

## EVALUASI PELAKSANAAN 10 LANGKAH MENUJU KEBERHASILAN MENYUSUI OLEH BIDAN DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA

Krisnamurti

Tenaga Pengajar Prodi. DIII Kebidanan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya

### ABSTRAK

Penerapan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM) merupakan upaya pemerintah untuk meningkatkan program ASI eksklusif. Di lingkungan RSAL dr. Ramelan Surabaya sudah terdapat tentang 10 LMKM namun belum ada kebijakan khusus tentang ASI eksklusif sehingga bidan masih memberikan susu formula (PASI) pada bayi baru lahir rawat gabung. Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM) oleh bidan di RSAL dr. Ramelan Surabaya

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif. Informan utama adalah 7 bidan pelaksana di poli hamil, kamar bersalin dan ruang rawat gabung, sedangkan 3 bidan kepala ruangan dan 1 bidan supervisor, serta 3 pasien sebagai informan triangulasi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan studi dokumentasi. Analisis data hasil wawancara dengan menggunakan metode *interactive model* melalui beberapa tahapan seperti: data *collection*, data *reduction*, data *display* dan *Conclusion drawing*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan 10 LMKM belum terlaksana dengan baik antara lain: belum semua bidan memberikan penjelasan tentang manfaat dan teknik menyusui yang benar, bidan masih memberikan susu formula pada bayi rawat gabung, belum terbentuk kelompok pendukung ASI (KP-ASI), hal tersebut disebabkan masih sebagian kecil bidan yang sudah mengikuti pelatihan manajemen laktasi, sehingga motivasi diri kurang

Perlu adanya kebijakan tertulis tentang pemberian ASI Eksklusif, serta diharapkan semua bidan dapat mengikuti pelatihan manajemen laktasi sehingga pelaksanaan 10 langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM) lebih optimal, dan perlu juga adanya kebijakan yang tegas tentang keberadaan susu formula

Kata Kunci : ASI Eksklusif, Bidan di rumah sakit, Evaluasi LMKM

---

### PENDAHULUAN

Program Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) khususnya ASI eksklusif mempunyai dampak yang luas terhadap status gizi bayi dan balita. Untuk mendukung kebijakan tersebut maka peran petugas kesehatan, khususnya bidan sangat diperlukan untuk memberikan informasi pentingnya ASI eksklusif dengan menerapkan manajemen laktasi yang dimulai pada masa *antenatal*, *perinatal* dan *postnatal*, yang di dalamnya terkandung sepuluh LMKM, sebagai upaya dalam meningkatkan pemberian ASI.<sup>1</sup>

Hasil studi pendahuluan di RSAL dr. Ramelan Surabaya pada bulan April 2011 didapatkan data bahwa dari 65 bayi baru lahir di

ruang rawat gabung hanya 22 bayi (34%) yang mendapatkan ASI saja, sedangkan selebihnya diberikan susu formula (PASI) sesuai keinginan pasien, dengan alasan bidan tidak sempat menjelaskan secara detail tentang fisiologi laktasi karena masih banyak tugas lain yang harus diselesaikan<sup>2</sup>

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui (10 LMKM) oleh bidan di RSAL dr. Ramelan Surabaya, karena keberhasilan pelaksanaan 10 LMKM diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan Program Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) khususnya ASI eksklusif

## BAHAN DAN METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif. Pendekatan waktu yang digunakan adalah *cross sectional*.<sup>3</sup> Subyek penelitian yaitu bidan yang bertugas di ruangan yang terkait dengan pemberian ASI, yaitu bidan pelaksana yang bertugas di poli hamil, kamar bersalin dan di ruang rawat gabung. Data nyata primer yaitu wawancara mendalam (*indangept interview*) pada subyek penelitian dan data sekunder adalah studi dokumentasi.<sup>4</sup>

Pengumpulan data melalui wawancara mendalam yang dilakukan kepada informan utama yaitu 7 bidan pelaksana yang terdiri dari 2 bidan poli hamil, 3 bidan kamar bersalin dan 3 bidan ruang rawat gabung, sedangkan 3 bidan kepala ruangan (karu), 1 bidan supervisor dan 3 pasien sebagai informan triangulasi.

Analisis data diolah sesuai karakteristik dengan analisis isi (*content analysis*) melalui beberapa tahapan seperti: data *collection*, data *reduction*, data *display*, dan *Conclusion drawing* atau menyimpulkan hasil penyajian data<sup>4,5</sup>

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Karakteristik objek Penelitian

Hampir semua informan bidan berpendidikan DIII, hanya 1 bidan yang berpendidikan P2B, namun dengan masa kerja yang cukup lama yaitu 32 tahun. Dari 7 bidan informan utama, 5 bidan sudah pernah mengikuti pelatihan manajemen laktasi, sedangkan dari keseluruhan informan bidan baik sebagai informan utama maupun informan triangulasi, mempunyai masa kerja yang cukup untuk dapat melaksanakan program atau kebijakan dengan baik. Hal tersebut didukung teori, bahwa lama masa kerja mempunyai hubungan yang positif terhadap kinerja seseorang<sup>6</sup>

### Kebijakan Tertulis Tentang ASI eksklusif di RSAL dr. Ramelan Surabaya

Hasil wawancara dari tujuh bidan informan utama mengatakan bahwa selama ini belum ada kebijakan tertulis dari RSAL dr. Ramelan Surabaya yang secara terstruktur dan tertulis mengatur tentang pemberian ASI, namun dalam pelaksanaan pemberian ASI bidan mengacu pada 10 LMKM yang sudah banyak terempel di lingkungan RSAL dr. Ramelan Surabaya, serta adanya surat edaran Kepala

Rumah Sakit tentang Rawat Gabung, sesuai yang diungkapkan dibawah ini:

#### Kotak 1

".....Belum ada dalam bentuk SK, hanya ada 10 LMKM di dinding" (IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

".....Belum ada kebijakan tertulis, Ya, memang RSAL melaksanakan program ASI Eksklusif nggih buk. Tapi dalam pelaksanaannya kita mengacu pada 10 LMKM. Selain itu ada juga protap rawat gabung....." ((IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3

Sebenarnya dengan pendidikan DIII serta dengan masa kerja yang cukup, mereka seharusnya memiliki kinerja yang baik dalam hal pelaksanaan 10 LMKM, hal ini sesuai dengan pendapat dari Gibson yang menyatakan bahwa lama masa kerja mempunyai dampak yang positif terhadap kinerja seseorang.<sup>6</sup> Namun pada kenyataannya 10 LMKM belum dilaksanakan dengan baik karena tidak ada kebijakan tertulis tentang pemberian ASI eksklusif yang dapat meningkatkan kinerja bidan, karena pada hakekatnya keberhasilan pelaksanaan program dapat dipengaruhi oleh sebuah kebijakan.<sup>7</sup>

Pelaksanaan 10 LMKM di RSAL dr Ramelan Surabaya belum dibuat secara tertulis dalam bentuk Surat Keputusan, namun kegiatan sosialisasi tentang pemberian ASI sudah dilakukan antara lain dengan mengirim bidan untuk mengikuti pelatihan tentang manajemen laktasi, dokter anak selalu mengingatkan pentingnya penggunaan ASI pada waktu *visite*, tukar informasi antar sejawat serta menempelkan poster yang terkait dengan ASI di dinding rumah sakit. Hal ini sesuai dengan ungkapan bidan sebagai berikut :

#### Kotak 2

".....Memasang poster di dinding, dokter anak mengingatkan ASI, mengikuti pelatihan manajemen laktasi, , kita tularkan ke teman-teman...." (IU.B1, IU.B2, IU.B3, , IU.B4, IU.B5)

