (Potts & Mandleco, 2007).

Pencegahan yang dapat dilakukan pada bayi baru lahir agar tidak menderita hiperbilirubinemia adalah pemberian minum secara dini (*early feeding*). Mekanisme fisiologisnya tidak diketahui pasti tetapi dapat menurunkan sirkulasi enterohepatik. Jika dibandingkan bayi yang tidak minum selama 24-48 jam kehidupan dan bayi yang mendapat minum secara dini maka bayi yang mendapat minum secara dini mempunyai kadar bilirubin yang rendah (Merestein & Gardner, 2002).

Pemberian pendidikan menjadi fokus utama pada ibu-ibu yang lahir dan melahirkan, pendidikan kesehatan biasanya mengenai penjelasan tentang menyusui dan perawatan bayi baru lahir. Menurut pandangan konsultan laktasi dan perspektif pencegahan kernikterus, prioritas pendidikan kesehatan yang harus diberikan pada orangtua adalah manajemen menyusui. Kurangnya pendidikan kesehatan pada prenatal (antenatal) akan menjadi salah satu hambatan keberhasilan menyusui (Gartner et al. 2005 dalam Mannel, 2006).

2.1.7.4 Evaluasi

Kriteria evaluasi yang diharapkan adalah selaput lendir klien lembab, fontanel datar dan produksi urin 2-3 mL/kg/jam, suhu tubuh dalam batas normal, penurunan kadar bilirubin dan pengetahuan orangtua bertambah tentang hiperbilirubinemia dan terapi sinar.

Penelitian yang dilakukan oleh Petersen, et al tentang *Association of transcutaneous bilirubin testing in hospital with decreased readmission rate for hyperbilirubinemia* menunjukkan bahwa pemeriksaan transkutaneus bilirubin yang

dilakukan pada bayi baru lahir sebelum dipulangkan dari rumah sakit berhubungan dengan pengurangan masuknya kembali bayi dengan hiperbilirubinemia dalam waktu 7 hari setelah dipulangkan awal. Pada penelitian ini diharapkan setelah pemberian pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia juga dapat menurunkan angka kejadian hiperbilirubinemia pada bayi setelah pulang dari rumah sakit.

2.2 Peran perawat

Perawat anak yang profesional mempunyai tanggung jawab untuk memberikan layanan berkualitas tinggi. Lingkup praktik perawat anak termasuk perawatan anak di sekolah, perawatan anak akut, klinik, dinas kesehatan, pusat rehabilitasi, rumah sakit dan pusat penitipan anak (Potts, 2007). Menurut Potts (2007) ada 4 peran perawat anak yaitu : (1) Peran utama sebagai pemberi asuhan, advokat, pendidik, peneliti dan manajer atau pemimpin. (2) Peran sekunder, sebagai koordinator, kolaborator, komunikator dan konsultan. (3) Peran sebagai praktisi, perawat anak berperan sebagai koordinator perawatan klinis, manajer perawatan dan perawat klinis. (4) Peran sebagai praktisi *advance*, perawat anak berperan sebagai perawat praktisi, perawat spesialis klinik dan manajer kasus.

Salah satu peran perawat adalah sebagai pendidik, perawat yang merawat klien dapat berperan sebagai pendidik ketika menyiapkan klien untuk prosedur tindakan keperawatan, hospitalisasi, operasi dengan menggunakan pengetahuannya tentang pertumbuhan dan perkembangan untuk mengajarkannya kepada klien anak sesuai dengan tingkat pemahamannya. Keluarga klien membutuhkan informasi maupun dukungan emosional sehingga mereka dapat mengatasi kecemasan dan ketidakpastian penyakit anaknya. Perawat mengajarkan anggota keluarga bagaimana memberikan perawatan, melihat tanda-tanda yang penting dan meningkatkan kenyamanan klien. Perawat juga bekerja dengan orangtua baru dan orangtua-orangtua dari klien anak yang sakit sehingga orangtua dapat bertanggung jawab dalam

perawatan anaknya di rumah setelah anak dipulangkan dari rumah sakit (James & Aswhill 2007).

Pendidikan merupakan bagian penting dari promosi kesehatan. Perawat dapat menerapkan prinsip-prinsip belajar mengajar untuk mengubah perilaku dari keluarga. Perawat akan memotivasi anak dan keluarga untuk memimpin dan bertanggung jawab membuat keputusan tentang kesehatan mereka. Perawat yang merawat anak dan keluarganya mempunyai peran yang penting dalam mencegah penyakit anak dan injuri melalui pendidikan kesehatan dan bimbingan antisipasi. Perawat juga memberikan bimbingan untuk orangtua mengenai praktik pengasuhan anak dan mencegah masalah-masalah yang potensial terjadi (James & Aswhill 2007).

Peran perawat yang diharapkan pada ibu-ibu *post partum* yang mempunyai bayi baru lahir adalah dapat memberikan pendidikan kesehatan untuk mencegah terjadinya hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

2.3 Pendidikan kesehatan

Salah satu peran perawat anak adalah pendidik, karena pendidikan adalah salah satu cara yang digunakan perawat agar klien dan keluarga dapat membuat keputusan. Peran perawat sebagai pendidik di *setting* masyarakat atau rumah sakit memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarganya yang dapat meningkatkan status kesehatannya. Pendidikan kesehatan yang diberikan dapat diterima dengan baik oleh seseorang tergantung pada pendidikan orang tersebut. Perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan pada kliennya sebaiknya melakukan pengkajian terlebih dahulu latar belakang pendidikan klien/orangtuanya agar bahasa yang disampaikan dapat diterima sesuai dengan tingkat pendidikannya.

2.3.1 Pengertian pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dan sasaran agar seseorang mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan yang sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Menurut Wood dalam Maulana (2009) pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan terkait dengan kesehatan individu, masyarakat dan bangsa.

Lebih lanjut, *Joint Committee on Terminology in Health Education of United States 1973* dalam Maulana, (2009) mengartikan pendidikan kesehatan sebagai proses yang mencakup dimensi dan kegiatan-kegiatan intelektual, psikologi dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat. Pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat yang mencakup dimensi intelektual, psikologis dan sosial, diberikan oleh perawat untuk meningkatkan kemampuan individu dalam mengambil keputusan yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan terkait dengan kesehatan individu dan masyarakat.

2.3.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan secara umum adalah mengubah pengetahuan, sikap dan keterampilan individu atau masyarakat di

bidang kesehatan, yang dapat dirinci sebagai berikut (Maulana, 2009): menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat dan mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.3.3 Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan dilihat dari sasarannya dapat diberikan pada individu, kelompok dan masyarakat, sedangkan dilihat dari tempatnya pendidikan kesehatan dapat dilakukan disekolah, di rumah sakit dan tempat-tempat kerja yang lain (Notoatmodjo (2007). Pendidikan kesehatan yang diberikan di rumah sakit mempunyai sasaran klien atau keluarga klien di rumah sakit maupun Puskesmas.

2.3.4 Metode pendidikan pengetahuan, sikap dan keterampilan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada individu, kelompok atau masyarakat agar memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik dan diharapkan berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilannya. Ada beberapa metode yang dapat digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan tetapi tergantung pada sasarannya.

Metode yang digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada individu/perorangan adalah bimbingan dan penyuluhan, bentuk ini memungkinkan kontak antara klien dengan perawat lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikaji lebih dalam dan dibantu penyelesaiannya. Pendidikan kesehatan yang diberikan dengan sasaran kelompok, metode yang digunakan adalah ceramah, seminar, diskusi kelompok, curah pendapat, bermain peran dan permainan simulasi.

2.3.5 Alat bantu dan media pendidikan kesehatan

Alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut 'alat peraga' karena berfungsi untuk membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran.

Klien di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda dalam membantu persepsi seseorang. Alat bantu yang dapat digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan adalah alat bantu lihat (*Visual Aids*), diantaranya adalah: slide, film, *film strip*, gambar, bagan dan sebagainya, sedangkan untuk alat bantu dengar (*Audio Aids*), alat yang dapat digunakan adalah piringan hitam, radio, pita suara dan sebagainya. Alat bantu yang lain yang dapat digunakan adalah alat bantu yang dikenal dengan *Audio Visual Aids (AVA)*, seperti: televisi dan *video cassette*.

Penelitian yang dilakukan oleh Yani, (2009) tentang "Pengaruh paket pendidikan kesehatan "Rindu" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kediri" mengatakan bahwa pendidikan kesehatan sangat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan. Proporsi pengetahuan baik pada kelompok intervensi adalah 92% sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 16%. Oleh karena itu pendidikan kesehatan sangat penting diberikan kepada klien maupun keluarganya.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat pada ibu-ibu *post partum* merupakan salah satu bentuk intervensi untuk mencegah kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Ibu dengan bayi baru lahir yang keluar dari rumah sakit dalam waktu 12 (dua belas) jam

setelah melahirkan dan orangtua sangat penting mendapat pendidikan kesehatan untuk dapat menilai hiperbilirubinemia pada bayinya. Pendidikan kesehatan yang diberikan berhubungan dengan penjelasan (1) hiperbilirubinemia, tanda dan gejala, (2) bagaimana mengevaluasi minum dan jumlah *output*, (3) bagaimana memonitor perubahan aktivitas dan warna kulit dan (4) kapan harus menghubungi dokter (Bowden, 2007).

Orangtua juga diajarkan bagaimana menilai ikterus (kuning) pada kulit bayi dengan fokus pada perkembangan hiperbilirubinemia, yang dimulai pada wajah dan bergerak ke perut lalu ekstremitas bawah. Orangtua diajarkan bagaimana cara memantau jumlah popok yang basah perhari untuk mengevaluasi asupan yang adekuat. Selain itu juga perawat menekankan pentingnya mencatat aktivitas bayi karena biasanya peningkatan bilirubin dapat mengakibatkan bayi lemah dan malas minum. Akhirnya penggunaan sinar matahari langsung (menjemur bayi) dapat membantu menurunkan hiperbilirubinemia karena sinar matahari bekerja untuk *photodegrade* bilirubin dari kulit sama seperti terapi sinar (Bowden, 2007). Sinar matahari yang efektif untuk mengurangi kadar bilirubin adalah saat jam 07.00 sampai 09.00 selama kurang lebih 30 menit (15 menit posisi telentang dan 15 menit posisi telungkup. Buka baju bayi saat bayi di jemur dan hindari posisi yang membuat bayi melihat langsung ke matahari karena dapat merusak mata bayi (Surjadi, 2009).

Pendidikan kesehatan diberikan pada ibu *post partum* yang mempunyai bayi baru lahir diberikan dengan cara berkelompok dan individual dengan menggunakan alat bantu *booklet*. Pendidikan kesehatan yang diberikan berisi tentang: (1) pengertian hiperbilirubinemia, penyebab, tanda dan gejala, (2) bagaimana mengevaluasi minum (termasuk cara memberikan ASI yang efektif) dan jumlah produksi urin *output*, (3) bagaimana memonitor perubahan aktivitas dan warna kulit dan (4)

kapan harus menghubungi dokter. Pendidikan kesehatan diberikan pada hari kedua ibu *post partum* dan akan di evaluasi pada hari ketiga.

2.4 Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan, sikap dan keterampilan yang didasarkan pada pengetahuan akan lebih langgeng daripada pengetahuan, sikap dan keterampilan yang tidak didasari pengetahuan.

2.4.1 Proses mengadopsi pengetahuan, sikap dan keterampilan baru (Rogers dalam Notoatmodjo, 2007):

2.4.1.1 *Awareness* (kesadaran), Kesadaran adalah dimana seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.

2.4.1.2 *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut.

2.4.1.3 *Evaluation* (menimbang-nimbang). Seseorang akan mempertimbangkan atau menilai baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

2.4.1.4 *Trial* (mencoba), dimana seseorang mulai mencoba melakukan sesuatu dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

2.4.1.5 *Adoption*, dimana seseorang telah berpengetahuan, bersikap dan mempunyai keterampilan baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.4.2 Pengetahuan mengenai domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkat (Rogers dalam Notoatmodjo, 2007) yaitu:

2.4.2.1 Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2.4.2.2 Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang suatu materi yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah memahami terhadap suatu objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh dan menyimpulkan materi yang dipelajari.

2.4.2.3 Aplikasi (*Application*)

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

2.4.2.4 Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

2.4.2.5 Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Kata kerja yang digunakan untuk sintesis adalah dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan dan sebagainya.

2.4.2.6 Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria –kriteria yang telah ada.

Pengetahuan ibu-ibu *post partum* yang memiliki bayi baru lahir setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan bertambah. Ibu dapat mengenali tanda-tanda hiperbilirubinemia, penyebab dan dapat melakukan pencegahan terjadinya hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Ibu dapat mengambil keputusan yang tepat saat menemukan tanda-tanda hiperbilirubinemia pada bayinya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas.

Hasil penelitian Imelda, (2009) tentang “Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap ibu

dalam stimulasi perkembangan anak *toddler* di rumah sakit umum Zainoel Abidin Banda Aceh” menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada pengetahuan ibu dalam stimulasi perkembangan anak *toddler* sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan sangat bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan klien maupun keluarga klien.

2.5 Sikap (*Attitude*) menurut Rogers dalam Notoatmodjo, 2007:

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap mempunyai 3 (tiga) komponen pokok yaitu:

- 1) kepercayaan (keyakinan) ide dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- 3) kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

- 1) Menerima (*Receiving*)
Seseorang diartikan menerima jika orang tersebut mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- 2) Merespon (*Responding*)
Sikap dari seseorang merespon dapat dengan cara memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*Valuing*).
Sikap seseorang diartikan menghargai orang lain jika orang tersebut mau mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.
- 4) Bertanggung jawab (*Responsible*).

