

362.198  
muz  
2 21

**ANALISIS PROSES KOMUNIKASI DAN INFORMASI  
BIDAN DESA PADA KUNJUNGAN IBU HAMIL  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KRADENAN  
KABUPATEN BLORA TAHUN 2002**



**Tesis**

**untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S-2 Magister Kesehatan**

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan**

**Oleh**

**M U Z A I D I**

**E4A 000100**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG  
TAHUN 2003**

**UPT-PUSTAKA UNIDIP**

**© 2003**  
**Hak Cipta Ada Pada Penulis**

**TESIS**

**ANALISIS PROSES KOMUNIKASI DAN INFORMASI  
BIDAN DESA PADA KUNJUNGAN IBU HAMIL  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KRADENAN KABUPATEN BLORA  
TAHUN 2002**

Dipersiapkan dan disusun oleh

**MUZ A I D I  
E4A000100**

**Promosi Kesehatan**

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
Pada tanggal:

Menyetujui

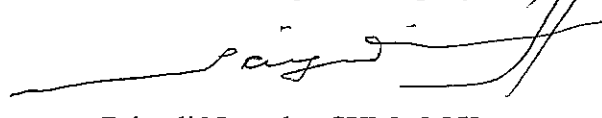
**DEWAN PENGUJI**

Pembimbing Utama



Dra. V. Tinuk Istiarti, M.Kes.  
NIP 131 764 483

Pembimbing Pendamping



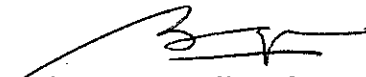
Priyadi Nugraha, SKM., M.Kes.  
NIP: 132 045 693

Penguji



Drs. Tandyo Pradekso, M.Sc.  
NIP 131 962 238

Penguji



dr. Bagoes Wijanarko, MPH.  
NIP. 131 962 236

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
Untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan  
Ketua Program studi



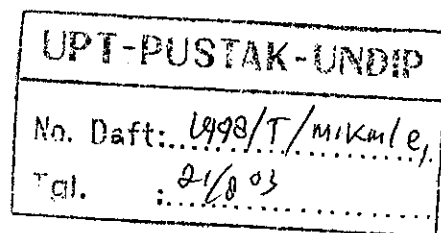
dr. Sudiro, MPH, Dr.PH.  
NIP 131 252 965

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

*Semarang, Pebruari 2003*

*Muzaidi*



## RIWAYAT HIDUP

- Nama : MUZAIDI
- Tempat/Tanggal lahir : Blora, 17 Juni 1966
- Agama : ISLAM
- Alamat : Jl: Merpati I/364, Desa. Batokan, Kecamatan Kasiman, Kabupaten Bojonegoro, Jawa Timur.
- Riwayat Pendidikan :
1. Taman Kanak-Kanak Desa Batokon tahun 1972.
  2. Sekolah Dasar Negeri Batokan III tahun 1972 – 1979.
  3. SMP Negeri Cepu 2 tahun 1979 – 1982.
  4. SMA Negeri Cepu, Jurusan IPA tahun 1982 – 1985
  5. SPPH (D1) Madiun tahun 1986 – 1987.
  6. Akademi Kesehatan Lingkungan Dep.Kes. Purwokerto tahun 1994 – 1996.
  7. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang, Peminatan Kesehatan Lingkungan tahun 1999 - 2000.
  8. Masuk Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang, Konsentrasi Promosi Kesehatan tahun 2001.
- Riwayat Pekerjaan dan Jabatan :
1. Pelaksana Peningkatan Kesehatan Lingkungan Puskesmas Kunduran Tahun 1988 – 1994.
  2. Pelaksana Peningkatan Kesehatan Lingkungan Puskesmas Cepu Tahun 1997 – sekarang.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SAW penulis panjatkan atas semua kasih sayang, rahmat, dan bimbinganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian serta penyusunan tesis : **“Analisis Proses Komunikasi dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan Kabupaten Blora Tahun 2002”** , tanpa ada hambatan yang berarti.

Penulis menyadari bahwa, tersusunnya tesis ini sampai dengan selesainya penulis mengikuti studi di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tentu tidak terlepas dari bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih banyak terutama ditujukan kepada :

1. **Dr. Budhi Tjahjanto, MM** ; selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blora yang telah memberikan ijin tugas belajar.
2. **Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputro, SpPD, KI**; selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
3. **Dr. Harbandinah Pietoyo, SKM**. Selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan.
4. **Dra, V. Tinuk Istiarti, Mkes**; selaku dosen pembimbing utama yang selalu memberi masukan dan dengan penuh kesabaran menuntun penulis untuk menyelesaikan tesis ini..
5. **Priyadi Nugraha, SKM.Mkes**; selaku dosen pembimbing pendamping dengan keiklasan dan kerelaannya selalu memberikan koreksi sampai terwujudnya tesis ini.
6. **Dr. Bagoes Widjanarko, MPH**; dan **Drs.Tandiyo Pradekso, M.Sc.** selaku dosen penguji; karena kritik dan saran-sarannya telah membuat tesis ini lebih baik.
7. **Drg. Zahroh Shaluhiyah, MPH**; yang memberi bimbingan dan masukan kepada penulis sampai selesainya proposal tesis ini.

8. **Pimpinan dan Proyek HP-5** Povinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan dan dana tugas belajar bagi penulis untuk mengikuti pendidikan Sarjana dan Pascasarjana UNDIP. Dan mohon maaf telah banyak merepotkan.
9. Kepada rekan-rekan di Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan moril maupun materiil, terutama kepada **mas Hariyanto, mbak Siti Mafullah, dan Pak Poyo** yang telah memberi data, informasi, dan literatur yang dibutuhkan penulis.
10. **Kepada staf sekretariat MIKM** (Mbak : Nungki, Triana, Yuni , Mas Rahmat-Promkes, dan Mas Jono-Perpus), atas *smart* birokrasinya dan permohonan maaf yang sebesar-besarnya jika selama ini telah banyak mengganggu.
11. **Drg. Toni Waluyo** selaku Kepala Puskesmas Cepu yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan. Dan semua jajaran staf Puskesmas Cepu atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk memanfaatkan fasilitas yang dapat membantu untuk kelancaran pendidikan hingga selesai.
12. **Dr. Faturrohim** selaku Kepala Puskesmas Kradenan memberi kesempatan kepada penulis melakukan penelitian wilayah kerjanya. Dan semua staf Puskesmas Kradenan yang telah memberi masukan dan data yang dibutuhkan penulis sebagai bahan penyusunan tesis.
13. **Wiwik Sri Mulyani, Indah Susilowati, dan Partini** atas kesempatan kepada Penulis untuk melakukan penelitian di tempat kerjanya. Dengan rasa ikhlas dan rendah hati, penulis menyampaikan permohonan maaf jika selama melakukan penelitian ada yang tidak berkenan.
14. **Kepala Desa Sumber, Getas, dan Nglungger dan perangkatnya** yang telah memberi ijin dan bantuan kepada penulis melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
15. **Indah Sri Rahayu** bidan RS Migas dan **Fitri** bidan Puskesmas Randublatung yang telah rela mengorbankan waktu dan tenaga untuk membantu penulis melakukan penelitian.

16. Kepada rekan-rekan tugas belajar HP-5, terutama teman - teman PROMKES (Aris, Atun, Dul, ) dan teman-teman dari Blora (Agus, Edy, dan mbak Emmy) atas motivasi dan kerjasamanya.

17. Keluarga Besar (alm) Djajadi yang senantiasa mendo'akan penulis agar dapat menyelesaikan pendidikan tepat pada waktunya. Terutama adiku Hedayani yang telah membantu dengan sabar dan rela mengorbankan waktunya untuk mengantar jemput selama penulis menempuh pendidikan.

Dengan kemampuan intelegensia, moril dan material serta waktu maupun bahan-bahan kepustakaan yang terbatas, kami menyadari bahwa karya ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun senantiasa penulis nantikan, demi terwujudnya karya yang lebih baik di masa yang akan datang.

Akhirnya, semoga Allah SWT senantiasa melindungi dan memberikan petunjuk kepada kita semua. Amin.