"... Sosialisasinya, selain pelatihan manajemen laktasi, dan saya terlibat instruktur, juga dalam rapat ruangan tiap tiga bulan karu memberi pengarahan tentang PP-ASI pada anggota. Rapat ini juga dihadiri oleh supervisor....." (IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3, IT. BS)

Pemahaman bidan terkait dengan kebijakan 10 LMKM di RSAL dr Ramelan Surabaya sudah cukup baik, khususnya pada bidan yang sudah pernah mengikuti pelatihan manajemen laktasi. Karena dengan mengikuti pelatihan manajemen laktasi, bidan lebih paham antara teori dan praktek pemberian ASI dan hal-hal yang dapat mendukung keberhasilan menyusui bagi bayi, hal tersebut sesuai dengan pernyataan di bawah ini :

Kotak 3

“... Bidan sudah banyak yang paham 10 LMKM, dapat menerima dan dilaksanakan pada bayi normal. ASI bagus dan ibu nifas juga dapat menerima .....” (IU.B1, IU.B2, IU.B5, IU.B7)

“... kalau menurut saya pemahaman bidan itu lebih baik yang sudah ikut pelatihan manajemen laktasi dari pada yang belum. Karena sudah mengikuti teori dan prakteknya langsung.....” (IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3, IT.BS)

Meskipun bidan sudah memahami tentang 10 LMKM, namun pada kenyataannya belum dilaksanakan dengan baik, karena menurut beberapa informan, bidan kurang memiliki motivasi diri karena belum semua mengikuti pelatihan manajemen laktasi. Ungkapan ini sesuai hasil wawancara di bawah ini:

Kotak 4

“....He he...kendalanya motivasi bidannya masih kurang, karena pasiennya banyak” (IU.B1, IU.B5, IU.B6)

“.....Kendalanya tidak semua bidan sudah pelatihan, kurang termotivasi” (IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B7)

Sebenarnya berdasarkan karakteristik bidan, pemahaman tentang 10 LMKM bisa diaplikasikan dengan baik, jika bidan mempunyai motivasi diri yang tinggi. <sup>6</sup>

#### Persepsi Bidan Terhadap Pelatihan Tentang Pemberian ASI

Pelaksanaan kebijakan 10 LMKM diperlukan bukan sekedar pengetahuan, namun juga ketrampilan yang bisa didapat melalui beberapa pelatihan khususnya pelatihan manajemen laktasi. Terkait pelatihan tentang

manajemen laktasi tersebut, ternyata belum semua bidan mendapatkan kesempatan mengikutinya. Pernyataan tersebut sesuai hasil wawancara berikut:

Kotak 5

“...Ya sudah pernah ada pelatihan Manajemen Laktasi, dan sudah pernah mengikuti satu tahun yang lalu....” (IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B7)

“Manajemen laktasi, tetapi belum pernah mengikuti pelatihan” (IU.B5, IU.B6)

“.....yang terkait dengan ASI ya baru pelatihan manajemen laktasi...” (IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3)

“.....Ini mbak yang lalu pelatihan manajemen laktasi. Untuk tahun ini sedang saya konsep untuk permohonan pelatihan lagi, biar anak-anak yang belum juga bisa ikut...” (IT.BS)

Berdasarkan dokumentasi, RSAL dr.Ramelan Surabaya pada tahun 2011, sudah pernah menyelenggarakan pelatihan manajemen laktasi, namun belum dapat diikuti oleh seluruh bidan di RSAL, karena tugas pelayanan bidan tidak memungkinkan ditinggalkan untuk mengikuti pelatihan sekaligus, sehingga solusinya adalah, pelatihan akan dilaksanakan secara bergantian, sesuai informasi yang diberikan oleh bidan *Supervisor* sebagai informan triangulasi, bahwa rencana tahun 2012 ini akan ada pelatihan berikutnya. Hal ini dapat dilihat pernyataan informan triangulasi sebagai berikut:

Kotak 6

“.....yang terkait dengan ASI ya baru pelatihan manajemen laktasi...” (IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3)

“.....Ini mbak yang lalu pelatihan manajemen laktasi. Untuk tahun ini sedang saya konsep untuk permohonan pelatihan lagi, biar anak-anak yang belum juga bisa ikut...” (IT.BS)

Menurut 7 orang informan utama bahwa pelatihan manajemen laktasi sangat diperlukan karena dalam pelatihan tersebut diajarkan pula teori serta aplikasi langsung tentang proses pelaksanaan menyusui bagi bayi, yang pada dasarnya adalah merupakan langkah-langkah yang mendukung keberhasilan PP-ASI, sehingga bidan lebih trampil dalam memberikan pelayanan, hal tersebut sesuai dengan pernyataan di bawah ini :

Kotak 7

"...Ya sangat perlu ya bu, supaya bidan lebih trampil untuk menyampaikan ke pasien..." (IU.B1, IU.B3, IU.B4)

"...Ya menurut saya sangat perlu ya bu, karena saya di VK saya jadi lebih ngerti hal IMD sangat banyak manfaatnya, daripada sebelum ikut pelatihan ..." (IU.B7)

"...memang menurut saya sangat penting, apalagi proses pemberitahuan tentang ASI, bidan harus ngerti. Dengan pelatihan ini sangat membantu pelaksanaan ASI Eksklusif..." (IT.BK1, IT.BK2)

"...oh, sangat amat diperlukan ya bu, kalau perlu berkelanjutan, untuk lebih memberi pemahaman dan ketrampilan pada semua bidan ...." (IT.BK3, IT.BS)

Pernyataan diatas sangat didukung teori implementasi yang menyatakan sebagai apapun suatu kebijakan jika tidak dikomunikasikan maka tidak akan mencapai tujuan.<sup>7</sup>

Setelah bidan mengikuti pelatihan manajemen laktasi maka kewajiban yang perlu dilaksanakan adalah meningkatkan pemberian ASI dengan cara, bidan harus mampu memberikan penjelasan kepada pasien tentang ASI eksklusif. Selain itu bidan juga mempunyai kewajiban untuk menyampaikan hasil pelatihannya kepada teman-teman sesama bidan yang belum mengikuti pelatihan, hal tersebut sesuai dengan pernyataan berikut ini:

Kotak 17

".....Ya untuk meningkatkan pemberian ASI, karena menurut saya selama ini kurang sekali he he, karena ibu-ibu kayaknya kurang paham tentang ASI.." (IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6)

".....: Wajib membagi ilmu yang didapat ke teman-teman bidan dan ngajak untuk mensosialisasikan ke pasien..."(IU.B7)

".....Harus mengaplikasikan ilmu yang didapat, dan harus memberikan pemahaman kepada pasien supaya tahu dan ngerti manfaat ASI .....(IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3, IT.BS)

**Menjelaskan Manfaat dan Teknik Menyusui yang Benar**

Semua bidan informan utama dapat menjelaskan tentang manfaat menyusui yang

benar sesuai dengan tempat tugas mereka, hal ini sesuai dengan pernyataan di bawah ini :

Kotak 8

".....Yaa... kalau proses menyusui yang benar itu mungkin ya posisinya, ya cara mulut bayi menghisap puting, karena kalau gak bener kan puting ibu bisa lecet dan sebagainya. Makanya kita selalu memberi penjelasan dan mengamati kalau sudah bener ya baru kita tinggal...." (IU.B1, IU.B2, IU.B3)

".....Menurut saya ya sesegera mungkin bayi baru lahir supaya menyusu sendiri...."(IU.B4, IU.B6)