Sikap yang paling tinggi pada seseorang adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Pengukuran secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

Menurut Pender dalam Tomey dan Alligood (2006) faktor kognitif dan persepsi seseorang dalam perilaku promosi kesehatan dipengaruhi oleh karakteristik demografi, karakteristik biologi, pengaruh interpersonal, faktor situasional dan faktor perilaku. Faktor personal/individu yang dapat mempengaruhi perilaku adalah faktor: biologi, psikologis dan sosial budaya. Faktor biologi dalam hal ini adalah termasuk variabel seperti umur, jenis kelamin, indeks masa tubuh, status pubertal, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kelincahan dan keseimbangan sedangkan untuk faktor psikologis adalah harga diri, motivasi, kompetensi, status kesehatan dan pengertian tentang kesehatan. Faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi perilaku sehat adalah ras, suku, *acculturation*, pendidikan dan status sosial ekonomi.

Sikap individu biasanya akan berubah setelah mendapatkan informasi, demikian juga diharapkan pada ibu-ibu *post partum* yang telah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yurika pada tahun 2009 tentang “Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita di kelurahan Sukaramai kecamatan Baiturrahman Banda Aceh” bahwa ada peningkatan yang signifikan dari sikap positif ibu sebelum dilakukan intervensi dan sesudah intervensi yaitu dari 31,3% menjadi 62,5%.

2.6 Keterampilan

Keterampilan adalah keahlian, kemampuan berlatih, fasilitas dalam melakukan sesuatu, ketangkasan dan kebijaksanaan. Keterampilan mencakup pengalaman dan praktek, dan memperoleh keterampilan mengarah ke tindakan sadar dan otomatis Keterampilan merupakan praktik atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan. Tingkatan praktik atau tindakan menurut Notoatmodjo, 2007 terdiri dari:

1. Persepsi (*perception*)

Praktik tingkat pertama adalah persepsi yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2. Respon terpimpin (*Guided response*)

Indikator praktik tingkat kedua adalah respon terpimpin yaitu seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

3. Mekanisme (*Mechanism*)

Peserta didik dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

4. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Tindakan atau keterampilan itu sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Setelah pemberian pendidikan kesehatan diharapkan adanya perubahan pengetahuan dan keterampilan pada ibu-ibu *post partum* dalam melakukan perawatan pada bayinya. Keterampilan yang harus dimiliki oleh ibu yang mempunyai bayi baru lahir untuk mencegah kejadian hiperbilirubinemia adalah keterampilan menyusui atau memberikan ASI. Menurut Roesli dan Yohmi (dalam Hegar, 2008), menyusui merupakan proses yang cukup kompleks, dengan mengetahui anatomi payudara dan bagaimana payudara menghasilkan ASI akan sangat membantu para ibu mengerti proses kerja menyusui yang pada akhirnya dapat menyusui secara eksklusif.

Keterampilan menyusui yang baik meliputi posisi menyusui dan perlekatan bayi pada payudara yang tepat. Posisi menyusui harus nyaman mungkin, dapat dengan posisi berbaring atau duduk. Posisi yang kurang tepat akan menghasilkan perlekatan yang tidak baik. Posisi dasar menyusui terdiri dari posisi badan ibu, posisi badan bayi, serta posisi mulut bayi dan payudara ibu (perlekatan/ *attachment*). Posisi badan ibu saat menyusui dapat posisi duduk, posisi tidur terlentang, atau posisi tidur miring (Roesli & Yohmi, dalam Hegar, 2008).

Saat menyusui, bayi harus disanggah sehingga kepala lurus menghadap payudara dengan hidung menghadap ke puting dan badan bayi menempel dengan badan ibu (sanggahan bukan hanya pada bahu dan leher). Sentuh bibir bawah bayi dengan puting, tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar dan secepatnya dekatkan bayi ke payudara dengan cara menekan punggung dan bahu bayi (bukan kepala bayi). Arahkan puting susu ke atas, lalu masukkan ke mulut bayi dengan cara menyusuri langit-langitnya. Masukkan payudara ibu sebanyak mungkin ke mulut bayi sehingga hanya sedikit bagian areola bawah yang terlihat dibanding areola bagian atas. Bibir bayi akan memutar keluar, dagu bayi menempel pada payudara dan puting susu terlipat di bawah bibir atas bayi (Roesli & Yohmi, dalam Hegar, 2008).

Posisi tubuh yang baik saat menyusui dapat dilihat sebagai berikut:

1. Posisi muka bayi menghadap ke payudara (*chin to breast*)
2. Perut/dada bayi menempel pada perut/dada ibu (*chest to chest*)
3. Seluruh badan bayi menghadap ke badan ibu hingga telinga bayi membentuk garis lurus dengan lengan bayi dan leher bayi
4. Seluruh punggung bayi tersanggah dengan baik
5. Ada kontak mata antara ibu dengan bayi
6. Pegang belakang bahu jangan kepala bayi
7. Kepala terletak dilengan bukan di daerah siku

Posisi menyusui yang tidak benar dapat dilihat sebagai berikut:

1. Leher bayi terputar dan cenderung kedepan
2. Badan bayi menjauh badan ibu
3. Badan bayi tidak menghadap ke badan ibu
4. Hanya leher dan kepala tersanggah
5. Tidak ada kontak mata antara ibu dan bayi

Ibu juga harus dapat menilai kecukupan ASI yang diberikan pada bayinya. Lamanya menyusui berbeda-beda setiap periode menyusui. Rata-rata bayi menyusui selama 5-15 menit, walaupun terkadang lebih. Bila proses menyusui berlangsung sangat lama (lebih dari 30 menit) atau sangat cepat (kurang dari 5 menit) mungkin ada masalah. Ibu dapat menyusui bayi sesering mungkin sesuai kebutuhan, sedikitnya lebih dari 8 kali dalam 24 jam. ASI yang ibu berikan cukup bila: bayi buang air kecil lebih dari 6 kali sehari dengan warna urin yang tidak pekat dan bau tidak menyengat, berat badan naik lebih dari 500 gram dalam sebulan dan telah melebihi berat lahir pada umur 2 minggu serta bayi akan relaks dan puas setelah menyusui dan melepas sendiri dari payudara ibu (Roesli & Yohmi dalam Hegar, 2008).

2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Keberhasilan pendidikan kesehatan pada individu menurut Effendi dalam Notoatmodjo (2002) dipengaruhi oleh faktor-faktor; umur, tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, kondisi fisik dan psikologis (pengamatan, intelegensi, daya tangkap, ingatan dan motivasi).

2.7.1 Umur

Umur seseorang berhubungan dengan penampilan kerja seseorang dan dengan bertambahnya umur seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan dan perilaku (Friedman, 2002).

2.7.2 Pendidikan.

Pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan yang diperoleh untuk mencapai perubahan perilaku yang baik (Notoatmodjo, 2007) dan seseorang dengan latar belakang pendidikan yang tinggi akan mempunyai kesempatan untuk dapat menerima dan memahami informasi yang diberikan (Suliha, 2002).

2.7.3 Pekerjaan.

Ibu yang mempunyai latar belakang pendidikan tinggi biasanya mempunyai pekerjaan. Ibu dapat bekerja akan banyak menghabiskan waktunya di luar rumah, sehingga interaksi dengan anaknya akan berkurang baik secara kuantitas maupun kualitas. Menurut pendapat Handayani dalam Yurika (2009) bahwa ibu yang bekerja biasanya mempunyai waktu yang kurang untuk dapat berkomunikasi dan membimbing anaknya oleh karena itu ibu harus dapat mengatur atau membagi waktu untuk dapat berinteraksi dengan anaknya.

2.7.4 Jumlah anak yang dimiliki ibu.

Jumlah anak yang dimiliki ibu akan mempengaruhi pola asuh ibu terhadap anak, dengan demikian juga akan mempengaruhi kualitas anak. Orangtua yang mempunyai anak lebih dari satu biasanya sudah mempunyai pengalaman dan lebih percaya diri dalam merawat anaknya dibandingkan dengan yang baru mempunyai anak (Supartini, 2004).

2.8 Proses adaptasi pada ibu *post partum*

Pemberian pendidikan kesehatan pada ibu *post partum* harus memperhatikan proses adaptasi pada ibu *post partum* agar pendidikan kesehatan yang diberikan dapat efektif. Rubin tahun 1960 dalam Murray dan McKinney, (2007) mengidentifikasi fase *restorative* (penyegaran) yang ibu harus lalui untuk menggantikan energi yang hilang selama persalinan untuk tercapainya kenyamanan dalam peran baru yaitu peran sebagai ibu.

Fase *puerperal* yang disebut fase *taking-in*, *taking-hold* dan *letting-go* yang akan merubah dengan cepat perilaku ibu.

Selama fase *taking-in*, fokus utama ibu adalah kebutuhan pada cairan, makanan dan tidur. Ibu nampak pasif, berperilaku sangat tergantung dan ingin diperhatikan. Tugas utama ibu pada fase ini adalah mengintegrasikan pengalaman kelahirannya menjadi kenyataan. Fase *taking-in* ini menurut Rubin dalam Murray dan McKinney, (2007) berlangsung kira-kira selama 2 hari. Fase *taking-in* mungkin berlangsung agak lama pada klien yang menjalani operasi saesaria.

Fase *taking-hold*, pada fase ini ibu menjadi lebih mandiri. Ibu merasa lebih nyaman, dapat mengontrol dirinya dan perhatiannya mulai berpindah kepada bayinya. Pada fase *taking-hold*, ibu mungkin mengatakan kecemasannya tentang kemampuannya sebagai ibu dan keterampilannya yang tidak sebaik perawat. Fase ini merupakan waktu yang ideal bagi perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan pada ibu karena ibu sudah dapat menerima informasi yang lebih luas tentang bayinya (Murray dan McKinney, 2007).

Fase *letting-go*, adalah waktu pelepasan untuk ibu. Selama fase ini perilaku mandiri ibu muncul, hubungan antar pasangan sudah berubah dengan adanya seorang anak. Fase ini merupakan fase penuh stress karena menjadi orangtua, dimana pasangan harus membagi kesenangan dengan kebutuhan dalam mengasuh anak, mengatur rumah tangga dan membina karir (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

2.9 Kerangka teori

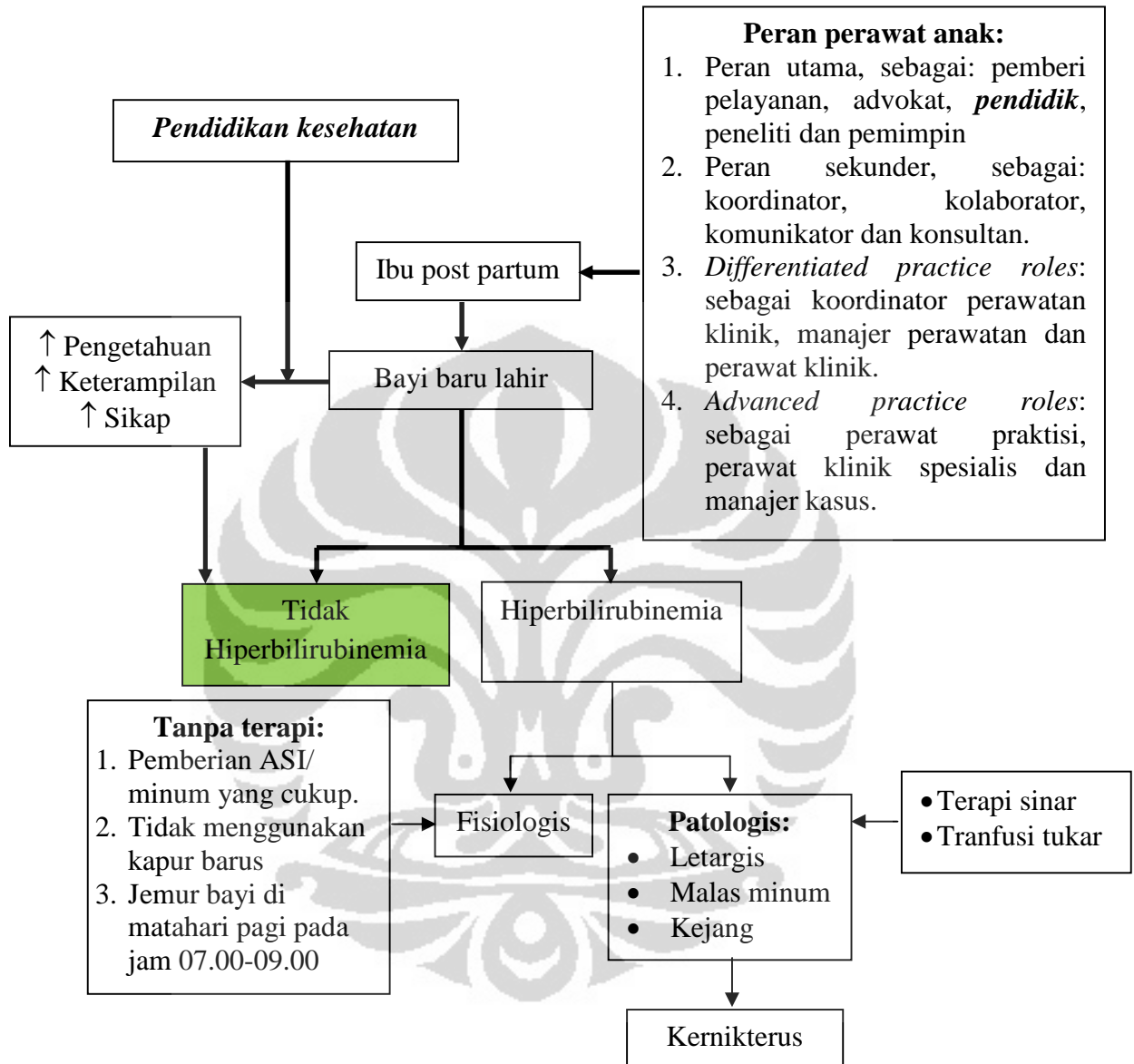
Hiperbilirubinemia sering terjadi pada bayi baru lahir. Hiperbilirubinemia dapat terjadi karena faktor fisiologis dan patologis. Hiperbilirubinemia fisiologis sering tampak pada 1 minggu kehidupan bayi. Pada beberapa kasus ditemukan hiperbilirubinemia saat bayi baru lahir masih dalam

perawatan di rumah sakit ataupun saat kontrol pertama setelah bayi pulang dari rumah sakit. Melihat dampak yang sangat berbahaya akibat hiperbilirubinemia yaitu *kern icterus* maka dibutuhkan tindakan keperawatan untuk mengurangi kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi terjadinya hiperbilirubinemia adalah memberikan pendidikan kesehatan. Memberikan pendidikan kesehatan pada klien merupakan salah satu dari peran perawat anak. Pendidikan kesehatan yang diberikan diharapkan dapat meningkatkan pendidikan, keterampilan dan sikap ibu dalam mengantisipasi/mengurangi kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir yang pada akhirnya dapat mengurangi angka kematian neonatus akibat hiperbilirubinemia. Kerangka teori dapat dilihat pada skema di bawah ini:



Skema 2.1
Kerangka Teori

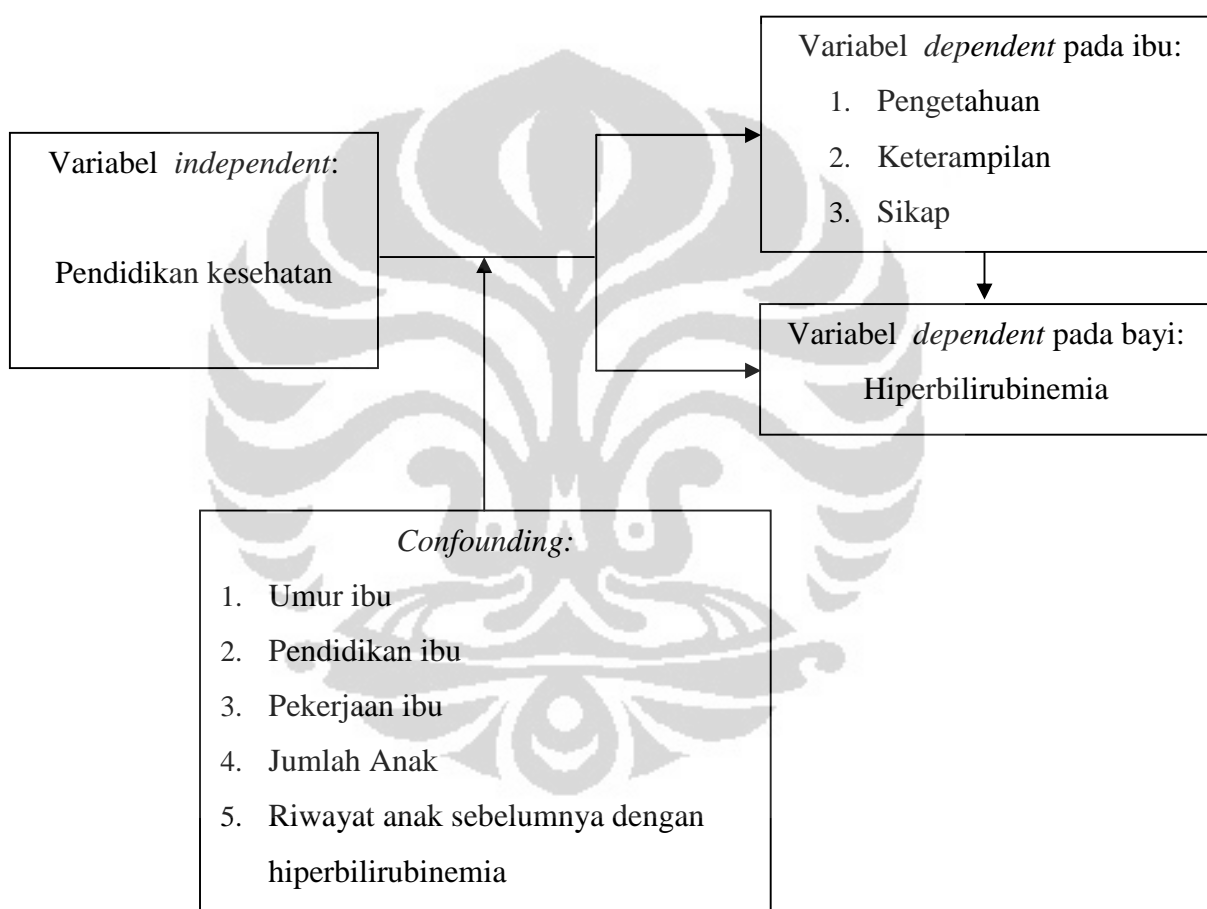


Sumber : dimodifikasi dari Potts (2007), Hockenbery & Wilson (2009), Notoatmodjo (2007), Manel (2006) dan Indrasanto et al (2008).

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang ada dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Skema 3.1 Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian ini berfokus mencari pengaruh variabel *independent* yaitu pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep maka rumusan hipotesis penelitian ini sebagai berikut:

3.2.1 Hipotesis mayor

Pendidikan kesehatan memberikan pengaruh pada pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir di RSAB Harapan Kita.

3.2.2 Hipotesis minor

3.2.2.1 Terdapat peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia.

3.2.2.2 Kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol.

3.2.2.3 Terdapat hubungan karakteristik responden yang meliputi umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan mempunyai riwayat anak sebelumnya dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu.

3.2.2.4 Terdapat hubungan karakteristik responden yang meliputi umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan mempunyai riwayat anak sebelumnya dengan hiperbilirubinemia

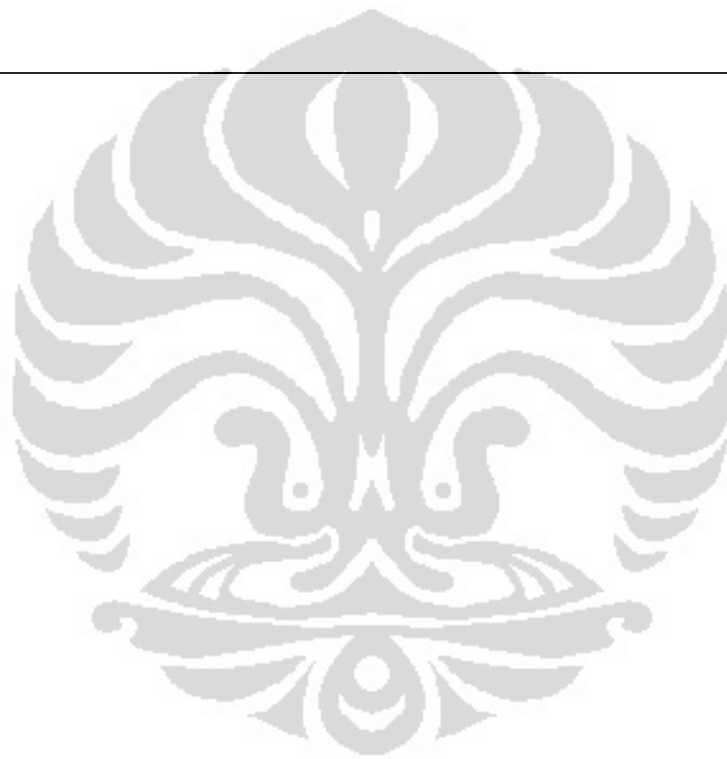
3.3 Definisi operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Independent					
1	Pendidikan kesehatan	Proses belajar mengajar antara responden dengan peneliti yang bertujuan untuk memberikan informasi mengenai penyakit, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pengobatan dan pencegahan hiperbilirubinemia.	Catatan peneliti	1. Tidak 2. Ya	Nominal
Variabel dependent:					
2	Pengetahuan ibu terhadap hiperbilirubinemia.	Pemahaman ibu tentang hiperbilirubinemia.	Pertanyaan sebanyak 20 item dengan jawaban benar atau salah. Jawaban benar mempunyai skor 1 dan jawaban salah mempunyai skor 0	Skor tertinggi adalah 20 dan terendah 0.	Rasio
3	Sikap ibu terhadap mencegah terjadinya hiperbilirubinemia.	Respon yang ditunjukkan ibu dalam melakukan pencegahan terjadinya hiperbilirubinemia	Pertanyaan sebanyak 20 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert. Skor 1-4 untuk pertanyaan positif: 1= sangat tidak setuju. 2= tidak setuju. 3= setuju 4= sangat setuju. Untuk pertanyaan negatif: 1= sangat setuju 2= setuju 3= tidak setuju 4= sangat tidak setuju.	Skor tertinggi adalah 80 dan terendah 20	Rasio

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
4 Keterampilan ibu terhadap penurunan kejadian hiperbilirubinemia.	Keterampilan menyusui bayi dan menilai kecukupan cairan pada bayi	Lembar observasi yang diisi oleh asisten peneliti. Pernyataan terdiri dari 16 item dengan pilihan dilakukan dan tidak dilakukan. Jika dilakukan mendapat skor 1 dan jika tidak dilakukan mendapat nilai 0.	Skor tertinggi 16 dan terendah 0.	Rasio
5 Hiperbilirubinemia.	Akumulasi bilirubin yang ditandai dengan adanya ikterus/ <i>jaundice</i> pada sklera (bagian putih mata) dan muka, selanjutnya meluas secara sefalokaudal (dari atas ke bawah) ke arah dada, perut dan ekstremitas.	1. Observasi 2. Pemeriksaan kadar bilirubin darah	1. Tidak 2. Ya	Nominal
Variabel <i>confounding</i>				
1 Umur ibu	Lama hidup responden sampai hari ulang tahun terakhir.	Kuisisioner dengan cara diisi oleh responden	Tahun	Rasio
2 Pendidikan	Sekolah formal yang diselesaikan terakhir oleh responden.	Kuisisioner dengan cara diisi oleh responden	1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. PT	Nominal
3 Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan oleh responden yang menghasilkan pendapatan/uang.	Kuisisioner dengan cara diisi oleh responden.	1. Tidak bekerja. 2. Bekerja	Nominal

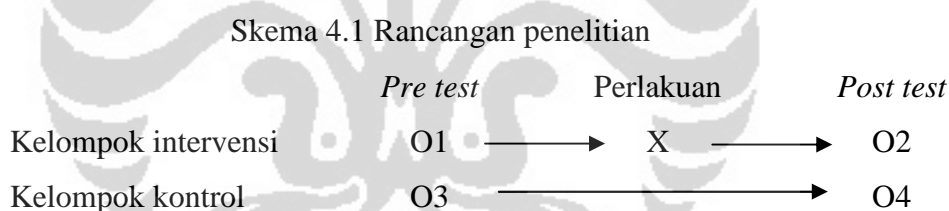
Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala	
Variabel <i>confounding</i>					
4	Jumlah anak	Keseluruhan anak yang dilahirkan oleh responden (ibu).	Kuisisioner dengan cara diisi oleh responden	Jumlah	Rasio
5	Riwayat anak sebelumnya yang menderita hiperbilirubinemia	Ibu memiliki anak dengan riwayat hiperbilirubinemia selain bayi yang dilahirkan sekarang.	Kuisisioner dengan cara diisi oleh responden	1. Tidak 2. Ya	Nominal



BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan metode *quasi experiment* dengan *pretest-posttest design*. Penelitian ini bertujuan untuk menguji hubungan sebab akibat antara variabel *independent* dan variabel *dependent* (Polit & Hungler, 1999). *Pretest* dilakukan sebelum intervensi (pendidikan kesehatan) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sedangkan *posttest* dilakukan setelah intervensi dan hanya dilakukan hanya pada kelompok intervensi. Hasil *pretest* dan *posttest* dari penelitian ini sangat penting untuk melihat adanya pengaruh variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Rancangan penelitian untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada skema dibawah ini:



Keterangan:

O1: Pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi.

O2: Pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi.

O3: Pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol.

O4: Pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol.

X: Pemberian pendidikan kesehatan

4.1.1 Bentuk intervensi dan materi

Bentuk intervensi pada penelitian ini adalah pemberian pendidikan kesehatan untuk ibu-ibu *post partum* yang mempunyai bayi baru lahir cukup bulan. Intervensi pendidikan kesehatan diberikan pada hari kedua *post partum*. Materi pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi diberikan oleh peneliti sendiri dengan waktu 30 menit, sedangkan untuk kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan (standar ruangan) oleh perawat ruangan yang sudah menjadi program di ruang rawat inap. Pendidikan kesehatan diberikan secara perorangan dan berkelompok. Jika pada satu hari hanya ada 1 atau 2 orang ibu *post partum* hari kedua, maka pendidikan kesehatan diberikan secara perorangan, tetapi jika pada hari tersebut ada pasien *post partum* lebih dari 3 orang maka pendidikan kesehatan diberikan secara berkelompok. Materi pendidikan kesehatan diberikan dalam bentuk *booklet* yang berisi mengenai penjelasan hiperbilirubinemia (yang meliputi: pengertian, penyebab, jenis, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, komplikasi dan pencegahan hiperbilirubinemia) dan manajemen laktasi yang dalam hal ini adalah keterampilan menyusui.