*Semarang, Pebruari 2003*

*Muzaidi*

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HAK CIPTA .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN .....	iv
RIWAYAT HIDUP .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR KOTAK .....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xviii
DAFTAR SINGKATAN .....	xix
ABSTRAK .....	xxi
 <b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan .....	7
1.3.1. Tujuan Umum .....	7
1.3.2. Tujuan Khusus .....	7
1.4. Manfaat Penelitian .....	8
1.5. Keaslian Penelitian .....	9

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Komunikasi dan Informasi .....	10
2.2. Unsur-unsur dan Model Proses Komunikasi .....	11
2.2.1. Unsur-unsur Komunikasi .....	11
2.2.2. Model Proses Komunikasi .....	12
2.3. Jenis-jenis Komunikasi .....	16
2.3.1. Sasaran Komunikasi .....	16
2.3.2. Isi Informasi .....	17
2.3.3. Sifat komunikasi .....	18
2.3.4. Berdasarkan Jumlah komunikan .....	19
2.3.5. Bentuk Komunikasi .....	20
2.3.5. Metode Komunikasi .....	21
2.4. Komunikasi antar Pribadi .....	21
2.4.1. Menyampaikan Pesan .....	21
2.4.2. Memberi makna dan Memahami Informasi .....	24
2.4.3. Akibat Komunikasi Antar Pribadi .....	25
2.5. Efektifitas Komunikasi .....	25
2.5.1. Menimbulkan Kesenangan .....	27
2.5.2. Menimbulkan Hubungan Sosial yang Baik .....	27
2.5.3. Menimbulkan Pengertian .....	28
2.5.4. Menimbulkan Pengaruh pada Sikap .....	29
2.5.5. Menimbulkan Tindakan yang Sesuai .....	29

2.6. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Komunikasi yang efektif..	29
2.6.1. Hambatan sosio-antro-pologis.....	30
2.6.2. Hambatan Semantis .....	31
2.6.3. Hambatan Mekanis.....	31
2.6.4. Hambatan Ekologis .....	31
2.7. Model Perubahan Sikap dan Perilaku Manusia .....	32
2.7.1. Model Komunikasi Persuasi .....	33
2.7.2. Persuasi dan Pengubahan Sikap Manusia .....	33
2.8. Komunikasi dengan Pasien .....	37
2.8.1. Hak-Hak Pasien .....	38
2.8.2. Membina Hubungan Pasien – Penolong .....	39
2.8.3. Petunjuk Berkomunikasi .....	41
2.9. Konseling .....	42
2.9.1. Pengertian Konseling .....	42
2.9.2. Tujuan Konseling .....	43
2.9.3. Langkah-langkah Melakukan Konseling .....	44
2.9.4. Hal-hal Penting Penting dalam Melakukan Konseling ....	46
2.9.5. Ketrampilan Berkomunikasi dalam Konseling .....	47
2.10. Bidan Desa .....	50
2.10.1. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi Bidan Desa .....	50
2.10.2. Tujuan Penempatan Bidan Desa .....	51
2.10.3. Kegiatan Bidan Desa .....	52
2.10.4. Kunjungan Ibu Hamil .....	52

2.10.4. Kunjungan Ibu Hamil .....	52
2.10.5. Pelayanan Antenatal .....	53
2.10.6. Pertanyaan yang Diajukan pada Kunjungan Pertama .....	55
2.10.7. Pertanyaan yang Diajukan pada Kunjungan ulang .....	59
2.11. Strategi KIE bagi Ibu Hamil .....	60
2.11.1. Pengertian KIE .....	61
2.11.2. Tujuan KIE .....	62
2.11.3. Strategi KIE .....	63
2.11.4. Prinsip Penyuluhan .....	65
2.12. Komunikasi antara bagi Bidan Desa dengan Pasien .....	65
2.13. Kerangka Teori.....	67

### **BAB III. METODE PENELITIAN.**

3.1. Kerangka Konsep .....	69
3.2. Definisi Operasional .....	70
3.3. Desain Penelitian .....	72
3.4. Subyek Penelitian .....	72
3.5. Tehnik Pengumpulan Data .....	73
3.5.1. Alat Pengumpulan Data .....	73
3.5.2. Cara Pengumpulan Data .....	73
3.6. Analisa Data .....	77
3.7. Validitas dan Reliabilitas Proses Penelitian .....	77
3.8. Hambatan Penelitian .....	78

## **BAB IV. HASIL PENELITIAN.**

4.1. Kondisi Umum Daerah Penelitian .....	79
4.2. Kondisi Sarana dan Tenaga Kesehatan .....	80
4.2.1. Kondisi Sarana Kesehatan .....	80
4.2.2. Kondisi Tenaga Kesehatan .....	81
4.3. Karakteristik Responden .....	82
4.4. Proses Komunikasi dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil .....	83
4.4.1. Penggunaan Bahasa oleh Responden (Bidan desa ) .....	83
4.4.2. Pemanfaatan Media dan Alat bantu Komunikasi oleh Responden (Bidan Desa) .....	84
4.4.3. Suasana Tempat Kerja Responden Bidan Desa .....	86
4.4.4. Metode Komunikasi yang Digunakan Bidan Desa .....	88
4.4.5. Waktu yang digunakan untuk Memberi Pelayanan.....	89
4.4.6. Pesan yang Disampaikan oleh Bidan Desa .....	90
4.4.7. Waktu (kesempatan) yang Digunakan oleh Responden untuk Melakukan Kegiatan Komunikasi dan Informasi ..	91

## **BAB V. PEMBAHASAN**

5.1. Potensi diri Responden .....	93
5.2. Karakteristik Informan .....	94
5.3. Bahasa Jawa sebagai Alat Komunikasi pada Pelayanan Kunjungan Ibu Hamil .....	96
5.4. Media Komunikasi .....	99

5.5. Pengaruh Suasana Lingkungan terhadap Kualitas Pelayanan ..	102
5.6. Penggunaan Metode Komunikasi Personal oleh Bidan Desa ...	105
5.7. Kepuasan Informan terhadap Lama ( waktu yang digunakan ) Pelayanan yang diberikan oleh Bidan Desa .....	108
5.8. Kemampuan Bidan Desa Pesan dalam menyampaikan Pesa pada saat Konseling ( Komunikasi dan informasi ) .....	110
5.9. Pemanfaatan Kesempatan (waktu) oleh Bidan Desa .....	113

## **BAB VI. PENUTUP**

6.1. Simpulan .....	116
6.2. Saran .....	117

## **Daftar Pustaka**

## **Lampiran**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 2.1. Karakteristik 3 Jenis Komunikasi .....	17
2. Tabel 4.1. Jumlah sebaran penduduk menurut golongan umur dan jenis kelamin di Wilayah Puskesmas Kradenan tahun 2001.	80
3. Tabel 4.2. Jenis Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerja Pusekesmas tahun 2002 .....	81
3. Tabel 4.3. Karakteristik Bidan Desa .....	82

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Model Dasar Komunikasi (Wilbur Schramm) .....	12
Gambar 2.2. Proses Komunikasi menurut Edqin B. Flippo .....	14
Gambar.2.3. Model Proses Komunikasi dari Harold Konz, Cyrill O'Donnel dan Heinz Wihrich .....	15
Gambar 2.4. Langkah-langkah Perubahan Sikap menurut Hovland, Janis, & Kelley .....	36
Gambar.2.5. Pendekatan Komunikasi dan Persuasi Menurut Model Studi Yale .....	37
Gambar 2.6. Kerangka Teori .....	67
Gambar 3.1. Kerangka Konsep .....	70

## DAFTAR KOTAK

	Halaman
Kotak 1 .....	84
Kotak 2 .....	86
Kotak 3 .....	87
Kotak 4 .....	87

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran.1. Dokumentasi Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2. Karakteristik informan wawancara mendalam
- Lampiran 3. Karakteristi informan Diskusi Kelompok terarah.
- Lampiran.4a. Hasil Observasi Analisis Proses Komunikasi dan Informasi Bidan  
Desa pada Kunjungan Ibu Hamil Status Ibu Hamil K1.
- Lampiran.4b. Hasil Observasi Analisis Proses Komunikasi dan Informasi Bidan  
Desa pada Kunjungan Ibu Hamil Status Ibu Hamil K4.
- Lampiran 5. Hasil Wawancara Mendalam dengan Bidan Desa
- Lampiran 6. Hasil Wawancara Mendalam dengan Ibu Hamil
- Lampiran.7a. Hasil Diskusi Kelompok Terarah Analisis Proses Komunikasi  
dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di  
desa Sumber.
- Lampiran.7b. Hasil Diskusi Kelompok Terarah Analisis Proses Komunikasi  
dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di  
desa Geta.
- Lampiran. 7c. Hasil Diskusi Kelompok Terarah Analisis Proses Komunikasi  
dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di  
desa Sumber.

## DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care.
BBL	: Bayi Baru Lahir.
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah.
DepKes.	: Departemen Kesehatan
DKK	: Dinas Kesehatan Kabupaten.
Fe	: Ferro ( nama lain tablet besi )
FGD	: Focus Group Discussion.
GATHER	: Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Return/Repeat.
Ha	: Hekto are.
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HS	: Hygiene Sanitasi
ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut
K1	: Kunjungan Ibu hamil yang Pertama
K4	: Kunjungan Ibu hamil yang ke Empat
KanWil.	: Kantor Wilayah.
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehtan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat.
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
PKK	: Peningkatan Kesejahteraan Keluarga.
PKM	: Penyuluh Kesehatan Masyarakat.
PMS	: Penyakit Menulas Seksual
PNC	: Post Natal Care
PNS	: Pegawai Negeri Sipil

Polindes	: Pondok Bersalin Desa
PTT	: Pegawai Tidak tetap.
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat.
Pustu	: Puskesmas Pembantu
PWS-KIA	: Pemantuan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
SATU TUJU	: Salam/sambut, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, Ulangi.
SD	: Sekolah Dasar
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
SMA	: Sekolah Menengah tingkat Atas
SMP	: Sekolah Menengah tingkat Pertama
SPK	: Sekolah Pendidikan Keperawatan.
SPPH	: Sekolah Pembantu Penilik Hygiene
SPPU	: Sekolah Pembantu Perawat Umum
SPRG	: Sekolah Perawat Gigi
TT	: Tetanus Toksoid
TV	: Televisi
WIB	: Waktu Indonesia Barat
5 T	: Timbang badan, Tinggi badan, Tablet besi, TT, Tinggi Fundus

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN  
TAHUN 2003**

**ABSTRAK**

**MUZ AIDI**

**ANALISIS PROSES KOMUNIKASI DAN INFORMASI BIDAN DESA PADA  
KUNJUNGAN IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KRADENAN KABUPATEN BLORA TAHUN 2002**

xxi + 118 + 4 tabel + 7 gambar + 7 lampiran.

Komunikasi dan informasi memegang peranan penting dalam menumbuhkan kesadaran ibu hamil untuk melakukan perawatan kesehatan ketika hamil. Kurangnya kesadaran ibu hamil terhadap ANC mengakibatkan rendahnya angka cakupan KI dan K4. Kondisi tersebut secara langsung berakibat pada tingginya AKI di Indonesia. Di Kabupaten Blora pada tahun 2001 AKI sebanyak 111/100.000 kelahiran hidup, dan di wilayah kerja Puskesmas Kradenan 71/100.000 kelahiran hidup. Cakupan kunjungan ibu hamil di Puskesmas Kradenan, pada tahun 2001 KI berjumlah 747 dan K4 berjumlah 571 dari 977 ibu hamil. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan indentifikasi proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dan ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kradenan.

Desain penelitian yang digunakan adalah diskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subyek penelitian sebanyak 3 bidan desa merupakan wakil dari seluruh bidan desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kradenan. Data dikumpulkan dengan cara observasi, wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah, selanjutnya diolah dengan menggunakan metode analisa isi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden (bidan) menggunakan bahasa Jawa sebagai alat komunikasi. Media dan alat bantu komunikasi yang ada tidak dimanfaatkan dengan baik oleh responden (bidan) pada saat konseling. Suasana tempat proses komunikasi dan informasi (konseling) sudah cukup memadai dan memuaskan. Metode konseling yang digunakan tidak diterapkan dengan baik oleh responden. Pesan yang disampaikan oleh bidan desa kepada ibu hamil hanya sebagian dan tidak diuraikan dengan jelas. Waktu yang digunakan untuk memberi pelayanan kepada informan (ibu hamil) tidak sesuai dengan pedoman yang ada. Responden melakukan komunikasi dan informasi (konseling) hanya pada saat ada kunjungan ibu hamil.

Responden (bidan) tidak melakukan konseling dengan benar. Sebagian dari langkah-langkah konseling tidak dilakukan oleh responden (bidan) dalam menyampaikan pesan kepada ibu hamil. Responden (bidan) sebaiknya menggunakan Pedoman Pelayanan Antenar di Tingkat Pelayanan Dasar agar informasi yang disampaikan mudah dimengerti dan dipahami oleh informan (ibu hamil).

Kata kunci : Bidan Desa, Komunikasi, Informasi, Ibu hamil,  
Kepustakaan : 38, 1985 – 2002

**Abstract**

**Muzaidi**

Analysis of Information and Communication Process of Midwives at the Pregnant Women Visit at Work Area of Kradenan Health Center at Blora District Year of 2002

xxi + 118 pages + 4 tables + 7 pictures + 7 enclosures

Communication and information are very important in reaching the awareness of the pregnant women to do a health care while they were pregnancy. Lack of pregnant women's awareness to ANC causes the low coverage of K1 and K4 visit. That condition causes the high of Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia directly. At Blora District, in 2001, the number of Maternal Mortality Rate (MMR) was 111/100.000 life births, and at work area of Kradenan Health Center, the number of Maternal Mortality Rate (MMR) was 71/100.000 life births. The coverage of K1 visit at Kradenan Health Center in 2001 was 747, and the coverage of K4 visit was 571 from 977 pregnant women. The aim of this research was to identify the process of communication and information between midwives and pregnant women at work area of Kradenan Health Center.

This is the *descriptive* research using a *qualitative approach*. The number of research subject were three midwives. They were a half of all midwives who were available at work area of Kradenan Health Center. Data were collected by the activities of observation, in-depth interview, and Focus Group Discussion. Data analyzing used *Content Analysis Method*.

The result of this research shows that midwives use Javanese language to do communication with pregnant women. The media and the equipments for communication are not used well by midwives while they are giving the counseling. Environmental condition as a place of process of communication and information is good enough. Counseling method, which is used is not applied well by respondents. Midwives only convey a half messages. They do not explain the messages clearly. Time for giving the services is not based on the guidelines. Respondents do communication and information while the pregnant women do the visit activities.

Midwives do not do the counseling correctly. Midwives in conveying the messages to pregnant women do not do a half of the counseling steps. Midwives should use a guide of Antenatal Care services on basic services level. Finally, the pregnant women will understand the information that is given.

Key Words: Midwife, Communication, Information, Pregnant Women  
Bibliography: 38, 1985 – 2002

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Angka kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi. Pada tahun 1992 sebesar 421/100.000 kelahiran hidup (Depkes., 1997), tahun 1995 sebesar 373/100.000 kelahiran hidup (Depkes, 2000), dan pada tahun 2000 kematian ibu hamil di Indonesia 343/100.000 kelahiran hidup. Angka-angka tersebut 3 – 6 kali lebih besar dari negara di wilayah ASEAN dan lebih dari 50 kali dari angka di negara maju. Di negara Philipina angka kematian ibu 44/100.000 kelahiran hidup, Malaysia 39/100.000 kelahiran hidup. dan Vietnam 160/100.000 kelahiran hidup (Depkes.dan Kesos, 2000).

Data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menunjukkan bahwa AKI di tingkat provinsi Jawa Tengah pada tahun 2000 masih tinggi. Dari 54.963 pasien persalinan yang dilayani, jumlah pasien yang mendapatkan persalinan normal sebesar 36.386 dan yang dilayani Rumah Sakit dengan komplikasi sebesar 16.412. Kematian yang terjadi pada pasien normal sebanyak 2.485 dan yang mengalami kematian akibat komplikasi berjumlah 12.204 (Kanwil dan Din.kes.Jateng., 2000).

Data kunjungan ibu hamil di provinsi Jawa Tengah bervariasi dari tahun ke tahun. Kunjungan ke I (K1) menurut data profil tahun 1997 sebesar 86,43%; pada tahun 1998 sebesar 79,42%; dan pada tahun 1999 sebesar 82,23%; dan menurut data program pada tahun 1999 sebesar 93,88%. Sedangkan kunjungan ibu hamil ke IV (K4) menurut data profil pada tahun 1997 sebesar 75,9%; pada

tahun 1998 sebesar 61%; dan pada tahun 1999 sebesar 68,95%; dan menurut data program sebesar 77,25 % (Kanwil dan Din.kes.Jateng., 2000).

Angka cakupan K1 maupun K4, berdasarkan data profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah pada tahun 2000 masih dibawah target 90%. Namun apabila dilihat berdasarkan data program tahun 1999 kunjungan K1 telah memenuhi syarat 90% tetapi cakupan K4 nya masih belum memenuhi syarat. Kunjungan ibu hamil yang beresiko tinggi pada tahun 1998 sebesar 14,01 % menurun menjadi 10,58% pada tahun 1999. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh dari pelaksanaan program terhadap kunjungan ibu hamil dengan risiko masih lemah. (Kanwil dan Dinkes.Jateng., 2000).