".....Pendapat saya ya sesuai dinas di VK, ya waktu bayi lahir stelah potong tali pusat bayi di letakkan di dada ibu supaya mencari puting ibu, kalau terlalu lama ya kita bantu.."hehe(IU.B5, IU.B7)

Semua bidan informan utama juga mampu menjelaskan tentang tehnik menyusui yang benar seperti yang tertuang dalam wawancara berikut :

Otak 12

".....yaa....kadang ibunya tu neteknya dengan duduknya ndak enak gitu, kalau gini ya kita kasih tahu gimana yang bener gitu he he. E....bayi dimiringkan nempel perut ibu, saat ngisep puting susu sampai areola mama biar bayi dpt cukup ASI dan puting tdk lecet ....."(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B7)

".....di poli hamil tidak pernah mengajarkan itu pada pasien, biasanya itu diajarkan di ruang nifas, jadi kita menjelaskan secara umum saja....."(IU.B6)

".....Ya posisi miring, perut bayi nempel perut ibu, trus areola mammae sebagian masuk mulut bayi....."( IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B, 6, IU.B7)

".....Oh ya bu. Waktu saya baru pindah dari kamar bersalin ke E2, belum berani duduk, sama bidannya anak saya diambil dari box, lalu ditetekan dengan posisi saya miring ke kiri dan anak saya juga miring nempel perut saya, trus saya diajari sampai anak saya mau mengisep sampai sekitar puting....."( IU.P1, IU.P2, IU.P3)

Meskipun semua bidan dapat menjelaskan manfaat serta tehnik menyusui yang benar, tidak semua bidan mensosialisasikan kepada pasien terutama bidan yang bertugas di poli hamil, dengan alasan tugas tersebut adalah tugas bidan di ruang nifas atau ruang rawat gabung. Hal tersebut dikarenakan bidan yang bertugas di poli hamil belum pernah mengikuti pelatihan manajemen laktasi, hal ini sesuai karakteristik informan utama. Selain itu bidan poli hamil melaksanakan sosialisasi pada pasiennya sesuai jadwal dan materi yang sudah terprogram, yaitu penyuluhan di poli hamil dilakukan tiap hari Kamis dengan materi: gizi ibu hamil, tanda-tanda bahaya kehamilan, kehamilan kembar, kehamilan post operasi dan sama sekali tidak ada materi tentang ASI, hal ini seperti ungkapan berikut:

**Kotak 13**

“.....Di poli hamil tidak pernah menjelaskan tentang manfaat dan tehnik menyusui yang benar, biasanya itu diajarkan di ruang nifas

Pernyataan tersebut di atas, didukung pernyataan pasien sebagai informan triangulasi penerima layanan seperti terungkap di bawah ini

**Kotak 24**

“.....nggak pernah dijelaskan bu, kalau pas kontrol cuma ditanya, ada keluhan apa?. Kadang-kadang saya pernah lihat distelkan TV tentang senam hamil, pokoknya masalah kesehatan, tetapi saya lihat sambil lalu gitu bu. Kalau menurut saya soalnya bidannya terlalu sibuk ya bu, karena buanyak pasiennya, bidannya cuma 3 sama kepala ruangan. Saya juga nggak tahu, apa manfaat menyusui untuk saya.....”(IT.P1)

**Proses Pelaksanaan IMD di Kamar Bersalin**

Proses pelaksanaan IMD di kamar bersalin yang dimulai dari pendampingan dan tindakan/proses pelaksanaannya merupakan rangkaian dalam pelaksanaan IMD. Hasil wawancara menjelaskan bahwa seluruh bidan menyatakan bahwa selama proses persalinan, suami atau keluarga dapat mendampingi ibu bersalin hingga proses persalinan selesai. Kegiatan tersebut dilakukan untuk memberikan kekuatan mental dan support bagi ibu bersalin. hal ini seperti tertuang dalam pernyataan berikut ini:

**Kotak 10**

“....Partus boleh ditunggu, kalau tidak ada suami bisa satu keluarga” (IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B7)  
“.....saya pernah dinas di VK, setahu saya persalinan saat ini selalu didampingi suami atau keluarga, tapi 1 orang....”(IU.B6)  
“.....setahu saya sudah lama ya mbak, tahun 2010 saya dinas di VK sudah melaksanakan IMD dan suami boleh nungguin istrinya selama proses persalinan .....” (IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3, IT.BS)  
“.....dan saya senang sekali bu bisa ditungguin suami sampai saya dijahit lo bu, biar tahu bagaimana soronya melahirkan he he ....” (IT.P1, IT.P2, IT.P3)

Semua pasien di RSAL dr Ramelan Surabaya mendapatkan pelayanan IMD bagi yang mengalami persalinan normal (fisiologis), namun pada pasien dengan proses persalinan patologis sulit untuk dilaksanakan IMD karena bidan harus melakukan tindakan penyelamatan pada pasien terlebih dahulu, hal ini sesuai dengan protap IMD, bahwa IMD hanya untuk persalinan fisiologis.<sup>8</sup> Untuk kondisi pasien yang tidak dapat dilakukan IMD, awal menyusui akan dimulai di ruang nifas, sesuai pernyataan berikut :

**Kotak 11**

“.....ya awalnya kan kita tanya apa dikamar bersalin tadi sudah netek bu. Kalau belum ya kita jelaskan kalau ibu harus menyusui karena ASI itu paling bagus bu dari pada susu formula.....”(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)  
“....sesudah 2 jam pp kan pasien pindah ruang RG mbak, jadi diajari netek di ruangan....”(IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3, IT.BS)

**Tidak Memberikan Makanan/Minuman Selain ASI**

Semua pasien rawat gabung diharuskan menyusui bayinya. Yang sama sekali tidak boleh menyusui adalah pasien dengan HIV dan untuk pasien yang seperti ini tidak dirawat gabung, tetapi dirawat di ruang NICU. Untuk pemberian minum dikelola oleh ruang NICU dengan konsultasi dengan dokter spesialis anak. Hal tersebut dikarenakan beberapa hal antara lain dimana ibu menyusui tersebut bebas dari penyakit menular yang nantinya bisa menularkan bayinya entah dengan kontak

langsung atau lewat tidak langsung, hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara dalam kotak berikut ini:

**Kotak 15**

“.....Selama ini sih semua pasien yang RG boleh dan harus menyusui bayinya. Kalau ibu dengan HIV kita tanyakan ke dokter, tapi selama ini bayinya tidak rawat gabung dan diberi PASI sesuai maunya ibu. Tapi kalau ibunya hepatitis tetap boleh menyusui asal si ibu sudah dapat imunisasi dan 12 jam kemudian boleh netek. Selama belum netek diberi D5% pakai sendok...”(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

“.....disini cuma HIV tok bu yang ndak boleh neteki. Pasien hepatitis aja boleh sesudah ibunya dapat injeksi hyperhep. Kalau pasien HIV kita konsulkan dengan dokter anak, dan pasien seperti ini tidak rawat

RSAL Dr Ramelan Surabaya sudah melaksanakan rawat gabung yang bertujuan agar setiap saat ibu bisa merawat sendiri bayinya dan menyusui secara *ondemand* namun pada kenyataannya bidan masih memberikan susu formula pada bayi baru lahir rawat gabung dengan alasan bidan tidak sempat menjelaskan tentang fisiologi laktasi karena banyak tugas yang harus dikerjakan. Sehingga bila ada pasien yang ngotot untuk memberikan susu formula, maka diwajibkan untuk membuat *informed consent* dan sudah diawali penjelasan tentang resiko susu formula, hal ini sesuai dengan pernyataan informan berikut ini:

**Kotak 16**

“....ya kalau di ruang RG kan harus ASI. Tapi jika pasien ngotot bayinya ingin diberi susu formula, diwajibkan membuat inform consent dan sudah diawali penjelasan tentang manfaat ASI dan resiko susu formula.....” (IU.B1, IU.B2)

Sebenarnya kebijakan kepala rumah sakit tentang rawat gabung bertujuan agar ibu dapat memberikan ASI kepada bayinya, tentunya membutuhkan peran bidan sebagai pelaksana yang berhubungan langsung dengan pasien. Namun kenyataannya jika ada pasien yang minta bayinya diberi susu formula karena merasa ASI-nya kurang, bidan tidak

menjelaskan tentang fisiologi laktasi, dimana pada hari pertama sampai dengan hari ketiga, ASI memang belum lancar dan meskipun baru keluar sedikit, itu sesuai dengan kebutuhan bayi, hal ini karena belum ada kebijakan yang tegas melarang keberadaan susu formula, sesuai pernyataan berikut:

**Kotak 18**

“.....Belum ada sih larangan tertulis tentang susu formula, tapi dokter anak sebenarnya selalu bilang, harus ASI ....”( IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B, 6, IU.B7)

Seharusnya bidan yang sudah berpendidikan DIII dengan masa kerja yang cukup punya komitmen dalam melaksanakan pemberian ASI eksklusif, karena sikap jujur seorang implementor sangat mendukung keberhasilan pelaksanaan program.<sup>7</sup>

**Melaksanakan Rawat Gabung**

Guna mendukung upaya pemerintah untuk meningkatkan pemberian ASI, RSAL dr. Ramelan Surabaya sudah melaksanakan rawat gabung yang berpedoman pada surat edaran Karumkit (Kepala Rumah Sakit) tahun 2008 tentang rawat gabung, dan dari pengamatan peneliti ruang rawat gabung sudah sesuai standart, hal ini didukung hasil wawancara dengan semua informan bidan sebagai berikut :

**Kotak 4**

“....Kita sudah lama kok bu ada rawat gabung dan ndak ada masalah....” .

”( IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B, 6, IU.B7)

“...RG sudah mulai tahun 2008 kok mbak dan ada SKnya...(IT BS)

Berdasarkan adanya kebijakan karumkit tentang rawat gabung, seharusnya bidan sudah bisa merespon dengan baik untuk tidak memberikan susu formula pada bayi rawat gabung, namun hasil observasi di ruang rawat gabung Paviliun E2 yang didukung data sekunder berupa catatan/dokumentasi hasil pelayanan ruangan, diketahui bahwa dari 65 bayi baru lahir tidak rawat gabung, hanya 22 bayi (34%) yang mendapatkan ASI saja pada

hari pertama sampai hari ke-3, dan menurut salah satu bidan yang bertugas di ruangan tersebut, penyebabnya adalah sebagian besar ibu nifas minta bayinya diberi susu formula karena merasa ASI-nya belum keluar. Dari keluhan ibu tersebut, maka bidan langsung memberikan PASI (pengganti ASI yaitu susu formula) sesuai keinginan ibu, hal tersebut menunjukkan kurangnya komitmen dari bidan sendiri.<sup>7</sup>

### **Membantu ibu menyusui sesering mungkin dan semau bayi (on demand)**

Memberikan dukungan pada ibu agar tetap mau dan mampu memberikan ASI kepada bayinya maka bidan memberikan informasi betapa pentingnya ASI bagi bayinya. Seperti yang didapatkan dari hasil wawancara pada semua informan yang mengatakan bahwa mereka selalu memberikan penjelasan kepada semua pasien tentang ASI yang sangat diperlukan oleh bayinya, hal tersebut dijelaskan dengan tujuan mendukung ibu atau pasien agar mau menyusui bayinya secara *on demand* (setiap saat bayi menginginkan), atau menyusui tanpa jadwal, hal ini sesuai dengan pernyataan dibawah ini :

#### **Kotak 20**

".....Ya.. sesuai program pemberian ASI kita menjelaskan pada ibu bahwa ASI adalah yang terbaik untuk bayi dan kalau menetek terus menerus tanpa dijami ASI akan lancar Itu yang kita jelaskan..."

"(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

".....Anu...kita tetap mengarahkan kalau ASI belum lancar kalau diteteki terus nanti lancar sendiri, Semakin sering diteteki semakin lancar, biasanya suami atau keluarga ikut mendengarkan, tapi kalau pasien tetap ngotot, biasanya takut ASInya tidak cukup ya terpaksa diberi susu formula sesuai keinginan pasien he he. Jadi ibu kurang tahu tentang manfaat ASI menurut saya..." (IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

Pernyataan diatas tidak didukung fakta dilapangan khususnya ruang rawat gabung yang dalam aplikasinya masih memberikan susu formula sesuai keinginan pasien, hal tersebut

karena kurangnya komitmen dari bidan sendiri serta belum ada kebijakan tentang larangan susu formula, sesuai ungkapan di bawah ini :

#### **Kotak 18**

".....Belum ada sih larangan tertulis tentang susu formula, tapi dokter anak sebenarnya selalu bilang, harus ASI ....."

"(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

Upaya mewujudkan peningkatan pemberian ASI eksklusif, selain harus didukung adanya kebijakan<sup>9</sup> juga dibutuhkan komitmen dan kejujuran implementor<sup>10</sup>

### **Tidak Memberikan Dot atau Kempeng pada Bayi**

Pemberian dot atau kempeng pada bayi menurut semua bidan sangat tidak dianjurkan ditakutkan nantinya bayi akan lebih sulit untuk menetek ke puting susu ibunya sendiri selain itu juga akan mengganggu pertumbuhan giginya nantinya<sup>8</sup>. Sedangkan menurut informan triangulasi yaitu pasien sendiri mengatakan bahwa mereka memang melaksanakan semua yang dianjurkan oleh bidan, hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

#### **Kotak 56**

".....Kalau dot saya tidak setuju karena bisa mengganggu pertumbuhan giginya dan wah...kalau sudah kenal dot bayi sulit neteki jadi kebingungan cari puting ibu..."(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

".....Kalau di VK memang nggak ada dot, tapi di ruang gabung setahu saya pakai sendok, jadi ndak pakai dot" (IT.BK1, IT.BK2, IT.BK3, IT.BS)

".....Saya sudah niat, pokoknya saya neteki saja, saya sering baca-baca buku tentang ASI ...."(IT.P1, IT.P2, IT.P3)

Meskipun bidan tidak memberikan minum dengan dot, namun untuk memberikan PASI (susu formula) bidan menggunakan sendok dan gelas yang memang tersedia di ruang rawat gabung, sesuai pengamatan peneliti. Seharusnya di ruang rawat gabung bayi harus menyusui ibunya, akan tetapi karena ada bayi yang minum susu formula, maka bidan

memberikan dengan menggunakan sendok agar bayi tidak bingung puting dan tetap bisa menyusui,<sup>8</sup> hal tersebut sesuai ungkapan kepala ruangan rawat gabung selaku informan triangulasi seperti berikut

**Kotak 48**

“.....Kalau ibu tetap ngotot minta susu formula, lebih baik saya siapkan sendok bu daripada pakai dot, malah bingung puting nanti...”(IT K3)

**Pembinaan terhadap kelompok pendukung ASI**

Langkah ke sepuluh dalam penerapan 10 LMKM adalah membentuk kelompok pendukung ASI segar dapat berjalan dengan lancar maka adanya pembinaan terhadap kelompok pendukung ASI, yang beranggotakan masyarakat dibawah bimbingan tenaga kesehatan, yang merupakan tempat rujukan jika pasien sudah pulang perawatan dan bermasalah dengan menyusui, namun menurut bidan kelompok tersebut belum ada atau belum terbentuk, dengan alasan masih perlu tenaga atau SDM dan masih ada bidan yang belum mengikuti pelatihan manajemen laktasi, hal tersebut terungkap seperti di bawah ini :