4.1.2 Cara dan waktu pengukuran

Efektivitas intervensi pemberian pendidikan kesehatan pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol ini diukur melalui *pre test* untuk pengetahuan dan sikap, yaitu dengan cara memberikan kuisioner sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan pada hari kedua ibu *post partum* dan *post test* dengan kuisioner yang sama pada hari ketiga. Keterampilan yang diukur adalah bagaimana cara ibu dapat memberikan ASI yang cukup (keterampilan menyusui) untuk mencegah terjadinya hiperbilirubinemia. Keterampilan diukur melalui lembar observasi. Observasi dilakukan sebelum dan sesudah responden mendapat intervensi pendidikan kesehatan, sedangkan untuk kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir dipantau setelah bayi pulang

dari rumah sakit saat kontrol ke Poliklinik Terpadu Anak Sehat (POTAS) oleh peneliti sendiri.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah ibu-ibu *post partum* yang mempunyai bayi baru lahir. Sampel merupakan ibu-ibu *post partum* di ruang rawat kebidanan/kebidanan Rumah Sakit Anak dan Bunda “Harapan Kita” Jakarta. Pengambilan populasi di ruang rawat kebidanan ini karena di ruang rawat inilah pendidikan kesehatan seharusnya diberikan pada seluruh ibu *post partum*.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi. Sampel ini berfungsi sebagai acuan kelompok untuk memperkirakan karakteristik atau menarik kesimpulan tentang populasi (Portney & Watkins, 2000). Sampel pada penelitian ini dihitung berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Imelda pada tahun 2009 tentang “Efektifitas Pendidikan Kesehatan Terhadap pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Stimulasi Perkembangan Anak *Toddler* Di Rumah Sakit Umum Zainoel Abidin Banda Aceh”. Hasil penelitian Imelda (2009) didapatkan adanya peningkatan proporsi pengetahuan yang baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan. Pada kelompok intervensi proporsi pengetahuan baik meningkat dari 29,4% menjadi 88,2% sedangkan pada kelompok kontrol dari 23,5% menjadi 29,4%. Penetapan jumlah sampel pada penelitian ini, menggunakan uji hipotesis beda proporsi dengan tingkat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 95% dengan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998) yaitu:

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

Keterangan:

n = Besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Z score berdasarkan derajat kemaknaan (α) yang dikehendaki (5%)

$Z_{1-\beta}$ = Z score berdasarkan kekuatan uji (β) yang dikehendaki (95%)

P = $(P_1 + P_2) / 2$

$P_1 - P_2$ = Proporsi penelitian sebelumnya, P_1 (88,2%) dan P_2 (29,4%)

$$n = \frac{\left\{ 1,96 \sqrt{2 \times 0,59(1 - 0,59)} + 1,64 \sqrt{0,88(1 - 0,88) + 0,29(1 - 0,29)} \right\}^2}{(0,88 + 0,29)^2}$$

$$n = \frac{\left\{ 1,96 \sqrt{2 \times 0,59 \times 0,41} + 1,64 \sqrt{0,88 \times 0,12 + 0,29 \times 0,71} \right\}^2}{(0,88 + 0,29)^2}$$

$$n = 15$$

Berdasarkan rumus diatas, maka jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 15 orang dan untuk menghindari terjadinya *drop out* maka jumlah sampel ditambah 10% sehingga jumlah sampel menjadi 17 orang. Jumlah sampel yang dibutuhkan untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol keseluruhan menjadi 34 orang. Pada kenyataannya sampel yang diambil adalah 30 responden karena ada 2 orang responden kelompok intervensi yang *drop out* karena bayinya pada hari ketiga mengalami hiperbilirubinemia, dan 2 orang ibu pada kelompok kontrol pulang dan tidak mau mengisi kuisisioner *post test*.

Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu semua pasien *post partum* hari kedua yang ada yang memenuhi kriteria inklusi diambil sampai jumlah terpenuhi.

Kriteria inklusi:

- a. Ibu post partum hari kedua
- b. Ibu yang melahirkan bayi cukup bulan baik secara spontan ataupun tindakan.
- c. Ibu yang mempunyai bayi tanpa penyakit penyerta
- d. Ibu dapat membaca dan menulis
- e. Ibu dapat berkomunikasi dengan baik
- f. Ibu yang bersedia menjadi responden
- g. Ibu yang mempunyai bayi dengan hiperbilirubinemia fisiologis

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Ibu yang bayinya menderita kuning pada hari ketiga
- b. Ibu yang tidak datang membawa bayinya kontrol ke POTAS

Sampel/responden berjumlah 30 orang ibu *post partum* hari kedua atau ketiga yang terdiri dari 15 orang ibu untuk kelompok intervensi dan 15 orang untuk kelompok kontrol. Responden untuk kelompok intervensi menggunakan ruang rawat kebidanan kelas 2 dan kelompok kontrol menggunakan ruang rawat kebidanan kelas 3 di RSAB Harapan Kita.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSAB Harapan Kita dengan menggunakan Ruang Menur dan Ruang Cempaka. Ruang Menur adalah ruang perawatan kebidanan kelas 2, digunakan untuk kelompok intervensi. Sementara Ruang Cempaka adalah ruang perawatan kebidanan kelas 3 yang digunakan untuk kelompok kontrol.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai sejak bulan Februari 2010, diawali dengan penyusunan proposal, membuat surat-surat untuk kelengkapan administrasi penelitian di RSAB Harapan Kita, dan pengumpulan data serta intervensi dilakukan sejak tanggal 24 Mei – 25 Juni 2010.

4.5 Etika Penelitian

Penerapan etika penelitian dalam penelitian sangat penting terutama jika subjek penelitian itu adalah manumur. Prinsip etika penelitian yang diterapkan oleh peneliti pada penelitian ini yaitu: *informed consent*, *anonimity*, *confidentiality*, *beneficence* dan *justice*.

4.5.1 *Informed consent*.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menjelaskan terlebih dahulu kepada responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian. Jika setelah dijelaskan, responden menyetujui berpartisipasi maka responden menandatangani formulir *informed consent* (persetujuan penelitian), tetapi jika responden tidak menyetujui, peneliti tidak memaksa responden.

4.5.2 *Anonimity*

Identitas responden dalam pengisian kuisisioner dan lembar observasi ditulis dengan initial saja, hal ini dilakukan untuk tetap menjaga kerahasiaan responden.

4.5.3 *Confidentiality*

Selama pengumpulan data, peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan nama, tetapi hanya memberikan kode pada kuisisioner dan lembar observasi.

4.5.4 *Beneficence*.

Penelitian ini memberikan manfaat pada responden dan bayinya. Responden mendapatkan pengetahuan, mengambil sikap dan

terampil dalam mencegah bayinya menderita hiperbilirubinemia setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan.

4.5.5 *Justice* (keadilan).

Pada penelitian ini responden dibedakan atas dua kelompok yaitu responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kedua kelompok responden ini mendapatkan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia, hanya dibedakan waktu pemberian intervensinya saja. Kelompok intervensi diberikan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia setelah *pre test*, sedangkan kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan setelah dilakukan *post test*.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner dan lembar observasi (pengamatan). Kuisisioner yang digunakan adalah kuisisioner terstruktur yang berisi pertanyaan secara teori yang harus dijawab oleh responden. Kuisisioner ini terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu data tentang demografi responden, data mengenai pengetahuan dan data sikap ibu. Observasi atau pengamatan digunakan untuk melihat keterampilan ibu terutama saat menyusui bayi dan saat menilai apakah bayi menderita hiperbilirubinemia atau tidak. Kuisisioner untuk pengetahuan terdiri 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban benar atau salah, sedangkan untuk pertanyaan sikap terdiri dari 20 pertanyaan. Pertanyaan sikap menggunakan skala *likert*, dengan pilihan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Untuk pertanyaan positif mempunyai nilai 1 untuk pilihan sangat tidak setuju, nilai 2 jika responden tidak setuju, nilai 3 jika responden setuju dan nilai 4 jika responden sangat setuju sedangkan untuk pertanyaan negatif mempunyai nilai 1 jika responden sangat setuju, nilai 2 jika responden setuju, nilai 3 jika responden tidak setuju dan nilai 4 jika responden sangat tidak setuju. Alat pengumpulan data untuk keterampilan menggunakan lembar observasi. Pada lembar observasi keterampilan dinilai ya jika dilakukan dan tidak jika tidak dilakukan atau tidak sesuai.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan dalam 3 tahap:

4.7.1 Persiapan

4.7.1.1 Peneliti membuat permohonan penelitian dari Dekan FIK-UI ke Direktur Utama RSAB Harapan Kita dengan tembusan kepada Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Kepala Instalasi Perinatal Risiko Tinggi RSAB Harapan Kita.

4.7.1.2 Peneliti melakukan presentasi rencana penelitian di jajaran Instalasi Rawat Inap dan Rawat Jalan RSAB Harapan Kita setelah ada izin prinsip dari Direktur Utama RSAB Harapan Kita. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat, prosedur penelitian dan intervensi yang diberikan yaitu pendidikan kesehatan

4.7.1.3 Peneliti dibantu oleh 1 (satu) orang asisten peneliti dalam pengumpulan data. Asisten peneliti adalah perawat ruangan dengan kriteria pendidikan D-III Keperawatan dengan masa kerja lebih dari 5 tahun dan sudah mengikuti pelatihan manajemen laktasi. Asisten penelitian mempunyai tugas membantu pengambilan data dengan memberikan kuisisioner kepada responden, memeriksa kelengkapan jawaban dalam kuisisioner dan melakukan observasi keterampilan responden dengan menggunakan lembar observasi.

4.7.1.4 Peneliti menyamakan persepsi dengan asisten peneliti mengenai cara pengisian kuisisioner dan lembar observasi keterampilan responden. Kuisisioner mengenai data demografi, pertanyaan pengetahuan dan sikap diisi dengan cara memberi tanda centang (✓) pada jawaban responden.

Asisten peneliti memeriksa kelengkapan jawaban dan pertanyaan yang diisi responden. Jika ada jawaban yang dikosongkan, asisten peneliti mengklarifikasi kembali pada responden dan jika responden tidak tahu jawaban yang benar, responden dapat mengisinya menurut keinginannya. Asisten peneliti tidak boleh memberikan arahan jawaban pertanyaan. Lembar observasi diisi oleh asisten peneliti mengenai keterampilan ibu saat menyusui dan menjemur bayi. Peneliti melakukan uji *interrater reliability* bersama asisten peneliti dalam menilai keterampilan ibu. Peneliti dan asisten peneliti menilai keterampilan yang diobservasi. Uji *interrater reliability* dilakukan dengan uji statistik Kappa, dengan nilai antara 0 – 1. Uji *interrater reliability* dilakukan pada 10 pasien dengan 16 pertanyaan. Hasil uji didapatkan nilai koefisien Kappa sebesar 0,800 dengan nilai $p= 0,010$ dengan kesimpulan tidak ada perbedaan persepsi antara peneliti dengan numerator.

4.7.1 Pelaksanaan

4.7.1.1 Peneliti menetapkan ruang Menur (Rawat Kebidanan kelas II) sebagai tempat pengumpulan data untuk kelompok intervensi dan ruang Cempaka (Rawat Kebidanan kelas III) sebagai tempat pengumpulan data untuk kelompok kontrol.

4.7.1.2 Peneliti memilih responden dengan teknik *consecutive sampling* dari populasi ibu *post partum* yang memenuhi kriteria inklusi. Peneliti mendatangi ruang Menur dan ruang Cempaka setiap hari untuk mengidentifikasi ibu *post partum* hari kedua. Ibu *post partum* yang memenuhi kriteria inklusi saat itu langsung diambil menjadi responden.

4.7.1.3 Peneliti menjelaskan rencana penelitian kepada calon responden kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Jika calon

responden menyetujuinya, maka calon responden dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

4.7.1.4 Peneliti atau asisten peneliti memberikan kuisioner *pre test* pengetahuan dan sikap pada responden ibu *post partum* hari kedua untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol. *Pre test* keterampilan responden diobservasi dengan menggunakan lembar observasi oleh asisten peneliti pada hari kedua *post partum*.

4.7.1.5 Peneliti memberikan intervensi langsung berupa pendidikan kesehatan mengenai hiperbilirubinemia pada ibu-ibu *post partum* hari kedua yang sesuai dengan kriteria inklusi untuk kelompok intervensi di Ruang Menur (Kelas II). Responden kelompok kontrol di Ruang Cempaka (Kelas III) diberikan pendidikan kesehatan standar yang dilakukan oleh perawat ruangan yang sudah dijadualkan oleh Kepala Ruangan Cempaka, dan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia diberikan setelah *post test*. Pendidikan kesehatan diberikan secara perorangan dan berkelompok.

4.7.1.6 Setelah memberikan intervensi pada responden hari kedua *post partum*, peneliti melakukan *post test* pada responden hari ketiga *post partum*. *Post test* dilakukan untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan kuisioner dan lembar observasi yang sama.

4.7.1.7 Peneliti mengevaluasi kejadian hiperbilirubinemia pada bayi responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol saat melakukan kontrol/kunjungan paska lahir pertama ke Klinik POTAS RSAB Harapan Kita. Saat bayi kontrol peneliti menilai / observasi apakah bayi kuning atau tidak, kemudian bayi diperiksa oleh dokter. Pada bayi yang kuning dokter melakukan pemeriksaan laboratorium kadar bilirubin darah.

4.8 Validitas dan reliabilitas instrumen

Kuisisioner penelitian telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum penelitian. Validitas adalah sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data sedangkan reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Tujuan uji validitas dan reabilitas ini adalah untuk mengetahui kendala atau hambatan dalam menjawab kuisisioner dari instrumen yang digunakan. Uji validitas kuisisioner dilakukan dengan teknik korelasi *Pearson product moment* dan uji reliabilitas dilakukan dengan uji *Cronbach alpha* (Hastono, 2007). Uji validitas dan reliabilitas kuisisioner dilakukan pada 10 orang responden (Norwood, 2000).