Salah satu Kabupaten di Jawa Tengah yang angka cakupan kunjungan ibu hamilnya masih sangat rendah dan perlu mendapat perhatian yang seksama adalah Kabupaten Blora. (Kanwil dan Din.kes.Jateng., 2000). Berdasarkan laporan kegiatan seksi kesehatan keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, cakupan kunjungan ibu hamil pada tahun 2000, K1 sebanyak 16.229 dan K4 13.799 dari 23.337, pada tahun 2001, K1 sebanyak 15.153 dan K4 sebanyak 13.885 dari 21.687. Persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2000 berjumlah 10.064 dan tahun 2001 berjumlah 10.644 , jumlah bayi lahir mati tahun 2000 sebanyak 118 dan tahun 2001 sebanyak 84; jumlah kematian bayi tahun 2000 sebesar 106 (752/100.000 kelahiran hidup) dan tahun 2001 sebesar 44 (357/100.000 kelahiran hidup); dan jumlah kematian ibu tahun 2000 adalah 71 orang (71/100.000 kelahiran hidup) dan tahun 2001 sebesar 15 orang atau 122/100.000 kelahiran hidup (Din.kes. Blora, 2002).

Pada tahun 1999 Jumlah Ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kradenan, Kabupaten Blora sebanyak 953 dengan cakupan K1 sebesar 715 K4 sebesar 583. Tahun 2000 ibu hamil sebanyak 918 dengan cakupan K1 sebesar 684 K4 sebesar 631, dan kematian ibu bersalin sebanyak 2 orang. Tahun 2001 ibu hamil sebanyak 977 dengan cakupan K1 sebesar 747, K4 sebesar 571, kematian bayi sebanyak 7 orang; kematian balita sebanyak 7 orang balita dan persalinan oleh tenaga kesehatan hanya 449 orang..

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya angka-angka tersebut, yaitu 1). faktor medis seperti perdarahan, keracunan, infeksi dan lain-lain ; 2) faktor yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan seperti keterbatasan cakupan pelayanan, rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pertolongan oleh dukun tradisional yang belum memahami tanda-tanda bahaya kehamilan/persalinan; dan 3) faktor non medis seperti kurangnya kesadaran pentingnya perawatan ketika hamil, keterbatasan pengetahuan ibu-ibu tentang bahaya resiko tinggi tentang kehamilan, ketidakmampuan ibu-ibu terutama yang tinggal di desa dalam menentukan siapa yang menolong persalinan, dan ketidakmampuan membayar ongkos persalinan (Kanwil dan Din.kes.Jateng., 2000).

Departemen Kesehatan pada tahun 1989/1990 membuat suatu kebijakan sebagai upaya terobosan untuk mempercepat penurunan AKI, yaitu dengan menempatkan bidan di desa. Kebijakan ini sekaligus merupakan upaya untuk memperluas jangkuan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), di samping juga mendekatkan pelayanan kesehatan lainnya, dalam rangka peningkatan kesehatan masyarakat khususnya Ibu dan anak (Depkes, 1998).

Mutu pelayanan mempunyai dampak terhadap proses pemilihan ibu hamil dalam mencari mencari tempat pelayanan pertolongan. Perhatian penuh dan peka terhadap kebutuhan pasien dianggap sebagai faktor yang penting dalam memberikan pelayanan yang bermutu, di samping ketrampilan teknis yang memadai. Samekto (1995), menyatakan bahwa Penyuluhan dan konseling merupakan komponen penting diantara komponen - komponen lain dalam meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kesehatan.

Ibu hamil merupakan sasaran utama dalam Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) untuk promosi program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (Depkes, 1996). KIE proses penyampaian berbagai informasi antar bidan desa dengan ibu hamil berupa data, fakta, rumusan serta acuan yang dilakukan secara teratur yang mendorong terjadinya proses perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu hamil tentang perawatan ketika hamil (Depkes, 1993).

KIE diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan, dan kesadaran ibu hamil akan pentingnya menjaga kesehatan ketika hamil. (Depkes, 1996). Kunjungan ibu hamil pertama kali merupakan waktu yang paling tepat untuk melakukan KIE. Komunikasi dan informasi pada saat kunjungan ibu hamil harus benar-benar dimanfaatkan oleh bidan desa. Bidan desa harus mampu menggali sebanyak mungkin permasalahan yang dihadapi oleh ibu hamil. Baik masalah kesehatan selama hamil atau masalah yang berkaitan dengan persiapan persalinan. Dengan demikian diperoleh jalan keluar untuk mengatasi masalah ibu hamil tersebut. Keberhasilan dalam melakukan KIE akan berdampak pada meningkatnya

pengetahuan dan kesadaran ibu hamil. Yang pada akhirnya mau memeriksakan diri secara rutin dan memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinannya.

Bidan desa tidak memanfaatkan kesempatan pada saat kunjungan ibu hamil untuk melakukan komunikasi dan informasi dengan baik. Bidan desa pada umumnya lebih mengutamakan pemeriksaan medis daripada melakukan komunikasi dan informasi kepada ibu hamil. Seorang bidan hanya melakukan pemeriksaan kehamilan kemudian mengajukan beberapa pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan tidak seperti apa yang ada dalam standar pelayanan kesehatan. Kenyataan ini pernah penulis lihat sendiri, pada waktu penulis berkunjung ke Puskesmas Pembantu desa Mernung. Hal tersebut diatas diperkuat oleh beberapa tenaga kesehatan antara lain koordinator. Petugas Penyuluh Kesehatan Masyarakat (PKM) dan Petugas Hygiene Sanitasi (HS) Puskesmas Kradenan Mereka mengatakan bahwa pada kunjungan ibu hamil kebanyakan bidan hanya melakukan pemeriksaan medis saja sedangkan kegiatan konseling hanya dilakukan sekedarnya.

Fakta ini memberi gambaran bahwa bidan desa belum mampu mempraktekkan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberi pelayanan kepada ibu hamil sesuai dengan teori yang telah diperoleh. Pengetahuan dan ketrampilan diperoleh bidan desa baik selama menjadi siswa bidan maupun setelah menjadi bidan desa. Bidan desa sebelum di tempatkan di desa biasanya memperoleh pelatihan yang berkaitan dengan tugas yang akan dijalani. Selain itu pembinaan terhadap bidan desa juga dilakukan oleh bidan koordinator lewat pertemuan rutin

disamping pelatihan-pelatihan lain yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Bertitik tolak dari uraian diatas, maka penulis ingin mengetahui bagaimana proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dengan ibu hamil pada kunjungan pemeriksaan kehamilan. Untuk itu penulis bermaksud melakukan penelitian sebagai dasar penyusunan tesis dengan judul “ Analisis Proses Komunikasi dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan, Kabupaten Blora Tahun 2002.”

## **1.2. Perumusan Masalah**

Upaya peningkatan kunjungan K1/K4, dan penurunan angka kematian ibu telah di mulai oleh pemerintah sejak tahun 1989/1990 dengan menempatkan bidan di desa-desa, namun sampai saat ini belum membuahkan hasil seperti apa yang diharapkan. Kasus tingginya AKI, dan rendahnya kunjungan ibu hamil merupakan bukti nyata kurang berhasilnya program penempatan bidan desa.

Rendahnya Kunjungan ibu hamil juga terjadi di Kabuapten Blora. Dimana angka kunjungan di Kabupaten Blora termasuk rangking bawah diantara Kabupaten/kota di Jawa Tengah. Begitu juga yang terjadi di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan, angka cakupan K1 dan K4 masih dibawah target. Dari 1.036 ibu hamil pada tahun 2001, K1 sebanyak 733 dan K4 571.

K1 dan K4 yang rendah akan berdampak pada tingginya Angka Kematian Ibu saat Persalinan. Masalah tersebut bisa diturunkan apabila para ibu hamil dan keluarganya menyadari, mengetahui dan memahami manfaat perawatan

kehamilan dan persalinan oleh tenaga kesehatan. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu hamil merupakan bagian tugas dari bidan desa.

Komunikasi dan informasi pada kunjungan ibu hamil adalah saat paling baik untuk melakukan intervensi kepada ibu hamil. Komunikasi dan informasi dapat berjalan dengan baik dan berhasil, bila bidan desa menggunakan pedoman pelayanan kebidanan dasar Depkes (1998). Pada studi pendahuluan yang dilakukan peneliti berdasarkan wawancara dengan koordinator Penyuluhan Kesehatan Masyarakat dan Petugas Hygiene Sanitasi Puskesmas Kradenan konseling (komunikasi dan informasi) pada kunjungan ibu hamil tidak dilaksanakan sebagaimana mestinya. Bidan desa lebih menitik beratkan pada pelayanan medis dan cenderung mengesampingkan informasi yang dibutuhkan oleh ibu hamil. Hal ini di sampaikan oleh.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas peneliti ingin memotret: Bagaimana proses komunikasi dan informasi bidan desa pada kunjungan ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kradenan, Kabupaten Blora ?.