**Kotak 60**

“.....Setahu saya belum ada kelompok seperti itu. Jadi belum jalan lah sampai sekarang . Ya mungkin itu kan perlu waktu, tenaga, juga mungkin karena belum semua ikut pelatihan manajemen laktasi ya, jadi kita masih kurang kemauan dan pengetahuan....”(IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)  
“.....Ya...penghambatnya sebenarnya masih banyak ibu nifas yang belum memahami manfaat ASI dan manfaat menyusui. Juga bisa karena belum semua bidan bisa ikut pelatihan manajemen laktasi ya bu...” (IU.B1, IU.B2, IU.B3, IU.B4, IU.B5, IU.B6, IU.B7)

Dalam melaksanakan langkah terakhir dari sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui, perlu persiapan SDM yang berkualitas serta memiliki komitmen dan motivasi yang tinggi dari bidan.<sup>6</sup>

Sedangkan untuk memperbaiki pelaksanaan 10 LMKM perlu dilakukan evaluasi, karena evaluasi merupakan cara yang sistematis untuk memperbaiki kegiatan yang sedang

berjalan serta untuk meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan menyeleksi secara seksama alternatif-alternatif tindakan yang akan datang.<sup>9</sup>

**SIMPULAN DAN SARAN**

**A. Simpulan**

Hasil penelitian pada 7 bidan pelaksana yang bertugas di poli hamil, kamar bersalin dan ruang rawat gabung RSAL dr. Ramelan Surabaya disimpulkan sebagai berikut

1. Hampir semuanya berpendidikan DIII Kebidanan, kecuali 1 bidan yang hanya berpendidikan P2B, dan dari 7 bidan tersebut 5 orang sudah mengikuti pelatihan manajemen laktasi, sedangkan 2 orang yang bertugas di poli hamil belum pernah mengikuti pelatihan.
2. Semua bidan
  - a. Mendukung kegiatan pemberian ASI, namun belum ada kebijakan tentang pemberian ASI Eksklusif secara tertulis, sehingga pelaksanaan pemberian ASI berpedoman pada 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (10 LMKM) dan kebijakan berupa surat edaran Karumkit tahun 2008 tentang rawat gabung.
  - b. Mengetahui tentang pentingnya manfaat ASI dan cara menyusui yang benar, namun belum semua dapat menjelaskan kepada pasien, karena keterbatasan SDM
  - c. Dapat menunjukkan tehnik menyusui serta langkah-langkah yang benar, akan tetapi bidan tidak menjelaskan kepada pasien *ANC(Ante Natal Care)*
  - d. Berpendapat bahwa pelatihan manajemen laktasi sangat diperlukan agar bidan lebih paham untuk menyampaikan kepada pasien demi suksesnya pemberian ASI
  - e. Mengatakan di RSAL dr. Ramelan belum terbentuk KP-ASI (Kelompok Pendukung ASI) karena keterbatasan SDM serta hanya sebagian kecil saja bidan yang sudah mengikuti pelatihan manajemen laktasi
3. Pelaksanaan IMD belum dilaksanakan sesuai standart, terutama jika terjadi persalinan patologis, dikarenakan kurangnya SDM

4. Tatalaksana rawat gabung sudah dimulai sejak tahun 2008 dan sudah sesuai dengan prosedur tetap rawat gabung, namun demikian bidan masih memberikan susu formula pada bayi rawat gabung sesuai keinginan pasien
5. Di ruang rawat gabung paviliun E2 bidan sudah menjelaskan tentang *on demand* yaitu menyusui secara nir jadwal kepada pasien dan tidak ada masalah bagi bayi rawat gabung.

## B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit
  - a. Perlu dibuat kebijakan yang lebih bersifat teknis seperti juklak, juknis serta protap tentang ASI Eksklusif, selain itu diperlukan adanya ketegasan pihak manajemen untuk tidak memberikan celah yang memungkinkan bayi diberikan susu formula, dengan demikian penerapan 10 LMKM akan lebih optimal dilaksanakan, sehingga dapat meningkatkan pemberian ASI sesuai program ASI eksklusif.
  - b. Perlu dilakukan sosialisasi tentang program pemberian ASI kepada bidan secara terus menerus dan berkesinambungan baik secara formal melalui pendidikan, pelatihan yang terkait dengan ASI, maupun secara informal melalui pembinaan di tingkat ruangan, baik oleh kepala ruangan maupun supervisor kebidanan, hal ini berguna untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas staf dalam melaksanakan pelayanan kesehatan ibu dan anak.
  - c. Informasi tentang ASI dan menyusui sudah mulai disosialisasikan sejak ANC, agar dalam masa persalinan ibu (pasien) sudah punya bekal pengetahuan tentang IMD serta sudah memahami tentang fisiologi laktasi, sehingga ibu tidak minta bayinya diberikan susu formula dengan alasan ASI belum keluar ataupun ibu takut ASInya kurang untuk bayinya
  - d. Penambahan SDM akan sangat membantu pelaksanaan 10 LMKM secara optimal RSAL dr. Ramelan Surabaya
2. Bagi Peneliti

Dapat dikembangkan penelitian lebih lanjut sehingga dapat :

- a. Mengkaji tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan KIA yang diberikan oleh RSAL Dr. Ramelan Surabaya
- b. Mengkaji tentang keterlibatan pelaksana atau tenaga perawat dalam perbaikan mutu rumah sakit
- c. Dilakukannya penelitian lebih lanjut tentang faktor lain yang mempengaruhi pemberian ASI khususnya ASI eksklusif untuk mencapai pembangunan kesehatan berdasarkan MDG's

Penelitian dan pengkajian di atas akan berguna sebagai dasar dalam advokasi guna perbaikan kebijakan di masa mendatang dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

## DAFTAR ACUAN

- Prasetyo DS. ASI Eksklusif. Jakarta Rineka Cipta; 2009.
- Ruang Rawat Gabung RSAL dr. Ramelan, Dokumentasi Rawat Gabung dan Daftar Minum ASI dan PASI, 2011.
- Basrowi.Sukidin. Metode Penelitian Kualitatif Perspektif Mikro. Surabaya: Intan Cendekia; 2002.
- Burhan Bungin. Metodologi Penelitian Kualitatif. Jakarta: Raja Grafindo Prasaja; 2001.
- Sugiono. Memahami Penelitian Kualitatif. Bandung: Alfabeta; 2009.
- James.L.Gibson, John.M.Ivancevich, James.H.Donnelly J. Organisasi, Perilaku, Struktur dan Proses. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Budi Winarno. Kebijakan Publik Teori dan Proses. Yogyakarta: Media Pressindo; 2008.
- Utami Roesli. Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif. Jakarta: Pustaka Bunda; 2008.
- Wijono Djoko. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan - Teori dan Aplikasi. Surabaya: Airlangga University; 2000.
- George Edward III, Subarsono AG, Analisis Kebijakan Publik, Teori dan Aplikasi. Pustaka Pelajar, Jogjakarta, 2008
- APLIKASI.PUSTAKAPELAJAR, JOGJAKARTA, 2008.