Dalam penelitian ini, uji validitas dan reliabilitas kuisisioner dilakukan pada ibu *post partum* di ruang Kenanga RSAB Harapan Kita. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan cara memberikan kuisisioner mengenai pengetahuan, sikap dan keterampilan pada 10 orang responden. Pertanyaan untuk pengetahuan ada 20 pertanyaan, dari 20 pertanyaan tersebut didapatkan adanya pernyataan yang nilainya lebih rendah dari nilai r tabel ($r=0,632$) yaitu P3, P14 dan P19. Pernyataan tersebut tidak dibuang, tetapi diperbaiki susunan dan redaksi bahasanya. Uji reliabilitas dilakukan setelah dilakukan uji validitas dan hasil uji reliabilitas semua pernyataan dinyatakan valid.

4.9 Pengolahan data

Pengolahan data pada penelitian ini menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

4.9.1 Editing

Kegiatan *editing* dilakukan setelah responden mengisi kuisisioner. Peneliti atau asisten peneliti memeriksa kembali kuisisioner. Jika terdapat kuisisioner yang belum terisi, peneliti mengklarifikasi kembali pada responden. Jika responden tidak dapat

menjawabnya, responden mengisi sesuai dengan keinginannya. Peneliti atau asisten peneliti tidak mengarahkan jawaban responden.

4.9.2 *Coding*

Data yang sudah diedit kemudian diberikan kode untuk memudahkan pengolahan data. Kode diberikan sesuai dengan pertanyaan/ Pernyataan yang telah dibuat. Untuk kelompok intervensi, pendidikan kesehatan diberi kode 0 untuk jawaban tidak dan kode 1 untuk jawaban ya. Pengetahuan ibu terhadap hiperbilirubinemia diberi kode 1 jika nilainya kurang dari median dan kode 2 untuk yang nilainya lebih dari median. Untuk pernyataan sikap menggunakan skala *likert*, pernyataan positif diberikan kode 1 untuk jawaban sangat tidak setuju, kode 2 untuk tidak setuju, kode 3 untuk setuju dan kode 4 untuk pernyataan sangat setuju. Pernyataan negatif diberi kode 1 untuk jawaban sangat setuju, kode 2 untuk setuju, kode 3 untuk jawaban tidak setuju dan kode 4 untuk jawaban sangat tidak setuju.

4.9.3 *Entry data*

Data yang sudah diedit dan diberi kode kemudian dimasukkan ke komputer untuk diolah secara komputerisasi.

4.9.4 *Cleaning data*

Data yang sudah dimasukkan kedalam komputer, diperiksa kembali untuk melihat adanya kesalahan *entry*. Jika terdapat data yang tidak sesuai, dilakukan perbaikan sebelum dianalisis, dan setelah semua data benar dianalisis dengan menggunakan komputer. Setelah dilakukan *cleaning data*, tidak ditemukan data yang salah *entry* sehingga siap di olah dan dianalisis dengan komputer.

4.10 Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan:

4.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan karakteristik ibu yang terdiri dari umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan mempunyai riwayat anak dengan hiperbilirubinemia. Data hasil analisa univariat ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel dan membuktikan hipotesis penelitian. Pada penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk melihat perbedaan pengetahuan, sikap, keterampilan ibu dan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Analisis yang digunakan dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Analisis bivariat

No.	Variabel	Variabel	Uji statistik
1.	Pengetahuan, sikap dan keterampilan (Numerik)	Pendidikan kesehatan (Katagorik)	Uji t
2.	Pendidikan Kesehatan (Katagorik)	Kejadian hiperbilirubinemia (Katagorik)	<i>Chi-square</i>
	Pengetahuan, sikap dan keterampilan (Numerik)	Karakteristik responden: Umur (Numerik)	Regresi
		Karakteristik responden: Pendidikan, pekerjaan, riwayat anak dengan hiperbilirubinemia, jumlah anak yang dimiliki ibu (Katagorik)	Uji t
4	Karakteristik responden: Umur (Numerik)	Kejadian hiperbilirubinemia (Katagorik)	Uji t
	Karakteristik responden: Pendidikan, pekerjaan, riwayat anak dengan hiperbilirubinemia, jumlah anak yang dimiliki ibu (Katagorik)		<i>Chi-square</i>

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data penelitian telah dilaksanakan di RSAB Harapan Kita pada tanggal 24 Mei sampai dengan 25 Juni 2010. Hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk tabel berdasarkan analisis univariat dan bivariat. Hasil penelitian meliputi: 1) karakteristik responden, 2) perbedaan pengetahuan, sikap, keterampilan sebelum dan sesudah intervensi, 3) Kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan 4) hubungan pendidikan kesehatan, pengetahuan, sikap dan keterampilan terhadap kejadian hiperbilirubinemia.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden terdiri dari umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia.

Tabel 5.1

Distribusi responden menurut umur di RSAB Harapan Kita
Bulan Mei – Juni 2010 (n=30)

Variabel	Mean Median	SD	Minimal-maksimal	95% CI
Umur	29,43 29,00	4,93	16 – 42	27,59 – 31,27

Berdasarkan tabel 5.1 diatas, dapat dilihat rata-rata umur ibu adalah 29,43 tahun dengan variasi umur 4,93 tahun. Umur ibu termuda adalah 16 tahun dan tertua adalah 42 tahun. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur ibu antara 27,59 sampai dengan 31,27 tahun.

Tabel 5.2

Distribusi responden menurut pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia menurut umur di RSAB Harapan Kita Bulan Mei – Juni 2010

Variabel	Frekuensi (n=30)	Persentase (%)
Pendidikan:		
1. SLTP	1	3,3
2. SLTA	7	23,3
3. PT	22	73,3
Pekerjaan:		
1. Tidak bekerja	14	46,7
2. Bekerja	16	53,3
Jumlah anak:		
1. 1 orang	16	53,3
2. 2 orang	12	40,0
3. 3 orang	1	3,3
4. 4 orang	1	3,3
Riwayat anak dengan hiperbilirubinemia:		
1. Tidak	3	10
2. Ya	27	90

Dari tabel 5.2 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan tinggi (perguruan tinggi) yaitu sebesar 73,3%; responden yang bekerja sebesar 53,3%; sebagian besar responden mempunyai anak 1 orang (53,3%) dan mayoritas responden sebelumnya tidak mempunyai anak dengan riwayat hiperbilirubinemia (90%).

5.2 Uji Homogenitas Karakteristik Responden

Uji homogenitas karakteristik responden bertujuan untuk mengetahui kesetaraan penyebaran karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol serta membuktikan perbedaan variabel dependen bukan terjadi karena pengaruh karakteristik responden.

5.2.1 Hasil uji homogenitas pada variabel umur ibu

Tabel 5.3

Hasil uji homogenitas variabel umur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei-Juni 2010 (n=30)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	p value
Umur	1. Intervensi	30,73	5,6	0,152
	2. Kontrol	28,13	3,9	

Hasil analisis uji homogenitas pada tabel 5.3 dapat dilihat nilai $p > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan umur antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol atau dengan kata lain terdapat kesetaraan rata-rata umur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2.2 Hasil uji homogenitas variabel; pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia

Tabel 5.4

Hasil Uji Homogenitas variabel pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSAB Mei-Juni 2010

Variabel	Kelompok intervensi (n=15)		Kelompok Kontrol (n=15)		Jumlah		p value
	n	%	n	%	n	%	
a. Pendidikan							0,2
- SLTP	0	0	1	6,7	1	3,3	
- SLTA	2	13,3	5	33,3	7	23,3	
- PT	13	86,7	9	60	22	73,3	
b. Pekerjaan							1,0
- Tidak bekerja	7	46,7	7	46,7	14	46,7	
- Bekerja	8	53,3	8	53,3	16	53,3	
c. Jumlah anak							0,3
- 1 anak	9	60	7	46,7	16	53,3	
- 2 anak	4	26,7	8	53,3	12	40	
- 3 anak	1	6,7	0	0	1	3,3	
- 4 anak	1	6,7	0	0	1	3,3	
d. Riwayat anak hiperbilirubinemia							1,0
- Tidak	14	93,3	13	86,7	27	90	
- Ya	1	6,7	2	13,3	3	10	

Hasil analisis uji homogenitas pada tabel 5.4 dapat dilihat nilai $p > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan mempunyai anak dengan riwayat hiperbilirubinemia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol atau dengan kata lain terdapat kesetaraan pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan mempunyai anak dengan riwayat hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.3 Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara 2 (dua) variabel dan membuktikan hipotesis penelitian. Analisa bivariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat perbedaan pengetahuan, sikap, keterampilan ibu dan penurunan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.3.1 Perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Tabel 5.5
Rata-rata pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu
Sebelum dan sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan pada kelompok intervensi dan kontrol di RSAB Harapan Kita Bulan Mei-Juni 2010

Variabel	Kelompok	Pengukuran	Mean	Peningkatan	SD	n	p-value
Pengetahuan	Intervensi	Sebelum	9,87	8,46	3,523	15	0,000*
		Sesudah	18,33		1,113	15	
	Kontrol	Sebelum	11,00	0,47	3,423	15	1,131
		Sesudah	11,47		3,833	15	
Sikap	Intervensi	Sebelum	62,53	9,94	4,926	15	0,000*
		Sesudah	72,47		3,314	15	
	Kontrol	Sebelum	63,00	0,00	7,991	15	1,000
		Sesudah	63,00		7,755	15	
Keterampilan	Intervensi	Sebelum	10,47	5,00	1,642	15	0,000*
		Sesudah	15,47		,743	15	
	Kontrol	Sebelum	12,07	0,013	3,283	15	0,334
		Sesudah	12,20		3,234	15	

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan hasil adanya perbedaan pengetahuan, sikap dan kerampilan pada kelompok intervensi sebelum dan setelah diberikan pendidikan dan berdasarkan uji statistik didapatkan adanya hubungan antara pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan pendidikan kesehatan dengan nilai $p=0,00$.

5.2.1 Perbedaan kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol

Tabel 5.6

Distribusi responden menurut kejadian hiperbilirubinemia setelah di berikan pendidikan kesehatan di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010

Pendidikan kesehatan	Kejadian hiperbilirubinemia				Total n	OR (95% CI)	p value
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Tidak diberikan	13	86,7	2	13,3	15	2,4	0,65
Diberikan	11	73,3	4	26,7	15	0,4 – 15,5	

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa kejadian hiperbilirubinemia pada bayi responden yang diberikan intervensi lebih tinggi yaitu sebesar 26,7% dibandingkan dengan kelompok kontrol 13,3%. Jika dilihat nilai OR, maka pada kelompok ibu yang tidak diberikan pendidikan kesehatan berisiko 2,4 kali bayinya menderita hiperbilirubinemia dibandingkan dengan ibu yang diberi pendidikan kesehatan. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan kesehatan dengan kejadian hiperbilirubinemia dengan nilai $p=0,651$.

5.2.2 Hubungan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan kejadian hiperbilirubinemia

Tabel 5.7

Distribusi peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010

Variabel	n	Mean	SD	p value
Peningkatan pengetahuan:				
1. Tidak hiperbilirubinemia	24	14,50	4,65	0,34
2. Ya hiperbilirubinemia	6	16,50	3,45	
Peningkatan sikap:				
1. Tidak hiperbilirubinemia	24	67,21	8,18	0,46
2. Ya hiperbilirubinemia	6	69,83	4,40	
Peningkatan keterampilan:				
1. Tidak hiperbilirubinemia	24	13,50	3,00	0,20
2. Ya hiperbilirubinemia	6	15,17	1,60	

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa rata-rata peningkatan pengetahuan ibu pada ibu yang mempunyai bayi dengan hiperbilirubinemia adalah sebesar 16,50; rata-rata peningkatan sikap pada ibu yang mempunyai bayi dengan hiperbilirubinemia adalah sebesar 69,83 dan rata-rata peningkatan keterampilan ibu pada ibu yang mempunyai bayi dengan hiperbilirubinemia adalah sebesar 15,17. Uji statistik dengan T test didapatkan bahwa tidak ada hubungan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi dengan nilai $p > 0,05$.

5.2.3 Hubungan umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan mempunyai riwayat anak sebelumnya dengan hiperbilirubinemia dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu

Tabel 5.8

Analisis regresi karakteristik umur ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010

Variabel	r	R ²	Persamaan Garis	<i>p-value</i>
Pengetahuan	0,291	0,084	Pengetahuan= 7.168 +0,26 umur ibu	0,119
Sikap	0,302	0,091	Sikap=54.069 + 0,46 umur ibu	0,105
Keterampilan	0,325	0,106	Keterampilan=8.318 + 0,19 umur ibu	0,080

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa hubungan antara pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu menunjukkan hubungan yang sedang dengan umur ibu ($r = < 0,50$). Analisa lebih lanjut mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan.

1. Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa pengetahuan menunjukkan hubungan yang sedang dengan umur ibu ($r = 0,291$) dan berpola positif, artinya semakin bertambah umur ibu semakin tinggi tingkat pengetahuannya. Nilai koefisien dengan determinasi 0,084 artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 8,4% variasi umur ibu atau persamaan garis yang diperoleh cukup baik untuk menjelaskan variabel tingkat pengetahuan . Analisa lebih lanjut mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan pengetahuan.
2. Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa sikap menunjukkan hubungan yang sedang dengan umur ibu ($r = < 0,302$) dan berpola positif, artinya semakin bertambah umur ibu semakin tinggi tingkat sikapnya. Nilai koefisien dengan determinasi 0,091 artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat

menerangkan 9,1% variasi umur ibu atau persamaan garis yang diperoleh cukup baik untuk menjelaskan variabel sikap ibu. Analisa lebih lanjut mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan sikap.

3. Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa keterampilan menunjukkan hubungan yang sedang dengan umur ibu ($r = 0,325$) dan berpola positif, artinya semakin bertambah umur ibu semakin tinggi tingkat keterampilannya. Nilai koefisien dengan determinasi 0,106 artinya persamaan garis regresi yang kita peroleh dapat menerangkan 10,6% variasi umur ibu atau persamaan garis yang diperoleh cukup baik untuk menjelaskan variabel keterampilan ibu. Analisa lebih lanjut mengungkapkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan keterampilan.

Tabel 5.9

Distribusi rata-rata peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu menurut pekerjaan ibu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010

Variabel	n	Mean	SD	p value
Peningkatan pengetahuan:				
3. Ibu tidak bekerja	14	4,43	4,35	0,968
4. Ibu bekerja	16	4,50	5,14	
Peningkatan sikap:				
1. Ibu tidak bekerja	14	4,79	6,11	0,920
2. Ibu bekerja	16	5,00	5,49	
Peningkatan keterampilan:				
1. Ibu tidak bekerja	14	2,79	2,81	0,736
2. Ibu bekerja	16	2,44	2,78	

Berdasarkan tabel 5.9 rata-rata peningkatan pengetahuan pada ibu yang bekerja lebih tinggi dari pada ibu yang tidak bekerja, rata-rata peningkatan sikap pada ibu yang bekerja lebih tinggi dari pada ibu yang tidak bekerja dan rata-rata peningkatan keterampilan pada ibu yang tidak bekerja lebih tinggi dari pada ibu yang bekerja. Hasil uji statistik dengan Anova pada peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan pekerjaan ibu didapatkan nilai $p > 0,05$ hal ini

berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara peningkatan pengetahuan dengan status pekerjaan ibu.

Tabel 5.10

Distribusi peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan ibu yang mempunyai anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia di RSAB Harapan Kita bulan Mei – Juni 2010

Variabel	Riwayat hiperbilirubinemia		n	Mean	SD	p value
	Tidak	Ya				
Pengetahuan	Tidak		27	4,63	4,89	0,036
	Ya		3	3,00	2,65	
Sikap	Tidak		27	5,15	5,49	0,369
	Ya		3	2,67	8,33	
Keterampilan	Tidak		27	2,70	2,77	0,663
	Ya		3	1,67	2,89	

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara peningkatan pengetahuan ibu dengan ibu yang mempunyai riwayat anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia, dengan nilai $p = 0,036$, sedangkan untuk sikap dan keterampilan didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan dengan ibu yang mempunyai anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia dengan nilai $p > 0,05$.

Tabel 5.11
Hubungan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan pendidikan ibu di RSAB
Harapan Kita Bulan Mei – Juni 2010 (n=30)

Variabel	Pendidikan ibu	n	Mean	SD	p value
Pengetahuan	1. SLTP/SLTA	8	2,14	4,02	0,177
	2. PT	22	5,41	4,72	
Sikap	1. SLTP/SLTA	8	3,14	4,74	0,416
	2. PT	22	5,68	5,96	
Keterampilan	1. SLTP/SLTA	8	1,71	2,43	0,365
	2. PT	22	3,00	2,83	

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan pada peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan pada ibu yang berpendidikan SLTP/SLTA dengan ibu yang berpendidikan perguruan tinggi dengan nilai $p > 0,05$.

Tabel 5.12
Hubungan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan jumlah anak yang
dimiliki ibu (n=30) di RSAB Harapan Kita
Bulan Mei – Juni 2010

Variabel	Jumlah anak	Mean	SD	95% CI	p value
Pengetahuan	1 anak	5,63	5,40	2,75 – 8,50	0,142
	2 anak	2,33	2,77	0,57 – 4,10	
	3-4 anak	8,00	-	-	
Sikap	1 anak	6,31	6,27	2,97 – 9,65	0,185
	2 anak	2,42	4,19	-0,24 -5,08	
	3-4 anak	8,50	-	-	
Keterampilan	1 anak	3,13	3,10	1,48 – 4,77	0,370
	2 anak	1,58	2,15	0,22 – 2,95	
	3-4 anak	4,50	-	-	

Berdasarkan tabel 5.12 didapatkan tidak ada hubungan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu baik yang mempunyai 1 orang atau lebih dengan nilai $p > 0,05$.

5.2.3 Hubungan umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan mempunyai riwayat anak sebelumnya dengan hiperbilirubinemia dengan kejadian hiperbilirubinemia.

Tabel 5.13
Distribusi rata-rata umur ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia (n=30)
di RSAB Harapan Kita Bulan Mei – Juni 2010

Kejadian hiperbilirubinemia	Mean umur	SD	95% CI	p value
Tidak	28,71	4,37	26,86 – 30,55	0,108
Ya	32,33	6,38	25,64 – 39,05	

Berdasarkan tabel 5.13 didapatkan hasil rata-rata umur ibu yang anaknya tidak mengalami hiperbilirubinemia adalah 28 tahun dengan variasi umur 4,37 tahun sedangkan rata-rata umur ibu yang anaknya mengalami hiperbilirubinemia adalah 32,33 tahun dengan variasi umur 6,38 tahun. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,108$ yang berarti tidak ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi.

Tabel 5.14
Distribusi responden menurut kejadian hiperbilirubinemia dan pendidikan ibu, pekerjaan ibu, riwayat anak hiperbilirubinemia dan jumlah anak (n=30)
di RSAB Harapan Kita Bulan Mei – Juni 2010

Variabel	Kejadian hiperbilirubinemia				Total	OR (95% CI)	p value
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%	n		
Pendidikan ibu:							
1. SLTP/SLTA	8	100	0	0	8	0	0,256
2. PT	16	72,7	6	27,3	22		
Pekerjaan ibu:							
1. Tidak bekerja	11	78,6	3	21,4	14	0,85	0,605
2. Bekerja	13	81,8	3	18,8	16	0,141 – 5,070	
Riwayat anak hiperbilirubinemia:							
1. Tidak	23	85,2	4	14,8	27	11,50	0,94
2. Ya	1	33,3	2	66,7	3	0,833 – 158,721	

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa:

1. Kejadian bayi hiperbilirubinemia pada ibu dengan pendidikan perguruan tinggi adalah sebesar 27,3% sedangkan ibu dengan pendidikan SLTP/SLTA tidak ada bayi yang menderita hiperbilirubinemia. Analisis kedua kelompok menunjukkan nilai $p=0,256$ yang berarti tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi.
2. Kejadian bayi hiperbilirubinemia pada ibu yang tidak bekerja lebih tinggi (21,4%) dibandingkan dengan ibu yang bekerja dengan nilai OR 0,85 yang artinya bahwa ibu yang tidak bekerja mempunyai risiko bayinya menderita hiperbilirubinemia dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p=0,605$ mempunyai arti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kejadian hiperbilirubinemia pada bayi dengan status pekerjaan ibu.
3. Kejadian hiperbilirubinemia pada bayi dari ibu yang mempunyai anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia lebih besar (66,7%) dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia. Nilai OR 11,50 berarti bahwa ibu yang mempunyai anak sebelumnya dengan riwayat hiperbilirubinemia berisiko 11,50 kali untuk mempunyai bayi dengan hiperbilirubinemia, tetapi hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,94$ artinya tidak ada hubungan antara ibu yang mempunyai anak sebelumnya dengan hiperbilirubinemia dengan kejadian hiperbilirubinemia.

Tabel 5.15

Distribusi responden menurut jumlah anak dan kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($n=30$) di RSAB Harapan Kita Bulan Mei – Juni 2010

Jumlah anak	Kejadian hiperbilirubinemia				Total n	OR (95% CI)	p value
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
< 2 anak	14	87,5	2	12,5	16	2,8 (0,42 – 18,38)	0,378
> 2 anak	10	71,4	4	28,6	14		

Berdasarkan tabel 4.14 didapatkan hasil kejadian hiperbilirubinemia pada bayi dari ibu yang mempunyai anak lebih dari 2 lebih tinggi dari pada ibu yang memiliki anak kurang dari 2. Nilai OR 2,8 berarti bahwa ibu yang mempunyai anak lebih dari 2 berisiko 2,8 kali untuk mempunyai bayi dengan hiperbilirubinemia, tetapi hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,378$ artinya tidak ada hubungan antara ibu yang mempunyai anak lebih dari 2 dengan kejadian hiperbilirubinemia.



BAB 6 PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini, peneliti menjelaskan dan membahas berbagai penemuan hasil penelitian yang akan dibandingkan dan disamakan dengan teori dan hasil penemuan sebelumnya, keterbatasan dalam penelitian dan implikasi yang dapat diterapkan dalam praktik keperawatan.

6.1 Interpretasi hasil penelitian dan diskusi

6.1.1 Karakteristik responden

Pendidikan responden mayoritas adalah perguruan tinggi sebesar 73,3% dan sebagian besar responden adalah ibu pekerja (53,3%). Responden ini menggambarkan pelanggan yang datang berobat ke RSAB Harapan Kita. RSAB Harapan Kita adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan untuk anak dan ibu yang membidik pelanggan menengah keatas, sehingga pasien yang datang sebagian besar berpendidikan tinggi dan bekerja. Klien yang berobat ke RSAB Harapan Kita untuk kasus kebidanan sebagian besar adalah pasangan muda, hal ini tampak dari gambaran umur responden yang rata-rata berumur 29 tahun dan mayoritas baru mempunyai 1 orang anak yaitu sebesar 53,3 %. Hal ini menggambarkan bahwa pelanggan atau pasien kebidanan yang berobat ke RSAB Harapan Kita adalah pasangan umur subur.

6.1.2 Perbedaan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan

Pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia ada peningkatan yang signifikan dengan nilai $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan efektivitas pendidikan kesehatan yang diberikan pada ibu sesuai dengan uji homogenitas karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kontrol dengan nilai $p > 0,05$.

Efektivitas pendidikan kesehatan yang diberikan dapat dilihat dari adanya perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan individu atau masyarakat setelah diberikan pendidikan kesehatan (Maulana, 2009). Pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia pada ibu *post partum* diberikan pada hari ke dua *post partum* dengan media *booklet* karena sangat membantu dalam penyampaian materi pengajaran tetapi untuk perubahan sikap/perilaku membutuhkan waktu untuk observasi lebih lanjut di rumah setelah ibu pulang dari rumah sakit.

Beberapa hasil penelitian yang mendukung pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Yani, (2009) tentang "Pengaruh paket pendidikan kesehatan "Rindu" terhadap kesiapan ibu merawat bayi prematur setelah pulang dari rumah sakit di Kediri" mengatakan bahwa pendidikan kesehatan sangat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan. Oleh karena itu pendidikan kesehatan sangat penting diberikan kepada klien maupun keluarganya.

Penelitian lain dilakukan oleh Hodikoh (2003) juga menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan secara bermakna dengan nilai $p < 0,05$. Sementara itu Redjeki tahun 2005 dalam penelitiannya tentang "Kemampuan dan kepuasan ibu terhadap pendidikan kesehatan mengenai stimulasi perkembangan anak umur *toddler* di kelurahan Kemiri Muka Depok" mengatakan terjadi perbedaan pengetahuan yang bermakna pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p=0,000$.

Hasil penelitian perbedaan sikap ibu sebelum dan sesudah diberikan intervensi pendidikan kesehatan menunjukkan adanya peningkatan sikap. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan bermanfaat untuk meningkatkan sikap ibu dalam penanganan pencegahan

hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Sikap individu biasanya akan berubah setelah mendapatkan informasi.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Yurika tentang pada tahun 2009 tentang “Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita di kelurahan Sukaramai kecamatan Baiturrahman Banda Aceh” bahwa ada peningkatan yang signifikan dari sikap positif ibu sebelum dilakukan intervensi dan sesudah intervensi yaitu dari 31,3% menjadi 62,5%. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Imelda (2009) bahwa ada perbedaan yang bermakna jumlah ibu yang bersikap positif dan negatif sebelum dan setelah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi dengan $p=0,004$.

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan keterampilan setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia. Keterampilan yang harus dimiliki oleh ibu yang mempunyai bayi baru lahir untuk mencegah kejadian hiperbilirubinemia adalah keterampilan menyusui atau memberikan ASI. Menurut Roesli dan Yohmi (dalam Hegar, 2008), menyusui merupakan proses yang cukup kompleks, sampai ibu dapat mengerti proses kerja menyusui yang pada akhirnya dapat menyusui secara eksklusif.

Keterampilan menyusui yang baik meliputi posisi menyusui dan perlekatan bayi pada payudara yang tepat. Posisi menyusui harus nyaman mungkin untuk ibu. Ibu dapat menyusui bayinya dengan posisi berbaring atau duduk. Posisi yang kurang tepat akan menghasilkan perlekatan yang tidak baik. Posisi dasar menyusui terdiri dari posisi badan ibu, posisi badan bayi, serta posisi mulut bayi dan payudara ibu (Roesli & Yohmi, dalam Hegar, 2008).

Penelitian terkait yang mendukung hasil penelitian ini terhadap peningkatan keterampilan adalah penelitian dari Yurika tahun 2009 yang menggambarkan adanya perbedaan keterampilan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dengan nilai $p=0,019$.

6.1.3 Perbedaan kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil analisis kejadian hiperbilirubinemia pada kelompok intervensi dan kontrol didapatkan nilai $p=0,651$ yang menunjukkan bahwa tidak ada penurunan angka kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir pada ibu yang diberikan pendidikan kesehatan dibandingkan dengan ibu yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Rodriguez, et al (2006) yang membahas 5 komponen strategi untuk penanganan hiperbilirubinemia dan pencegahan kernikterus yaitu penapisan umum hiperbilirubinemia, pendidikan untuk keluarga dan tim kesehatan, pendidikan laktasi untuk keluarga dan tim kesehatan, perangkat untuk mengkaji dan penanganan hiperbilirubinemia dan *follow-up* dini bayi baru lahir setelah pulang dari rumah sakit. Idealnya pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia pada orangtua diberikan pada pendidikan prenatal dengan menggunakan atau diberikan *handout*, *booklet* atau *pamphlet*. Pendidikan kesehatan yang diberikan adalah cara mengobservasi perubahan warna, pemeliharaan asupan cairan yang adekuat dan kontrol sedini mungkin jika bayi kuning.