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Identifikasi proses komunikasi dan informasi bidan desa pada kunjungan ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kradenan Kabupaten Blora.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Identifikasi bahasa yang dipakai oleh bidan desa dalam komunikasi dan informasi dengan ibu hamil

2. Identifikasi pemanfaatan media komunikasi oleh bidan desa bidan desa pada kunjungan ibu hamil.
3. Identifikasi suasana/ kondisi lingkungan pada saat bidan desa melakukan kegiatan komunikasi dan informasi.
4. Identifikasi metode komunikasi dan informasi yang digunakan oleh bidan desa pada kunjungan ibu hamil.
5. Identifikasi lama (jumlah waktu) yang digunakan oleh bidan desa berkomunikasi dengan ibu hamil.
6. Identifikasi pesan/materi informasi yang disampaikan oleh bidan desa kepada ibu hamil.
7. Identifikasi waktu kapan komunikasi dan informasi bidan desa dengan ibu hamil berlangsung.

### **7.1. Manfaat Penelitian.**

#### **7.1.1. Bagi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.**

Sebagai referensi tambahan untuk keperluan akademik dan penelitian lebih lanjut.

#### **7.1.2. Bagi Program KIA**

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan bidan di desa khususnya dalam upaya peningkatan kunjungan ibu hamil dan menurunkan angka kematian ibu bersalin.

## **7.2.Keaslian Penelitian.**

Sejauh pengetahuan penulis, penelitian Analisis Proses Komunikasi dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan Kabupaten Blora belum pernah ada yang melakukan.

Rampisela pada tahun 1997, pernah melakukan penelitian yang berkaitan dengan komunikasi dan informasi, yaitu analisis proses komunikasi dan informasi tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarganya yang dilakukan di RSUP dr. Sarjito. Aspek yang menjadi kajian penelitian Rampisela adalah pengaruh komunikasi dan informasi pada perilaku berobat pasien yang teratur. Hasil yang didapat menggambarkan bahwa penggunaan bahasa medis sulit dipahami oleh pasien, kepatuhan pasien untuk minum obat masih kurang, pasien merasa hanya sebagai obyek penerima tindakan, dan pasien membutuhkan informasi yang jelas dari perawat.

Adapun Penelitian yang akan dilakukan ini terfokus pada komunikasi dan informasi oleh bidan desa kepada ibu hamil pada saat terjadinya kunjungan ibu hamil. Dimaksudkan untuk mengetahui bagaimana proses komunikasi dan informasi yang berlangsung antara bidan desa dan ibu hamil.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi teori – teori yang digunakan untuk mendukung pembahasan masalah komunikasi dan informasi yang menjadi obyek penelitian. Teori – teori itu diantaranya adalah : komunikasi dan informasi, proses komunikasi, faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi, Jenis-jenis komunikasi, komunikasi antar pribadi, model komunikasi, komunikasi dengan pasien, Strategi KIE bagi Ibu hamil, dan konseling. Pada bagian selanjutnya dibahas masalah yang berkaitan dengan bidan di desa yaitu, kedudukan, tugas, fungsi dan kegiatan bidan desa serta penyuluhan bagi ibu hamil.

### 2.1. Komunikasi dan Informasi

Effendy (1992) menyatakan bahwa pengertian komunikasi adalah proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberi tahu atau untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku, baik langsung secara lisan, maupun tak langsung melalui media. Dalam definisi tersebut mengandung tujuan, yaitu memberi tahu atau mengubah sikap (*attitude*), pendapat (*opinion*) atau perilaku (*behaviour*). Sedangkan Widjaja (2001) mengartikan komunikasi sebagai hubungan atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan masalah hubungan, atau diartikan pula sebagai saling tukar menukar pendapat.

Direktorat Promkes (2000) mengatakan bahwa komunikasi sebagai suatu proses merupakan sarana penghubung antara dua makhluk hidup, bisa terjadi antara sesama manusia dan bisa juga terjadi antara manusia dengan

mahluk lain. Bahkan “keberhasilan” seseorang menempuh kehidupannya sangat dipengaruhi oleh kemampuannya dalam “berkomunikasi” dengan orang lain.

Mukijat (1991) menyatakan bahwa informasi adalah data yang telah diolah menjadi bentuk yang penting bagi si penerima dan mempunyai nilai yang nyata atau dapat dirasakan dalam keputusan-keputusan yang sekarang atau yang akan datang. Fungsi informasi menurut Eilers (2001) adalah menambah pengetahuan dan mengurangi ketidakpastian. Maka bagi ibu hamil pemberian informasi tentang biaya, manfaat, keuntungan-kerugian pemeriksaan dan resiko kehamilan merupakan hal sangat penting.

## **2.2. Unsur-Unsur dan Model Proses Komunikasi**

### **2.2.1. Unsur – Unsur Komunikasi**

Proses komunikasi manusiawi agar bisa berjalan, memiliki unsur-unsur tertentu yang esensial. Eilers (2001) menyatakan unsur-unsur itu adalah :

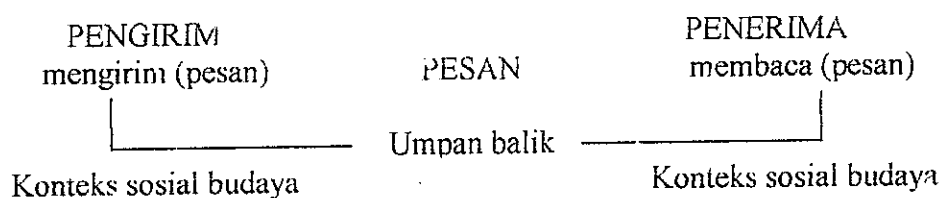
- a. Pengirim, yaitu orang yang menciptakan tindakan komunikatif. Pengirim memberikan sebuah pesan dan dengan itu menimbulkan reaksi.
- b. Penerima, yaitu orang yang menerima pesan atau rangsangan yang diberi oleh pengirim pesan, komunikator.
- c. Pesan, berada antara pengirim dan penerima sebagai isi yang telah dirumuskan untuk ditransmisikan.
- d. Saluran, media yang dipakai untuk mengirim pesan. Saluran ini bisa sederhana seperti suara manusia atau alat-alat teknis.

- e. Pengiriman (*encoding*), diperlukan untuk menyampaikan pesan dalam bentuk tanda untuk ditukarkan dan dimengerti oleh penerima yang dalam penerimaan (*decoding*) dapat membaca yang ditransmisikan itu. Setiap pengiriman membutuhkan penerimaan sehingga komunikasi berhasil.
- f. Konteks atau latar belakang penerima merupakan unsur lanjutan untuk menentukan bentuk pesan, penyelesaian media, dan untuk menentukan pengiriman dan penerimaan. Konteks dapat dimengerti secara umum ataupun dalam hubungannya dengan elemen individual dalam proses komunikasi.
- g. Umpan balik (*feedback*), adalah reaksi dari penerima yang mungkin telah merangsang reaksi lain lagi pada si pengirim. Umpan balik ini menunjukkan kepada si pengirim tentang entah pesannya diterima dan bagaimana pesannya itu diterima oleh penerima. Umpan balik bisa menguatkan, atau membentuk komunikasi selanjutnya.

## 2.2.2. Model Proses Komunikasi

### 2.2.2.1. Wilbur Schram

Wilbur Schram (1954) skema untuk memperoleh pemahaman dasar komunikasi, cukuplah menggunakan model berikut :



Gambar.1. Model Dasar Komunikasi (Wilbur Schramm)  
Sumber : Franz – Eilers, 2001

Dalam pengiriman pesan, sudah termasuk seleksi saluran dan hal yang sama juga berlaku pada proses penerimaan pesan. Penerimaan pesan menimbulkan umpan balik pada penerima yang akan ditransmisikan kembali kepada pengirim tadi, dan pengirim pertama menjadi penerima, dan dengan demikian menciptakan langkah baru dalam proses komunikasi. Pengirim menjadi penerima dan penerima menjadi pengirim, dan sebaliknya.