## KARAKTERISTIK YANG MEMPENGARUHI MOBILISASI DINI PADA IBU NIFAS POST SECTIO CAESAREA

(Di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya )

Yuli Setyowati<sup>1</sup>, Supartini<sup>2</sup>

1. Mahasiswi Prodi D-III Kebidanan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya
2. Tenaga Pengajar Prodi D-III Kebidanan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya

### ABSTRAK

Mobilisasi dini ialah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Berdasarkan data yang didapatkan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2010 jumlah pasien yang mengalami tindakan *Sectio Caesarea* sejumlah 798 pasien, sedangkan pada tahun 2011 berjumlah 983 pasien mengalami peningkatan sebesar 2,3%. Tujuan dilakukan penelitian untuk mengetahui karakteristik yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas Post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu nifas dengan *Sectio Caesarea* yang dirawat di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya sejumlah 50 pasien. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *quota sampling*. Sampel dalam penelitian sejumlah 30 ibu nifas post *Sectio Caesarea* dengan menggunakan kuesioner dan observasi. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil bahwa dari 30 responden mobilisasi dini dilakukan cenderung dengan baik pada ibu dengan tingkat pendidikan SD sebesar 87,5%, sedangkan berdasarkan umur mobilisasi dini cenderung dilakukan dengan baik pada umur >35 tahun, sebesar 66,7%, dan berdasarkan paritas multipara sebesar 71,4%. Karakteristik yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini pada Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya 2012 ibu dapat melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* yang dilatar belakangi tingkat pendidikan SD, umur >35 tahun, multipara, sedangkan pada ibu primipara dan grandemulti mobilisasinya lebih banyak mengalami gangguan.

Kata Kunci : Ibu Nifas Post *Sectio Caesarea*, mobilisasi dini

---

### PENDAHULUAN

Upaya pembangunan di bidang kesehatan yang sedang dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan selama ini pada dasarnya untuk mempercepat tercapainya tingkat kesejahteraan. Salah satu program yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) masih merupakan kendala besar di negara berkembang seperti Indonesia (Himatusujanah, 2008).

*Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (intact). Istilah dalam *sectio caesarea*

adalah primer, sekunder, ulang, histerektomi. Penyebab dilakukan *sectio caesarea* diantaranya faktor janin, faktor ibu, riwayat persalinan sebelum dioperasi, faktor hambatan jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini, rasa takut persalinan. Indikasi *Sectio Caesarea* antara lain adalah disproporsi kepala panggul (CPD), disfungsi uterus, distosia, janin besar, gawat janin, kelainan letak, eklampsia, hipertensi pernah *Sectio Caesarea* sebelumnya, persalinan lama, ruptura uteri iminens, perdarahan antepartum (Sarwono, 2006).

Di Amerika Serikat antara tahun 1965 sampai 1988, angka *Sectio*

Caesareakeseluruhan setiap tahun meningkat secara progresif dari 4,5% semua persalinan sampai hampir 25% (*United State Public Health Service*, 1991). Sebagian besar peningkatan ini berlangsung pada tahun 1970-an sampai awal 1980-an dan terjadi di seluruh negara barat. Menurut Belizan dkk (1999) di Amerika Serikat telah merekomendasikan dua patokan pada tahun 2010, angka *sectio caesarea* sebesar 15,5% pada wanita nulipara dengan usia kehamilan 37 minggu atau lebih dengan janin tunggal presentasi kepala, angkakelahiran pervaginam dengan riwayat *Sectio Caesarea* sebesar 37% pada wanita dengan usia kehamilan 37 minggu atau lebih dengan janin tunggal presentasi kepala dan riwayat satu kali *Sectio Caesarea* (Cunningham, dkk., 2006).

Sementara di Indonesia terjadi peningkatan *Sectio Caesarea* dimana tahun 2000 sebesar 47,22%, tahun 2001 sebesar 45,19%, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,22%, tahun 2005 sebesar 51,59%, tahun 2006 sebesar 53,68% (Himatusujanah, 2008).

Berdasarkan data yang didapatkan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2010 jumlah pasien yang mengalami tindakan *Sectio Caesarea* sejumlah 798 pasien, sedangkan pada tahun 2011 berjumlah 983 pasien mengalami peningkatan sebesar 2,3%.

Dalam meningkatkan mutu pelayanan dan menyelamatkan jiwa ibu nifas maka perlu pemberian prioritas pelayanan kesehatan yang komprehensif yang bersifat terpadu dan berkesinambungan dengan menggunakan metode asuhan kebidanan yang meliputi tahap-tahapan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi dengan memandang klien sebagai satu kesatuan yang utuh secara biopsiko-sosial-spiritual dan kultural. Didalam pelaksanaan pelayanan kebidanan perlu keterlibatan klien dan keluarga sehingga keberhasilan bersama akan menimbulkan persamaan persepsi antara petugas kesehatan atau bidan, klien, keluarga klien dengan harapan klien dan keluarganya mampu memahami

kerjasama yang baik untuk upaya penyembuhan dan mengatasi masalah yang ada.

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin ditempat tidur dengan melatih bagian – bagian tubuh untuk melakukan peregangan (Sulaiman, 2000). Mobilisasi dini segera tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan luka pada ibu post *Sectio Caesarea*. Kemajuan mobilisasi dini tergantung pada jenis operasi yang dilakukan dan komplikasi yang mungkin dijumpai. Apabila menggunakan epidural atau spinal block, mobilisasi dini dimulai dengan tubuh bagian bawah dapat merasakan sehingga dapat menggoyangkan kaki, selanjutnya mulai miring ke kanan dan ke kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam secara berturut-turut duduk, berjalan disekitar tempat tidur dan mulai berjalan dalam jarak pendek (Chrissie Gallagher Mundi, 2004).

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi dini antara lain faktor intern : jenis persalinan khususnya pada ibu yang post *Sectio Caesarea*, takut jahitan lepas bila bergerak, kelelahan saat mengalami partus lama, cidera yang dialami sebelum persalinan akibat fraktur tulang belakang, keadaan umum dipengaruhi oleh penyakit penyerta ibu, persepsi nyeri tiap pasien berbeda, motivasi untuk melakukan mobilisasi dini, tindakan dengan anestesi, gaya hidup, emosi; faktor ekstern: dukungan suami, keluarga, kebudayaan yang melarang bergerak dan kaki harus lurus, sosial ekonomi, pelayanan yang diberikan petugas, individu senantiasa menyesuaikan dengan lingkungan menurut kebutuhannya. Faktor karakteristik : tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman yang diberikan petugas kesehatan, umur yang muda cenderung malu atau menarik diri, ibu bekerja terbiasa dituntut menyelesaikan tugasnya, paritas yang lebih banyak ibu akan segera melakukan mobilisasi dini karena harus merawat dan memberikan perhatian kepada anak yang lain (Rustam, 1998).

Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan sebagai tenaga medis yang berhubungan langsung dengan ibu adalah dengan memberikan penyuluhan tentang cara mengatasi

nyeri jahitan post *Sectio Caesarea* dan perawatan jahitan post *Sectio Caesarea*. Selama perawatan di ruang merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya ibu diajarkan untuk mobilisasi dini, memberikan minyak kayu putih, memakai gurita untuk rasa nyaman, dan mengkonsumsi obat – obatan sesuai dengan anjuran dokter.

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan pada tanggal 1 februari sampai 5 Maret 2012 di RSUD dr. Soetomo tindakan *Sectio Caesarea* sejumlah 119 pasien. Petugas kesehatan telah memberikan penyuluhan dan motivasi kepada ibu nifas Post *Sectio Caesarea* dari 119 pasien sebagian ibu melakukan mobilisasi dini dengan cepat, sebagian lagi lambat dan sulit atau membutuhkan waktu yang lebih lama sehingga petugas kesehatan harus memberikan perhatian dan pengamatan khusus pada pasien tersebut. Berdasarkan fenomena tersebut peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang karakteristik yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas Post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya.