Berikut ini beberapa faktor risiko yang dapat mengakibatkan terjadinya hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir yaitu ketidaksesuaian golongan darah ibu dengan bayi, prematuritas, sefalhematom, memar, trauma lahir dan keterlambatan pengeluaran mekonium (Porter & Dennis, 2002; Hockenberry & Wilson, 2007). Hasil pengkajian pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan diperoleh jawaban dari responden yang menyatakan bayinya banyak tidur dan meneteknya kurang. Kondisi ini

mengakibatkan ketidakefektifan menyusui, sehingga berisiko meningkatkan kejadian hiperbilirubin. Menurut Palmer, et al. (2003) dalam Rodriguez, Backus, Watson, Mannel dan Frye (2006) tidak efektifnya menetek pada bayi dalam kehidupan satu minggu pertama berisiko terjadinya reabsorpsi bilirubin dalam usus dan keterbatasan bayi baru lahir mengeluarkan bilirubin dalam urin dan feses.

6.1.4 Hubungan karakteristik responden dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia

6.1.4.1 Umur

Analisis hubungan umur dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu menunjukkan tidak ada hubungan antara umur ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan nilai $p > 0,05$. Dengan kata lain, umur ibu tidak berhubungan dengan peningkatan pengetahuan dan sikap dan keterampilan ibu setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Imelda (2009) yang menemukan tidak adanya hubungan antara umur dengan pengetahuan dan sikap dengan nilai $p > 0,05$. Sementara itu hasil penelitian Yurika (2009), juga didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan keterampilan ibu setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai $p > 0,05$. Umur seseorang tidak menggambarkan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan.

Sementara itu hasil uji statistik Anova antara umur ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir didapatkan tidak ada hubungan dengan nilai $p=0,108$. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur ibu yang anaknya mengalami hiperbilirubinemia adalah 32,33 tahun dengan rentang umur minimal 16 tahun dan maksimal 42 tahun. Hal ini tidak sesuai dengan teori, yang mengatakan faktor risiko terjadinya bayi dengan hiperbilirubinemia

salah satunya adalah prematur, maka ibu yang berumur 16 tahun berisiko melahirkan bayi prematur dan bayinya berisiko hiperbilirubinemia. Pada penelitian ini bayi yang lahir dari ibu yang berumur 16 tahun adalah bayi cukup bulan dan mempunyai berat badan yang cukup dan bayinya tidak menderita hiperbilirubinemia sehingga memang tidak ada hubungan umur ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Pada ibu dengan rata-rata umur 32,33 tahun yang bayinya menderita hiperbilirubinemia mungkin ada faktor lain yang menyebabkannya.

6.1.4.2 Pendidikan

Hasil analisis pendidikan ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan menunjukkan bahwa pendidikan ibu tidak berhubungan dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam pencegahan kejadian hiperbilirubinemia dengan nilai $p > 0,05$. Artinya apapun pendidikan ibu tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam mencegah kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Hal ini sangat tergantung pada latar belakang pendidikan yang dimiliki oleh ibu, tentu jika ibu mempunyai latar belakang pendidikan di bidang kesehatan ibu memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam mencegah terjadinya hiperbilirubinemia ataupun jika tidak ibu akan berusaha mencari informasi tentang hiperbilirubinemia.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yurika (2009) bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita dengan nilai $p > 0,05$.

Hasil penelitian hubungan pendidikan ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir tidak menunjukkan adanya hubungan dengan nilai $p=0,256$. Artinya kejadian

hiperbilirubinemia tidak dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan ibu, tetapi ada faktor lain yang paling berkontribusi menjadi penyebab hiperbilirubinemia seperti adanya ketidaksesuaian golongan darah ibu dengan bayi, prematuritas, sefalhematom, memar, trauma lahir dan keterlambatan pengeluaran mekonium (Porter & Dennis, 2002; Hockenberry & Wilson, 2007).

6.1.4.3 Pekerjaan

Analisa bivariat antara pekerjaan ibu dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu didapatkan tidak adanya hubungan antara pekerjaan (ibu yang bekerja/tidak bekerja) dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam mencegah kejadian hiperbilirubinemia dengan nilai $p > 0,05$. Artinya apapun pekerjaan ibu dalam hal ini tidak mempengaruhi pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam mencegah hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hodikoh (2003) bahwa tidak ada hubungan pekerjaan dengan pengetahuan dengan nilai $p > 0,05$.

Hasil analisis didapatkan tidak adanya hubungan antara pekerjaan ibu dan jumlah anak yang dimiliki ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir dengan nilai $p > 0,05$. Artinya kejadian hiperbilirubinemia tidak dipengaruhi oleh pekerjaan ibu dan jumlah anak yang dimiliki oleh ibu tetapi dipengaruhi oleh faktor fisiologis ataupun patologis dari si bayi itu sendiri. Beberapa faktor risiko yang mengakibatkan terjadinya hiperbilirubinemia berat adalah penyakit hemolitik yang tidak terdiagnosis, kelainan genetik (defisiensi G6PD), spherocytosis kongenital dan galaktosemia (Bhutani, 2009).

6.1.4.4 Jumlah anak

Analisis hubungan jumlah anak yang dimiliki responden dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam mencegah kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir menunjukkan tidak ada hubungan dengan nilai $p > 0,05$. Hal ini berarti bahwa peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dipengaruhi oleh pemberian pendidikan kesehatan dan tidak dipengaruhi oleh jumlah anak dimiliki responden.

Seorang ibu yang mempunyai jumlah anak lebih dari 1 orang, seringkali orang berasumsi bahwa ibu tersebut tentunya sudah mempunyai pengalaman yang lebih dibandingkan dengan ibu yang baru mempunyai 1 orang anak. Dalam penelitian ini mayoritas responden baru mempunyai 1 orang anak (53,3%) sehingga ibu banyak yang belum mempunyai pengalaman. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Imelda (2009) bahwa tidak ada hubungan antara jumlah anak yang dimiliki ibu dengan pengetahuan dan sikap ibu dalam stimulasi perkembangan anak *toddler* dengan nilai $p=1,000$. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Supartini, (2004) bahwa ibu yang telah mempunyai anak sebelumnya, mempunyai pengalaman untuk merawat anak berikutnya. Perbedaan ini mungkin disebabkan karena pada penelitian ini berfokus pada pencegahan hiperbilirubinemia dan hanya 3 (tiga) responden yang mempunyai anak sebelumnya dengan hiperbilirubinemia.

6.1.4.5 Riwayat anak sebelumnya hiperbilirubinemia

Hasil uji statistik yang dilakukan pada penelitian ini menunjukkan tidak adanya hubungan riwayat anak sebelumnya hiperbilirubinemia dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan dengan nilai $p=0,108$.

Menurut Merenstein dan Gardner (2002), dalam melakukan pengkajian pada pasien dengan hiperbilirubinemia, perawat juga melakukan pengkajian riwayat keluarga termasuk kejadian hiperbilirubinemia pada keluarga yang lain terutama saudara kandung (sibling) pasien, hal ini terkait dengan hiperbilirubinemia yang disebabkan karena penyakit hemolitik. Pada penelitian ini hanya ada 1 orang ibu dari 30 responden yang mempunyai anak dengan riwayat hiperbilirubinemia dan ternyata anak kedua ibu tersebut juga menderita hiperbilirubinemia. Artinya disini bahwa pengalaman ibu yang mempunyai anak dengan riwayat hiperbilirubinemia mungkin dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu, namun tidak dapat mencegah kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Hal ini mungkin ada faktor lain yang dominan menjadi penyebab hiperbilirubinemia pada bayi.

Hasil analisis dengan *chi-square* menunjukkan tidak ada hubungan riwayat anak sebelumnya yang dimiliki ibu dengan kejadian hiperbilirubinemia. Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat dari *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nursing (AWHONN)* bahwa bayi yang berisiko tinggi untuk terjadi hiperbilirubinemia yaitu: *sibling* dengan riwayat kuning, peningkatan kadar bilirubinemia pada bayi baru lahir sebelum 24 jam, memar karena trauma lahir, prematuritas, dehidrasi, tidak adekuatnya menyusui, sefalhematoma dan defisiensi G6PD.

6.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah lama hari perawatan baik untuk ibu post partum spontan maupun secara *sectio caesaria* (SC) yang lebih pendek dan tidak sesuai dengan rencana penelitian. Lama hari perawatan ini terkait dengan standar prosedur medik di RSAB Harapan Kita bahwa lama perawatan untuk ibu yang lahir spontan pervaginam jika tidak ada masalah dirawat hanya 2

hari dan untuk ibu yang lahir secara SC dirawat sekitar 3-4 hari. Hal ini berpengaruh pada penelitian, sehingga untuk pre test, intervensi dan post test pada responden yang lahir secara spontan dilakukan pada hari yang sama yaitu pada hari kedua, sedangkan untuk responden yang lahir secara SC dapat dilakukan sesuai dengan rencana yaitu pre test dan intervensi pada hari kedua dan post test pada hari ketiga.

6.3 Implikasi keperawatan

6.3.1. Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien sangat bermanfaat dan efektif. Hal ini tampak pada adanya perubahan pengetahuan, sikap dan keterampilan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Untuk lebih efektifnya hasil pendidikan kesehatan ini, maka perlu dilakukan observasi terkait keterampilan ibu dalam merawat bayi khususnya dalam hal pemberian ASI. Pendidikan kesehatan yang disertai dengan praktik perawatan bayi merupakan proses transisi ibu dan keluarga dalam melaksanakan perannya sebagai pemberi asuhan utama bayi di rumah. Oleh karena itu perawat diharapkan lebih banyak melakukan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu untuk mencegah terjadinya hiperbilirubinemia atau penyakit-penyakit lain pada bayi baru lahir. Pendidikan kesehatan ini dapat diberikan secara berkelanjutan mulai dari poliklinik saat antenatal dan di ruang perawatan *post partum*.

6.3.2. Implikasi keilmuan

Saat ini di rumah sakit ada kecenderungan bahwa ibu yang melahirkan secara normal dan kondisi bayinya sehat dipulangkan lebih awal (*early discharge*). Pada penelitian ini ada beberapa ibu yang pulang lebih awal, sehingga pendidikan kesehatan harus dilakukan sejak awal. Hal ini berarti, pendapat atau kebiasaan memberikan pendidikan kesehatan

pada fase *taking hold* yaitu 2 hari *post partum* perlu di evaluasi ulang mengingat pada hari tersebut pasien akan pulang.

6.3.3. Implikasi penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar penelitian-penelitian selanjutnya mengingat penelitian variabelnya sangat terbatas yaitu dengan mengembangkan faktor risiko lain (faktor perancu) yang belum diteliti terkait dengan hiperbilirubinemia. Sementara itu, kejadian hiperbilirubinemia juga dapat dipengaruhi oleh faktor lain. Hasil penelitian mengidentifikasi bahwa kelompok yang mendapat intervensi pendidikan kesehatan justru angka kejadian hiperbilirubinemianya lebih tinggi. Hal ini perlu dicari variabel lain yang mempengaruhinya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1.1.1 Karakteristik responden meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, jumlah anak dan riwayat anak dengan hiperbilirubinemia. Rata-rata umur responden adalah 29 tahun, pendidikan responden mayoritas perguruan tinggi (73,35%), sebagian besar responden adalah ibu pekerja 53,3%, mayoritas responden baru mempunyai 1 orang anak (53,3%) dan mayoritas responden tidak mempunyai anak dengan riwayat hiperbilirubinemia yaitu 90%.
- 1.1.2 Ada hubungan yang signifikan antara pendidikan kesehatan dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dengan nilai $p < 0,05$ dan tidak ada hubungan antara pendidikan kesehatan dengan kejadian hiperbilirubinemia.
- 1.1.3 Karakteristik responden tidak berhubungan dengan peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu serta kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir di RSAB Harapan Kita.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi pelayanan keperawatan

- 7.2.1.1 Pendidikan kesehatan hendaknya diberikan mulai dari poliklinik kebidanan mencakup pemantauan terhadap kecukupan minum bayi serta pemberian ASI dan dampaknya terhadap kesehatan.
- 7.2.1.2 Pendidikan kesehatan yang sudah dilakukan di ruangan dilanjutkan dan diberikan secara bertahap sesuai dengan

kebutuhan ibu dan keluarga untuk dapat melakukan perawatan bayi di rumah.

7.2.2 Bagi ilmu Keperawatan

7.2.2.1 Perlu menanamkan kepada mahasiswa bahwa pendidikan kesehatan merupakan peran perawat yang sangat penting untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

7.2.2.2 Institusi pendidikan juga perlu menggali berbagai strategi pendidikan kesehatan berdasarkan teori pembelajaran, sehingga peserta didik menjadi lebih kreatif dan efektif dalam memberikan pendidikan kesehatan.

7.2.3 Bagi penelitian berikutnya

Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih banyak dan dengan menganalisis faktor-faktor perancu terhadap kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir diantaranya untuk pemberian pendidikan kesehatan terkait dengan perubahan sikap dan keterampilan hendaknya dilakukan evaluasi setelah intervensi lebih dari 1 hari.