#### 2.2.2.2. Edwin B. Flippo

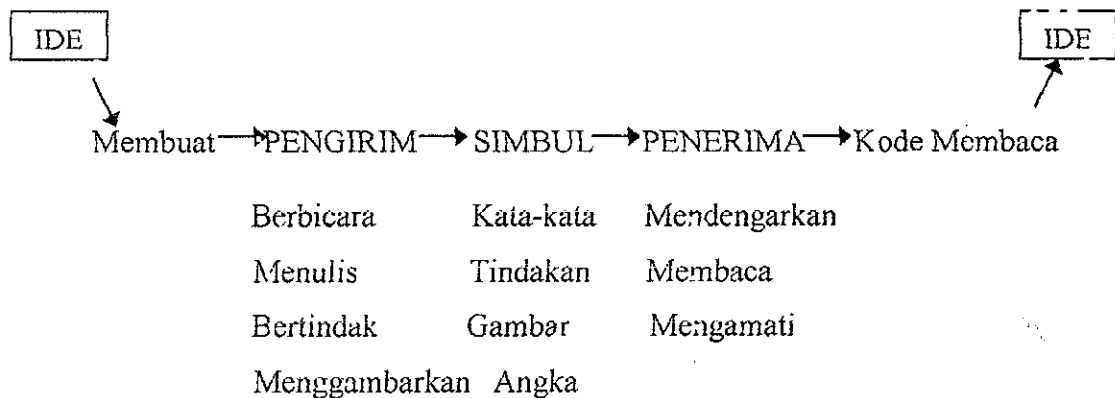
Menurut Flippo (1976) dalam Moekijat (1993) proses komunikasi mempunyai tiga unsur pokok, yakni :

1. Pengirim isyarat.
2. Media untuk mengirimkan isyarat.
3. Penerima isyarat.

Pengirim isyarat dapat berupa seseorang yang berusaha menyampaikan suatu jenis niat atau maksud kepada orang lain. Kita kodekan maksud tersebut ke dalam *simbul-simbul* dan menyampaikannya kepada orang lain. Simbul komunikasi yang penting adalah :

1. Kata-kata
2. Tindakan
3. Gambar
4. Angka

### Proses Komunikasi



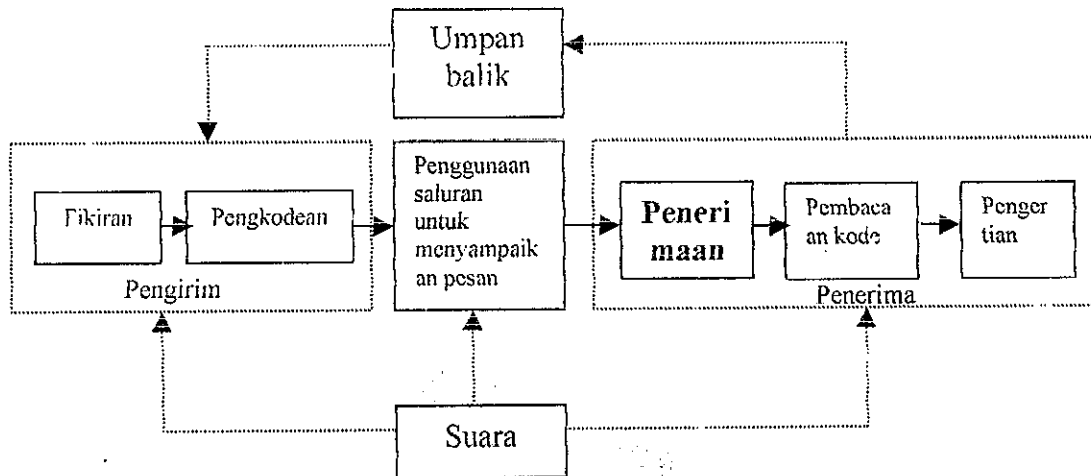
Gambar.2. Proses Komunikasi menurut Edqin B. Flippo.  
Sumber : Moekijat, 1993.

Gambar diatas menunjukkan, kecakapan komunikasi untuk menyampaikan pengertian atau maksud adalah berbicara, menulis, bertindak dan menggambarkan, sedangkan mereka yang menerimanya adalah mendengarkan, membaca, dan mengamati.

Media terdiri dari saluran-saluran komunikasi dan mekanisme khusus yang digunakan untuk menyampaikan isyarat. Penerima memperoleh simbol-simbol yang telah disampaikan kemudian membacanya untuk membuat suatu ide. Apabila isyarat itu membingungkan atau tidak jelas, atau apabila simbol-simbol yang digunakan tidak mengandung maksud yang sama bagi pengirim dan penerima, maka tidak terjadi komunikasi.

### 2.2.2.3. Harold Konntz, Cyrill O'Donnell dan Heinz Wihrich

Koontz et al. (1984) dalam Moekijat (1993) menjelaskan proses komunikasi dalam bentuk alur sebagai berikut :



Gambar.3. Model Proses Komunikasi dari Harold Konntz, Cyrill O'Donnell dan Heinz Wihrich  
Sumber : Moekijat, 1993

Komunikasi mulai dari pengirim yang mempunyai “pikiran” atau suatu ide, kemudian dikodekan. Mengkodekan suatu pesan dalam suatu bahasa yang dapat dimengerti oleh penerima. Informasi/pesan disampaikan melalui suatu “saluran” yang menghubungkan pengirim dengan penerima. Pesan itu mungkin lisan atau tertulis. Langkah berikutnya dalam proses komunikasi adalah “membaca kode” dimana penerima mengubah pesan ke dalam pikiran. Komunikasi yang cermat hanya dapat terjadi apabila baik pengirim maupun penerima memberikan pengertian yang sama atau paling tidak mirip dengan simbol-simbol yang membentuk pesan..

Komunikasi itu dipengaruhi oleh suara atau suasana yang merupakan sesuatu – apakah dalam pengirim, penyampaian atau penerima. Untuk mengecek keefektifan komunikasi, “umpan balik” adalah penting. Apakah suatu pesan sudah dikodekan, disampaikan, dibaca, dan dimengerti secara efektif sebelum pesan itu ditegaskan oleh umpan balik. Demikian pula, umpan balik menunjukkan apakah sudah ada perubahan dalam individu sebagai akibat komunikasi.

### **2.3. Jenis-jenis Komunikasi**

#### **2.3.1. Sasaran Komunikasi**

Widjaja (2001) menyatakan dari segi sasarannya maka komunikasi ditujukan / diarahkan ke dalam: komunikasi persona, komunikasi kelompok, dan komunikasi massa.

##### **2.3.1.1. Komunikasi Persona**

Komunikasi yang ditujukan kepada sasaran yang tunggal. Bentuknya bisa anjingsana, tukar pikiran, dan sebagainya. Komunikasi persona efektivitasnya paling tinggi karena komunikasinya timbal balik dan terkonsentrasi.

##### **2.3.1.2. Komunikasi Kelompok**

Komunikasi yang ditujukan kepada kelompok tertentu. Kelompok tertentu adalah suatu kumpulan manusia yang mempunyai antar dan antara hubungan sosial yang nyata dan memperlihatkan struktur yang nyata pula.

### 2.3.1.3. Komunikasi Massa

Komunikasi yang ditujukan kepada massa atau komunikasi yang menggunakan media massa. Komunikasi massa sangat efisien karena dapat menjangkau daerah yang luas dan audiensi yang praktis tak terbatas, namun komunikasi massa kurang efektif dalam pembentukan sifat persona karena komunikasi massa tidak dapat langsung diterima oleh massa.

### 2.3.2. Isi Informasi/pesan

Dari isi informasi yang disampaikan Saifuddin et al. (2000), membagi komunikasi menjadi :

- ❖ Motivasi
- ❖ Penyuluhan
- ❖ Konseling.

Tabel 2.1 : Karakteristik 3 jenis komunikasi

KOMUNIKASI	TUJUAN	ISI	ARAH	SIFAT	TEMPAT
Motivasi	mengarahkan	Promosi	Searah	Kepentingan petugas	Di mana Saja
Penyuluhan	Menjelaskan	Edukatif	Umumnya searah atau berat sebelah	Kewajiban petugas	Di mana saja
Konseling	Membimbing	Fakta	Dua arah	Kepentingan klien	Ruangan atau tempat khusus

Sumber : *Konseling Keluarga Berencana, PKMI, 1995*

### **2.3.3. Sifat Komunikasi**

Effendy (2000) membagi proses komunikasi berdasarkan sifatnya menjadi dua. Yaitu proses komunikasi tatap muka dan proses komunikasi bermedia.

#### **2.3.3.1. Proses Komunikasi tatap muka.**

Komunikasi tatap muka disebut juga komunikasi langsung (*direct Communication*). Adalah sebuah komunikasi yang terjadi antara komunikator dan komunikan saling berhadapan, saling melihat. Situasi seperti ini komunikator dapat mengetahui efek komunikasi pada saat itu juga. Dalam komunikasi tatap muka akan terjadi umpan balik (*feedback*) secara langsung, tanggapan komunikan akan tersalurkan kepada komunikator. Dengan demikian komunikator mengetahui tanggapan komunikan terhadap pesan yang disampaikan kepadanya.