Rumusan Masalah dalam penelitian ini adalah karakteristik apakah yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas Post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya? Tujuan Umum penelitian adalah mengetahui karakteristik yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas Post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Tujuan Khususnya adalah: 1) mengidentifikasi karakteristik pendidikan ibu yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya; 2) mengidentifikasi karakteristik umur ibu yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya ; 3) mengidentifikasi karakteristik parietas ibu yang mempengaruhi mobilisasi dini pada ibu nifas post *Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## BAHAN DAN METODE

Desain Penelitian ini adalah deksriptif dengan pendekatan *cross sectional* populasi penelitian adalah semua ibu nifas dengan *Sectio Caesarea* yang dirawat di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya sejumlah 50 pasien. Sampel penelitian sebesar 30 ibu nifas post *Sectio Caesarea*, pengambilan sampel dengan teknik *quotasampling*. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu mobilisasi dini Post *Sectio Caesarea*. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasional yang dilakukan oleh peneliti. Dimana peneliti melakukan observasi langsung ke ibu nifas post *Sectio Caesarea* dan melihat data dari data sekunder yang didapatkan dari rekam medis pasien.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariate atau analisis deskriptif yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Dalam analisis ini akan menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Teknik analisis data yang digunakan adalah cara perhitungan presentase. Aspek yang dinilai menggunakan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = persentase

F = frekuensi

N = jumlah subjek penelitian atau responden

(Arikunto, 2010)

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden: Pendidikan

Tabel.1. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	8	26,7
SMP	11	36,6
SMA	9	30
PT	2	6,7
Jumlah	30	100

Dari Tabel.1. menunjukkan bahwa pendidikan ibu nifas *post sectio caesarea* terbanyak SMP sebesar 36,6%. Hal ini disebabkan karena sarana pendidikan semakin banyak dan terjangkau sehingga pendidikan ibu nifas *post sectio caesarea* semakin tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah menerima informasi dari orang lain maupun dari media masa mereka akan berpikiran maju dan sangat ingin mencoba hal yang baru diperkenalkan (Koentjoroningrat, 1997).

Tingkat pendidikan seseorang tidak selalu mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu dalam bidang kesehatan. Tiap individu mempunyai daya pikir yang sama tetapi saat seseorang menerima informasi dari orang lain maka apakah ia langsung menerima atau menyanggahnya. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka semakin tinggi pula kemampuannya untuk menyanggah pendapat orang lain.

**Umur**

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Umur Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Umur	Frekuensi	Persentase
<20 tahun	4	13,3
20 – 35 tahun	17	56,7
>35 tahun	9	30
Jumlah	30	100

Dari Tabel.2. menunjukkan bahwa umur ibu nifas *post sectio caesarea* terbanyak umur antara 20-35 tahun sebesar 56,7%.

Umur adalah lama hidup individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun (Nursalam, 2003). Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.

Pada usia 20-35 tahun merupakan usia paling baik untuk melahirkan. Banyak faktor yang menyebabkan terjadi proses persalinan yang diakhiri dengan *sectio caesarea* diantaranya penyakit penyerta dan kelainan panggul yang

tidak memungkinkan untuk bersalin secara spontan.

**Paritas**

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Paritas Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Paritas	Frekuensi	Persentase
Primipara	6	20
Multipara	14	46,7
Grandemulti	10	33,3
Jumlah	30	100

Dari Tabel 3. menunjukkan bahwa paritas ibu nifas *post sectio caesarea* terbanyak multipara sebesar 46,7%. Paritas adalah keadaan wanita dengan jumlah anak yang pernah dilahirkan. Menurut Notoatmodjo (2005) menjelaskan bahwa pengalaman adalah guru yang baik. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman ini merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman merupakan suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan oleh sebab itu pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan.

**Mobilisasi Dini *Post sectio caesarea***

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini *post sectio caesarea* latihan pemapasan iga-iga dan latihan gerakan kaki Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Mobilisasi dini 6 jam post SC latihan pemapasan iga-iga dan latihan gerakan kaki	Frekuensi	Persentase
Baik	15	50
Cukup	13	43,4
Kurang	2	6,6
Jumlah	30	100

Dari Tabel.4. menunjukkan bahwa mobilisasi dini 6 jam *post sectio caesarea* latihan pemapasan iga-iga dan latihan gerakan kaki dapat dilakukan ibu dengan baik sebesar 50 % dan yang melakukan kurang 6,6%.

Tabel5. Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini 8 jam *post sectio caesarea* sudah harus miring ke kiri dan ke

kanan Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Mobilisasi dini 8 jam post SC sudah harus miring ke kiri dan ke kanan	Frekuensi	Persentase
Baik	17	56,7
Cukup	7	23,3
Kurang	6	20
Jumlah	30	100

Dari Tabel 5. menunjukkan bahwa mobilisasi dini 8 jam *post sectio caesarea* sudah harus miring ke kiri dan ke kanan dapat dilakukan ibu dengan baik sebesar 56,7 % dan yang melakukan kurang 20%.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini 24 jam pertama *post sectio caesarea* harus bisa duduk Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Mobilisasi dini 24 jam pertama <i>post sectio caesarea</i> harus bisa duduk	Frekuensi	Persentase
Baik	21	70
Cukup	8	26,7
Kurang	1	3,3
Jumlah	30	100

Dari Tabel 6. menunjukkan bahwa mobilisasi dini 24 jam pertama *post sectio caesarea* harus bisa duduk dapat dilakukan ibu dengan baik sebesar 70 % dan yang melakukan kurang 3,3%.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini Hari ke 2 *post sectio caesarea* harus bisa berdiri Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Mobilisasi dini hari ke 2 <i>post sectio caesarea</i> harus bisa berdiri	Frekuensi	Persentase
Baik	26	86,7
Cukup	4	13,3
Kurang	-	-
Jumlah	30	100

Dari Tabel 7. menunjukkan bahwa mobilisasi dini hari ke 2 *post sectio caesarea* harus bisa berdiri dapat dilakukan ibu dengan baik sebesar 86,7% dan tidak ada yang melakukan kurang.

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini Hari ke 3 *post sectio caesarea* harus bisa berjalan Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Mobilisasi dini hari ke 3 <i>post sectio caesarea</i> harus bisa berjalan	Frekuensi	Persentase
Baik	26	86,7
Cukup	4	13,3
Kurang	-	-
Jumlah	30	100

Dari Tabel 8. menunjukkan bahwa mobilisasi dini hari ke 3 *post sectio caesarea* harus bisa berjalan dapat dilakukan ibu dengan baik sebesar 86,7% dan tidak ada yang melakukan kurang.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Mobilisasi Dini Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Mobilisasi dini	Mobilisasi dini						Jumlah	
	Baik		Cukup		Kurang			
		%		%		%		%
6 jam post SC latihan pemapasan iga-iga dan latihan gerakan kaki	15	50	13	43,4	2	6,6	30	100
8 jam post SC sudah harus miring ke kiri dan ke kanan	17	56,7	7	23,3	6	20	30	100
24 jam pertama post Sc harus bisa duduk	21	70	8	26,7	1	3,3	30	100
Hari ke 2 post SC harus bisa berdiri	26	86,7	4	13,3	-	-	30	100
Hari ke 3 post SC harus bisa berjalan	26	86,7	4	13,3	-	-	30	100

Dari Tabel.9. menunjukkan bahwa mobilisasi dini ibu nifas *post sectio caesarea* dengan baik terjadi pada hari ke 2 dan hari ke 3 *Post Sectio Caesarea* sebesar 86,7%. Menurut Manuaba (2010) mobilisasi dini ialah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Mobilisasi fisik setelah sadar pasien boleh miring berikutnya duduk bahkan berjalan-jalan dengan infus, infus dengan cateter dibuka pada hari kedua atau ketiga.