DAFTAR PUSTAKA

- AWHONN. (2009). *Universal screening for hyperbilirubinemia*. [www.awhonn.org/awhonn /binary.content.do?name=Resources/..](http://www.awhonn.org/awhonn /binary.content.do?name=Resources/) diunduh 10 Mei 2010
- Bennet, V. R, & Brown, L. K. (1999). *Myles textbook for midwives*. Thirteenth edition. Edinburg: Churchill livingstone
- Bobak, I. M., Lowdermilk. D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Edisi 4. Alih bahasa: Maria. A. W., & Petter, I. N. Jakarta: EGC
- Bowden, V.R., Dickey, S. B. & Greenberg, C.S. (1998). *Children and their families: The continuum of care*. Philadelphia: W.B. Saunders company
- Buthani, V. K. (2009). *Screening for severe neonatal hyperbilirubinemia*. <http://www.medscape.com/viewarticle/708195> diunduh tanggal 10 Mei 2010.
- Gomella, T.L., Cunningham, M.D., Eyal, F.G & Zenk, K.E. (1999). *Neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs*. Fourth edition. London: Appleton & Lange
- Gurrola, G. C, et al. (2008). *Kernicterus by glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: a case report and review of the literature*. <http://jmedicalcasereports.com/content/pdf/1752-1947-2-146.pdf> diunduh tanggal 10 Mei 2010
- Hastono, S. P. (2007). *Basic data analysis for health research training: Analisis data kesehatan*. Depok: FKM-UI
- Hegar, B., Suradi, R., Hendarto, A., & Partawi, I.G.A. (2008). *Bedah ASI kajian dari berbagai sudut pandang ilmiah*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Hockenberry & Wilson, M. J., & Wilson, D. (2007). *Nursing care of infants and children*. Eight edition. St Louis: Mosby Elsevier
- _____ (2009). *Essentials of pediatric nursing*. Eight edition. St Louis: Mosby Elsevier
- Hodikoh, A. (2003). *Efektivitas edukasi postnatal dengan metode ceramah dan media booklet terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku ibu tentang ASI dan menyusui dalam konteks keperawatan maternitas di kota Bogor dan Depok*. Tesis: Tidak dipublikasikan

- Imelda. (2009). *Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam stimulasi perkembangan anak toddler di RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh*. Tesis: Tidak dipublikasikan
- Indrasanto, E., Dharmasetiawani, N., Rohsiswatmo, R & Kaban, R.K. (2008). *Paket pelatihan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK): Asuhan neonatal esensial*. Jakarta: JNPK-KR
- James, S. R & Ashwill, J. W. (2007). *Nursing care of children: Principles and practice*. Canada: Saunders Elsevier
- Keren, R et al (2009). *Visual assessment of jaundice in newborns often inaccurate*. <http://aapnews.aappublications.org/cgi/reprint/30/12/2-b> diunduh tanggal 20 Mei 2010
- Mannel, R. (2006). *Initiating breastfeeding and special considerations for they infant with hyperbilirubinemia: What the childbirth educator needs to know*. http://proquest.umi.com/pqdweb?index=111&did=1044104801&Srch_Mode=1&sid=7&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1263006944&clientId=45625 diunduh tanggal 09 Januari 2010
- Maulana, H. D. J. (2009). *Promosi kesehatan*. Jakarta: E.G.C
- Merenstein, G. B, & Gardner, S. L. (2002). *Hand book of neonatal intensive care*. Fifth edition. St. Louis: Mosby
- Moeslichan. (2004). *Tatalaksana hiperbilirubinemia neonatorum*. <http://www.yanmedik-depket.net/hta/Hasil%20Kajian%20HTA/2004/Tatalaksana%20Hiperbilirubinemia%20Neonatorum.doc> diunduh tanggal 12 Januari 2010
- Murray, S. S & McKinney, E. S. (2007). *Foundations of maternal-newborn nursing*. Fourth edition. Singapore: Saunders Elsevier.
- Norwood, S. L. (2000). *Research strategies for advance practice nurses*. Prentice Hall, Upper Saddle river: New Jersey.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodelogi penelitian kesehatan..* Jakarta: Rineka Cipta
- _____ (2007). *Kesehatan masyarakat: Ilmu dan kiat*. Jakarta: Rineka Cipta
- Petersen, J.R., Okorodudu, A.O., Mohammad, A.A., Fernando, A. & Shattuck, K.E. (2005). *Assosiation of transcutaneous bilirubin testing in hospital with decreased readmission rate for hyperbilirubinemia*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=147&did=802765021&SrchMode=1&sid=7&Fmt=6&VInst>

=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1263008188&clientId=45625 diunduh tanggal 09 Januari 2010

Potts, N.L., & Mandleco, C.L. (2007). *Pediatric nursing: Caring for children & families. Second edition*. Canada: Thomson Delmar Learning

Porter, M. L & Dennis, B. L. (2002). *Hyperbilirubinemia in the term newborn*. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=6&sid=0645991d-80ec-4b21-8d0e-e65818b7a79f%40sessionmgr14&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002113312> di unduh tanggal 10 Mei 2010

Portney, G. L & Watkins, M. P. (2000). *Foundations of clinical research: Applications of practice*. Second edition. New Jersey: Prentice-Hall, Inc

Redjeki, G. S. (2005). *Kemampuan dan kepuasan ibu terhadap pendidikan kesehatan mengenai stimulasi perkembangan anak usia toddler di kelurahan Kemiri Muka Depok*. Tesis: Tidak dipublikasikan

Rodriguez, M., Backus, A., Watson, C., Mannel, R & Frye, D. (2006). *Kernicterus as a never event: A hospital system approach and the role of the childbirth educator*. http://proquest.umi.com/pqdweb?translang=%23&RQT=305&SQ=AU%28Mitch+Rodriguez%29&querySyntax=PQ&sortby=REVERSE_CHRON&TS=1273121005 diunduh tanggal 06 Mei 2010

Sulani, F. (2009). *Masalah pertumbuhan janin terhambat (PJT) dan bayi berat lahir rendah (BBLR) di Indonesia*. Makalah disampaikan pada Kongres Nasional X Perinasia di Balikpapan, 5 November 2009

Suryadi, I.G.A.P. (2009). *Ragam terapi untuk bayi kuning*. <http://www.tabloid-nakita.com/artikel.php3?edisi=06272&rubrik=bayi> diunduh tanggal 16 Mei 2010

Tomey, A. M & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work*. Sixth edition. St. Louis: Mosby Elsevier

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

Yurika, D. (2009). *Efektifitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan ibu dalam pemantauan perkembangan balita di kelurahan Sukaramai kecamatan Baiturrahman Banda Aceh*. Tesis: Tidak dipublikasikan



Lampiran 1

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1675/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran :
Perihal : Permohonan ijin penelitian

4 Mei 2010

Yth. Direktur
RSAB. Harapan Kita
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:


Yanti Riyantini
0806447141

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Ibu Serta Kejadian Hiperbilirubinemia Pada Bayi Baru Lahir Di RSAB. Harapan Kita Jakarta**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara **mengijinkan mahasiswa** untuk mengadakan penelitian di RSAB. Harapan Kita - Jakarta sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,


Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Bag. Diklit RSAB. Harapan Kita – Jakarta
2. Ka. Bid. Keperawatan RSAB. Harapan Kita – Jakarta
3. Ka. Instalasi Rawat Inap RSAB. Harapan Kita – Jakarta
4. Ka. Instalasi Rawat Jalan RSAB. Harapan Kita – Jakarta
5. Ka. Instalasi Peristi RSAB. Harapan Kita – Jakarta
6. Wakil Dekan FIK-UI
7. Sekretaris FIK-UI
8. Manajer Pendidikan FIK-UI
9. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
10. Koordinator M.A. "Tesis"



DIKLIT.CM.14.7

Lampiran 2



Rumah Sakit Anak dan Bunda
Harapan Kita

Jl. Let. Jen S. Parman Kav. 87 Slipi, Jakarta - 11420
Telp. 5668284 (Hunting) Fax. 021-5601816, 5673832
E-mail : rsabhk@cbn.net.id
Website : www.rsab-harapankita.go.id

Nomor : KS.01.02. 867
Lampiran : -
Perihal : Izin penelitian

Jakarta, 31 Mei 2010

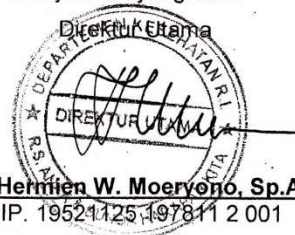
Kepada Yth.
Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Kampus UI Depok

Dengan hormat,

Menjawab surat Saudara nomor : 1675/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 bertanggal 4 Mei 2010, perihal penelitian dalam rangka penulisan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) a.n. **Yanti Riyantini (NPM : 0806447141)** dengan judul "**Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu serta Kejadian Hiperbilirubinemia pada Bayi Baru Lahir di Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta**" di RSAB Harapan Kita pada prinsipnya dapat kami setujui, dengan persyaratan dapat memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Mematuhi segala peraturan yang berlaku di RSAB Harapan Kita.
2. Sebagai pendamping lahan RSAB Harapan Kita menunjuk :
Nama : **Puji Lestari, S.Kep.**
Pangkat / Gol. : Penata Muda / IIIa
Jabatan : Kepala Ruangan Mawar
untuk itu mohon dibuatkan surat keterangan pembimbing lapangan.
3. Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan tersebut, agar menghubungi Kepala Bagian Pendidikan & Penelitian RSAB Harapan Kita guna penyelesaian masalah administrasi.
4. Menyerahkan pasfoto ukuran 2x3 sebanyak 1 lembar untuk tanda pengenal.
5. Berdasarkan SK. Dirut RSAB Harapan Kita No. HK.00.06.003 bertanggal 2 Januari 2008, maka untuk kegiatan tersebut tidak dikenakan biaya karena yang bersangkutan adalah karyawan RSAB Harapan Kita.
6. Segala dokumen maupun foto yang didapat, hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan dan bila akan dipublikasikan harus mendapat izin dari pimpinan RSAB Harapan Kita.
7. Setelah proses pengambilan data selesai dan hasilnya telah disetujui oleh pembimbing lapangan RSAB Harapan Kita, yang bersangkutan wajib melapor kepada Bagian Pendidikan & Penelitian untuk mendapat surat keterangan telah menyelesaikan penelitian.
8. Di akhir pelaksanaan kegiatan, yang bersangkutan wajib menyerahkan 1 (satu) eksemplar hasil/laporan penelitian.

Demikian jawaban kami, terima kasih atas perhatian dan kerjasama yang baik.



dr. Hermien W. Moeryono, Sp.A.
NIP. 19521125197811 2 001

Tembusan :

1. Para Direktur RSAB Harapan Kita.
2. Kepala Bidang Keperawatan RSAB Harapan Kita.



Lampiran 3
UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keperampilan Ibu serta Kejadian Hiperbilirubinemia Pada Bayi Baru Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta.

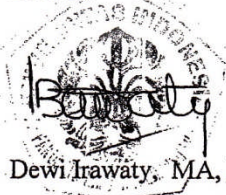
Nama peneliti utama : **Yanti Riyantini**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 31 Mei 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0



**PEDOMAN
PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
HIPERBILIRUBINEMIA**



Oleh :

Yanti Riyantini

NPM : 0806447141

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2010**

PELAKSANAAN INTERVENSI PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG HIPERBILIRUBINEMIA

1. BENTUK KEGIATAN

Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan pemberian informasi dan pembelajaran yang diberikan kepada responden tentang hiperbilirubinemia.

2. TUJUAN

Pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan responden untuk mencegah kejadian hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir.

3. TEMPAT PELAKSANAAN

Pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia dilaksanakan di Ruang Menur dan Ruang Cempaka RSAB Harapan Kita Jakarta.

4. WAKTU PELAKSANAAN

Kegiatan ini dilaksanakan selama melakukan penelitian mulai tanggal 24 Mei sampai 25 Juni 2010.

5. PELAKSANAAN

Pemberian pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia ini diberikan oleh peneliti sendiri.

6. SASARAN

Pendidikan kesehatan ini diberikan pada responden yaitu ibu-ibu *post partum* (pervaginam atau dengan tindakan) hari kedua.

7. PERSIAPAN

Persiapan yang dilakukan adalah menyiapkan responden untuk pemberian pendidikan kesehatan dan memberikan *booklet* tentang hiperbilirubinemia.

8. PELAKSANAAN INTERVENSI

8.1 Pembukaan (3 menit)

Pembukaan diawali dengan memberikan salam, menanyakan kabar responden dan bayinya, mengingatkan kontrak dengan responden untuk pemberian pendidikan kesehatan dan menjelaskan tujuan pemberian pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia dan memberikan booklet pada ibu.

8.2 Pelaksanaan (25 menit)

Memberikan pendidikan kesehatan tentang hiperbilirubinemia selama kurang lebih 25 menit. Saat penjelasan peneliti menggunakan *booklet* dan responden menyimak, memperhatikan dan melihat *booklet* yang diberikan. Selama pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan responden diberikan kesempatan untuk bertanya, berdiskusi dan mengemukakan pendapatnya tentang hal yang berkaitan dengan hiperbilirubinemia.

8.3 Penutupan (2 menit)

Menyimpulkan hal-hal yang penting tentang hiperbilirubinemia, mengucapkan terimakasih pada responden atas partisipasinya dan mengucapkan salam.

9. EVALUASI


Evaluasi dilakukan dengan memberikan kuisisioner pada responden.

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

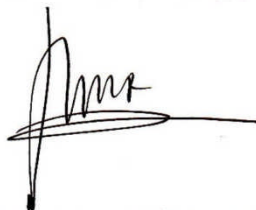
Depok, Juli 2010

Pembimbing I



Yeni Rustina, SKp, M.App.Sc, Ph.D

Pembimbing II



Besral, SKM, M.Sc