#### **2.3.3.2. Proses komunikasi bermedia.**

Adalah suatu komunikasi yang menggunakan saluran atau sarana untuk meneruskan suatu pesan kepada komunikan. Konsekuensi dari komunikasi tak langsung (*indirect communication*) ini umpan balik tidak terjadi pada saat komunikasi berlangsung. Komunikator tidak mengetahui tanggapan komunikan pada saat itu. Oleh sebab itu dalam komunikasi menggunakan media, komunikator harus lebih matang dalam perencanaan dan persiapannya, sehingga ia merasa pasti komunikasinya akan berhasil.

#### **2.3.4. Berdasarkan Jumlah Komunikan.**

Berdasarkan jumlah komunikan yang dihadapi oleh komunikator , komunikasi dibagi menjadi :

##### **2.3.4.1. Komunikasi antar persona (*Interpersonal Communication*)**

Suatu komunikasi yang terjadi antara seorang komunikator dan seorang komunikan. Komunikasi jenis ini dianggap paling efektif dalam upaya merubah sikap, pendapat dan perilaku seseorang. Karena sifatnya dialogis , berupa percakapan. Komunikator mengetahui pasti apakah komunikasinya itu berhasil atau tidak. Jika tidak, ia dapat menyakinkan komunikan ketika itu juga. Karena dapat memberi kesempatan kepada komunikan untuk bertanya seluas-luasnya. Dengan demikian komunikator dapat mengarahkan ke suatu tujuan sebagaimana yang diinginkan.

##### **2.3.4.2. Komunikasi kelompok (*group communication*)**

Komunikasi ini termasuk komunikasi tatap muka karena komunikator dan komunikan berada dalam situasi saling berhadapan dan saling melihat. Komunikasi terjadi antara komunikator dengan sejumlah komunikan. Komunikasi ini menimbulkan konsekuensi . Apabila komunikasi dengan sejumlah kelompok kecil, komunikasi dapat terjadi dialog atau tanya jawab. Namun demikian tidak seefektif komunikasi antar persona. Karena komunikator tidak mungkin menguasai setiap diri komunikan seperti pada komunikasi antar persona.

Komunikasi dengan kelompok besar kemungkinan kecil terjadi dialog seperti pada kelompok kecil. Pada situasi ini komunikasi dalam menerima pesan lebih bersifat emosional, lebih-lebih jika komunikasi heterogen, beragam dalam usia, pekerjaan, tingkat pendidikan, agama dan sebagainya.

### **2.3.5. Bentuk Komunikasi**

Saifuddin et al. (2000) dari aspek pengungkapan dan pertukaran informasi, komunikasi digolongkan menjadi 2 bentuk, yaitu :

#### **2.3.5.1. Komunikasi verbal**

- ❖ Pertukaran informasi terjadi secara interaktif mendengar lawan bicara atau sebaliknya.
- ❖ Kontak mata sangat membantu kelancaran komunikasi.
- ❖ Pengamatan bahasa dan gaya bicara.
- ❖ Berlangsung dua arah atau timbal balik.
- ❖ Pemahaman dan penyerapan informasi, berlangsung relatif cepat dan baik

#### **2.3.5.2. Komunikasi non-verbal**

- ❖ Melalui observasi dari gerak gerik, ekspresi, gerak tubuh dan isyarat.
- ❖ Sulit untuk menyelami maksud dan perasaan klien.
- ❖ Sering terjadi salah persepsi.
- ❖ Konselor lebih banyak mengambil inisiatif.
- ❖ Komunikasi terganggu apabila kedua belah pihak tidak mengupayakan komunikasi verbal.

### **2.3.6. Metode Komunikasi**

Pemilihan metode dalam sebuah komunikasi didasarkan pada tujuannya. Metode komunikasi antara lain :

#### **2.3.6.1. Komunikasi informatif (*informative communication*)**

Komunikasi informatif adalah komunikasi yang bertujuan hanya untuk memberi tahu atau menyampaikan pernyataan/pesan. Tidak bermaksud merubah perilaku komunikan.

#### **2.3.6.2. Komunikasi persuasif (*persuasive communication*)**

Komunikasi persuasif bertujuan mengubah sikap, pendapat, atau perilaku. Komunikasi ini menimbulkan yang lebih tinggi kadarnya dibandingkan dengan komunikasi informatif, yakni dampak *kognitif*, dampak *afektik*, dan dampak *behavioral*.

### **2.4. Komunikasi antar pribadi**

Leliweri (1997) mengatakan bahwa dua orang yang terlibat dalam komunikasi antar pribadi sudah pasti akan mengirim dan menerima suatu pesan. Jadi ada kegiatan menyampaikan pesan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan berkaitan dengan pesan adalah sebagai berikut:

#### **2.4.1. Menyampaikan Pesan**

##### **2.4.1.1. Arti Pesan**

Pesan merupakan sekumpulan lambang. Lambang-lambang itu bersifat verbal dan nonverbal. Pesan yang akan dikirimkan harus dipersiapkan dengan baik agar dia bermakna. Effendy (1992) pesan yang memenuhi syarat adalah : (1) pesan yang dirancang dan disampaikan

sedemikian rupa sehingga menarik perhatian komunikan; (2) pesan yang menggunakan lambang-lambang, lambang itu berkaitan dengan pengalaman yang sama antar komunikator dan komunikan; (3) pesan yang membangkitkan kebutuhan pribadi komunikan, serta menyarankan cara-cara untuk memperoleh kebutuhan tersebut; dan (4) pesan yang menyarankan langkah-langkah yang disesuaikan dengan situasi kelompok komunikan.

Pesan dalam komunikasi antarpribadi, seperti kata Nimmo (1989) dalam Liliweri (1997), merupakan unsur primer. Perlu diingat bahwa dalam komunikasi antarpribadi, setiap orang berhak menginterpretasi rujukan dengan pikiran-pikiran yang dia bangun sendiri. Ada begitu banyak pesan yang diwakili oleh lambang kata-kata, namun ada pula pesan yang diwakili oleh gerakan anggota badan, bunyi dan bau; semua lambang itu harus diinterpretasi. Kita bisa mengatakan bahwa, kata "ibu pertiwi" merupakan lambang tanah air, jempol untuk nomor satu, alunan musik mars dan tenggo untuk menyatakan kegembiraan. Jadi kebersamaan makna hanya tercapai manakala ada kesamaan interpretasi atas lambang.

#### **2.4.1.2. Bagaimana Menyusun Pesan**

Pesan dalam proses komunikasi antarpribadi akan lengkap kalau susunan pengetahuan komunikator tentang pesan pun lengkap. Proses penyusunan pesan sangat ditentukan oleh faktor kelengkapan susunan pengetahuan komunikator. Liliwei (1997) dari Reardon (1987)

mengemukakan untuk menyusun pesan perlu diperhatikan tiga faktor, yaitu : (1) tatabahasa; (2) mengetahui dan mengenal orang lain; dan (3) mengetahui situasi.

### **1. Memperhatikan Tatabahasa**

Dalam batas-batas tertentu setiap orang harus mampu menjadikan bahasa sebagai alat komunikasi. Tatabahasa merupakan aturan-aturan yang dipergunakan dalam menjadikan bahasa sebagai alat komunikasi. Peraturan tersebut bertujuan agar setiap penutur berbahasa secara baik dan benar sehingga komunikasi lebih efektif.

Di dalam komunikasi tatap muka setiap komunikator dan komunikan mempunyai kemampuan kontrol yang sangat tinggi sehingga setiap kesalahan sekecil apa pun langsung diketahui sehingga faktor kesalahan bahasa harus dihindari.

### **2. Mengenal Pengetahuan Komunikan**

Komunikator perlu mengetahui tentang komunikan. Apa yang merupakan kesukaan dan kehormatan, kepatutan dan ketidakpatutan yang dikehendaki. Pengetahuan ini mengakibatkan komunikator dapat menyusun pesan yang tepat.

### **3. Mengenal Situasi atau Konteks**

Situasi merupakan keadaan sekeliling yang dibentuk oleh masa lampau dan masa sekarang suatu masyarakat. Situasi adalah keseluruhan pengaruh masyarakat, dia merupakan keseluruhan

hubungan kekuasaan dan hubungan-hubungan yang mencakupi kesadaran akan nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat tersebut.

Setiap orang senantiasa memperhatikan situasi komunikasi, karena setiap pesan hanya dapat bermakna dalam satu situasi sosial tertentu. Dalam hal demikian, situasi tidak saja menunjukkan tempat tetapi lebih dari itu yakni suasana. Pasar merupakan tempat jual-beli namun suasana pasar tidak cocok untuk suasana belajar dan berdoa, sebaliknya gereja dan masjid merupakan tempat berdoa tetapi bukan tempat bermain sandiwara atau lawak. Situasi tidak sekadar tempat melainkan keadaan yang menggambarkan suasana kebathinan manusia.