Mobilisasi dini bertujuan agar ibu cepat pulih kembali seperti keadaan semula dan dapat beraktivitas secara mandiri tanpa bergantung pada orang lain. Mobilisasi dini juga dapat membantu mempercepat pemulihan ibu nifas setelah dilakukan *sectio caesarea*.

**Tabulasi Silang Karakteristik terhadap Mobilisasi Dini Ibu Nifas Post Sectio Caesarea Di RSUD dr. Soetomo Surabaya**

Tabel 10. Tabulasi Silang antara Pendidikan Ibu Nifas dengan Mobilisasi Dini Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo

Pendi dikan	Mobilisasi Dini						Per sen tas e	
	Baik		Cukup		Kuran g			
		%		%		%		
SD	7	87,5	1	12,5	-	-	8	100
SMP	5	45,4	3	27,3	3	27,3	11	100
SMA	5	55,6	3	33,3	1	11,1	9	100
PT	1	50	1	50	-	-	2	100
Jumla h	18		8		4		30	

Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Dari Tabel 10. menunjukkan bahwa dilihat dari tingkat pendidikan ibu nifas *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya yang melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik menunjukkan 87,5 % berpendidikan SD dan yang berpendidikan SMA

menunjukkan 11,1% melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan kurang.

Tabel 11. Tabulasi Silang antara Umur Ibu Nifas dengan Mobilisasi Dini Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Umur	Mobilisasi Dini						Per sen tas e	
	Baik		Cukup		Kuran g			
		%		%		%		
<20 tahun	2	50	2	50	-	-	4	100
20-35 tahun	10	58,9	4	23,5	3	17,6	17	100
>35 tahun	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	100
Jumla h	18		8		4		30	

Dari Tabel 11. menunjukkan bahwa dilihat dari umur ibu nifas *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya yang melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik menunjukkan 66,7% berumur >35 tahun dapat melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik dan yang berumur >35 tahun menunjukkan 11,1% melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan kurang. Dapat disimpulkan bahwa semakin bertambah umur mobilisasi dini dilakukan lebih baik.

Tabel 12. Tabulasi Silang antara paritas Ibu Nifas dengan Mobilisasi Dini Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* Di RSUD dr. Soetomo Surabaya periode 30 April – 26 Mei 2012

Paritas	Mobilisasi Dini						%	
	Baik		Cukup		Kuran g			
		%		%		%		
Primipara	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	100
Multipara	10	71,4	3	21,4	1	7,1	14	100
Grande multi	6	60	3	30	1	10	10	100
Jumlah	18		8		4		30	

Dari Tabel 12. menunjukkan bahwa dilihat dari paritas ibu nifas *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya yang melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik menunjukkan 71,4% pada paritas multipara dan pada grandemulti menunjukkan 10% melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan kurang.

#### **Karakteristik yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea terhadap Pendidikan**

Dari Tabel 10. menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu nifas *post sectio caesarea* dengan mobilisasi dini *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya, cenderung dilakukan dengan baik pada tingkat pendidikan SD sebesar 87,5%. Latar belakang pendidikan ibu membantu dalam penerimaan informasi dari orang lain atau petugas kesehatan dan kesadarannya untuk melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea*. Pada kenyataannya saat peneliti mengadakan penelitian di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya bahwa yang berpendidikan SD atau rendah lebih berani melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* karena keterbatasan pengetahuan dan pemikiran sehingga apa yang diarahkan oleh petugas pelayanan kesehatan selalu langsung dituruti dan dilaksanakan jadi tidak selalu berhubungan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi dari orang lain maupun media masa. Mereka akan berpikiran maju dan sangat ingin mencoba hal yang baru diperkenalkan (Koentjoroningrat, 1997)

#### **Karakteristik yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea terhadap Umur**

Dari Tabel 11. menunjukkan bahwa umur ibu nifas *post sectio caesarea* dengan mobilisasi dini *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya, cenderung dilakukan dengan baik pada ibu umur >35 tahun sebesar 66,7%.

Umur dapat mencerminkan pengalaman dan kematangan jiwanya dalam kemampuan berfikir

kreatif, pada kenyataannya saat peneliti mengadakan penelitian di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umur >35 tahun ibu lebih mampu untuk melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea*. Hal tersebut sudah sesuai dengan teori bahwa semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya (Nursalam, 2003).

#### **Karakteristik yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea terhadap Paritas**

Dari Tabel 12. menunjukkan bahwa paritas ibu nifas *post sectio caesarea* dengan mobilisasi dini *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya, cenderung dilakukan dengan baik pada ibu multipara sebesar 74,4%. Pada kenyataannya saat peneliti mengadakan penelitian di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan multipara lebih berani melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* karena pengalaman ibu yang pernah melahirkan maka ibu mampu untuk melakukan mobilisasi dini lebih cepat. Pada ibu primipara dan grandemulti ada gangguan untuk melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea*.

#### **SIMPULAN DAN SARAN**

Simpulan dari penelitian Karakteristik yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini pada Ibu Nifas *Post Sectio Caesarea* di Ruang Merpati RSUD Dr. Soetomo Surabaya 2012 sebagai berikut:

- 1) Tingkat pendidikan ibu nifas *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya yang melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik menunjukkan 87,5 % berpendidikan SD dan yang berpendidikan SMA menunjukkan 11,1% melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan kurang.
- 2) Umur ibu nifas *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya yang melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik menunjukkan 66,7% berumur >35 tahun dapat melakukan

mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik dan yang berumur >35 tahun menunjukkan 11,1% melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan kurang.

- 3) Paritas ibu nifas *post sectio caesarea* di Ruang Merpati RSUD dr. Soetomo Surabaya yang melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan baik menunjukkan 71,4% pada paritas multipara dan pada grandemulti menunjukkan 10% melakukan mobilisasi dini *post sectio caesarea* dengan kurang.

Berdasarkan hasil penelitian maka disarankan: Bagi petugas kesehatan harus membimbing ibu *post sectio caesarea* untuk dapat segera melakukan mobilisasi dini dengan benar

#### DAFTAR ACUAN

- Arifin, Z. (2010). *Metodologi Penelitian Pendidikan Filosofi, Teori dan Aplikasinya*. Surabaya : Lentera Cendikia.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bobak, dkk. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC.
- Depkes RI. (2008). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2008*. Selasa Maret 2012. <http://www.depkes.go.id>.
- (2007). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Senin Maret 2012. <http://www.depkes.go.id>.
- Derek, dkk. (2005). *Setiap Wanita*. Jakarta : Delaprastra Publishing.
- Hidayat, AAA. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. (2008). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- (2007). *Promosi Kesehatan Teori dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Kasdu, D. (2003). *Operasi Caesar: Masalah dan Solusinya*. Jakarta: Puspa Swara.
- Manuaba, IBG. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.
- (1999). *Operasi Kebidanan, Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Dokter Umum*. Jakarta: EGC.
- Maryunani, A. (2009). *Asuhan pada Ibu dalam Masa Nifas (Postpartum)*. Jakarta : Trans Info Media.
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif, Obstetri Sosial Ed. 2, Jilid 2*. Jakarta : EGC
- Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Widayatun, TR. (1999). *Ilmu Perilaku*. Jakarta : Sagung Seto
- Widuri, H. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia (Aspek Mobilitas dan Istirahat Tidur)*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.