#### **2.4.2. Memberi Makna dan Memahami Informasi**

Pesan berfungsi sebagai stimulus yang bakal direspon oleh komunikan. Pesan-pesan merupakan susunan yang melambangkan suatu objek, peristiwa atau kejadian atau konsep tertentu. Pada umumnya pesan disusun berdasarkan data atau informasi. Keduanya merupakan pesan yang dalam komunikasi antarpribadi berfungsi menjelaskan kebersamaan dalam makna. Davis (1974) dalam Liliweri (1997) mengemukakan bahwa seorang komunikator dapat menyusun dan mengolahnya menjadi suatu bentuk yang penting bagi komunikan, hasil pengelolaan itu bernilai sehingga dapat dirasakan dalam pengambilan keputusan. Kebersamaan dan kesepakatan antara dua orang terhadap pesan itulah yang dimaksudkan dengan kebersamaan dalam pemahaman.

Teori komunikasi umumnya mengemukakan bahwa suatu informasi akan menjadi lebih berarti, jika jumlah, nilai/mutu informasi itu dapat menambah pengetahuan, pandangan, mengubah perasaan dan tindakan orang lain. Pesan harus bermakna mengurangi ketidakpastian (Liliweri, 1997).

#### **2.4.3. Akibat Komunikasi Antarpribadi**

Keistimewaan utama dari komunikasi antarpribadi tetap muka terletak pada umpan balik yang tidak ditunda (*undelayed feedback*). Cara umpan balik seperti ini yang membedakannya dengan komunikasi massa.

Liliweri (1997) mengemukakan umpan balik dalam komunikasi antarpribadi berfungsi agar setiap komunikator segera mengetahui secara langsung apakah pesa-pesan dan dirinya diterima atau ditolak oleh komunikan. Apabila mereka saling menanggapi pesan dan menerima kehadiran pribadi masing-masing maka telah terjadi komunikasi antarpribadi yang dialogis. Umpan balik berfungsi sebagai unsur pemer kaya, pemerkuat komunikasi antarpribadi sehingga harapan-harapan, minat, keinginan, para komunikator dan komunikan dapat tercapai.

#### **2.5. Efektivitas Komunikasi**

Widjaja (2000) mengartikan Efek adalah hasil akhir dari suatu komunikasi, yakni sikap dan tingkah laku orang, sesuai atau tidak sesuai dengan yang kita inginkan. Apabila sikap dan tingkah laku orang lain itu sesuai, maka itu berarti komunikasi berhasil, demikian juga sebaliknya.

Depkes, (2000) mengatakan bahwa efek dari berkomunikasi ada dua kemungkinan. Pertama, komunikasi tersebut efektif, berhasil mencapai tujuan yang diharapkan; kedua, komunikasi tersebut tidak efektif, artinya tujuan komunikator tidak tercapai. Faktor utama yang mempengaruhi efektivitas suatu proses komunikasi, yaitu: 1) Faktor personal atau kepribadian, 2) Faktor Situasional.

Faktor Personal, menyangkut kepribadian pengirim dan penerima pesan, merupakan faktor internal dari kedua pihak, terdiri dari faktor yang bersifat biologis dan faktor yang bersifat psikologis. Faktor Situasional, yaitu faktor situasi yang ada di sekitar tempat terjadinya proses komunikasi, merupakan faktor eksternal, yang juga mempengaruhi efektivitas komunikasi. Faktor situasional meliputi : 1) lingkungan fisik; 2) lingkungan psikologis seperti yang kita persepsikan; 3) rangsangan, yang mendorong dan memperteguh perilaku.

Efektivitas komunikasi dan pengaruhnya terhadap perubahan sikap dapat dilihat dari paling tidak dua aspek, yaitu organisasi komunikasi dan isi komunikasi atau pesan yang disampaikan. Suatu komunikasi akan efektif apabila disampaikan secara langsung berhadapan (*face-to-face*). Menurut penelitian, teknik komunikasi yang efektif adalah dengan mengemukakan kesimpulan komunikasi secara eksplisit kepada sikapnya hendak diubah, dan dengan mengulang-ulang (*repetition and familiarity*) argumentasi yang mendukung sikap yang dituju (Middlebrook, 1974) dalam Saifuddin (1995). Akan tetapi pengulangan pesan yang terlalu sering justru dapat mendatangkan penolakan arti individu yang dijadikan target.

Tanda-tanda Komunikasi yang efektif menurut Depkes, (2000) paling tidak menimbulkan lima hal, yaitu : 1) kesenangan; 2) hubungan sosial yang baik; 3) pengertian; 4) pengaruh pada sikap; 5) tindakan yang sesuai.

#### **2.5.1. Menimbulkan Kesenangan**

Munculnya kesenangan pada awal komunikasi sangat tergantung pada materi pesan yang dikirimkan maupun umpan baliknya. Kalau materi pesan dirasakan sesuai dengan kebutuhan dan/atau sekurang-kurangnya tidak bertentangan dengan nilai dan norma yang dianut oleh pihak-pihak yang berkomunikasi, maka si penerima pesan terlebih dahulu akan merasa senang untuk berkomunikasi. Kesesuaian isi pesan didapat melalui *umpan balik* yang diberikan oleh penerima pesan, baik secara verbal melalui ucapan dan tulisan maupun secara nonverbal dalam bentuk perubahan raut muka, gerakan berpaling atau lainnya. Oleh karena itu komunikasi yang efektif haruslah merupakan proses dua arah, dimana kedua belah pihak yang terlibat dalam komunikasi harus menghindari isi pesan atau ucapan-ucapan yang tidak disenangi oleh pihak lain.

#### **2.5.2. Menimbulkan Hubungan Sosial yang Baik**

Hubungan sosial yang baik dipengaruhi oleh gaya bicara masing-masing pihak yang berkomunikasi. Hal ini terkait dengan kemampuan berkomunikasi secara verbal dan nonverbal untuk menciptakan rasa senang dan persahabatan serta suasana emosi yang mendukung penerimaan pesan. Oleh karena itu seorang penyuluh hendaknya mampu menjadi seorang pendengar yang efektif.

### 2.5.3. Menimbulkan Pengertian

Kemampuan seseorang dalam menginterpretasikan suatu pesan atau informasi yang diterimanya berbeda-beda, sesuai dengan pengetahuan kebudayaan yang dimilikinya. Proses komunikasi dua arah menjadi penting untuk mengukur apakah interpretasi penerima terhadap pesan yang disampaikan sudah sesuai dengan apa yang dimaksudkan oleh pengirim pesan. Jika belum, maka pengirim pesan perlu menjelaskan kembali apa yang dimaksudkan.

Bahasa merupakan salah satu unsur dan produk kebudayaan manusia yang paling utama, yang bisa digunakan sebagai alat untuk menyampaikan pesan atau gagasan. Bahasa bisa berbentuk verbal (ucapan atau tulisan) dan bisa berbentuk nonverbal (gerakan-gerakan tubuh atau bagian dari organ tubuh). Dengan bahasa, orang bisa mengerti apa yang diinginkan. Oleh karena itu, agar masyarakat mengerti pesan-pesan yang disampaikan, maka seorang komunikator atau penyuluh hendaknya :

- a. Memahami dan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh masyarakat setempat.
- b. Menghindari penggunaan istilah-istilah asing bagi masyarakat.
- c. Menyampaikan sesuatu gagasan yang bisa ditangkap oleh kemampuan berpikir masyarakat.
- d. Mengemukakan pesan komunikasi secara singkat, jelas, terfokus dan terukur pencapaiannya, untuk menghindari salah interpretasi.

#### **2.5.4. Menimbulkan Pengaruh pada Sikap**

Sikap, merupakan kecenderungan seseorang untuk menginterpretasikan sesuatu dan bertindak atas dasar hasil interpretasi yang diciptakannya itu. Sikap seseorang terhadap sesuatu dibentuk oleh pengetahuan kebudayaan, antara lain berupa nilai dan norma serta sistem kepercayaan yang dianut.

#### **2.5.5. Menimbulkan Tindakan yang Sesuai**

Tindakan penerima pesan apabila tidak sesuai dengan isi pesan, maka komunikator atau penyuluh perlu melakukan introspeksi terhadap dirinya sendiri, apakah ia sudah menyampaikan pesan yang menyenangkan, bersahabat dan dapat dimengerti oleh penerima pesan, serta apakah ia telah memberi waktu yang cukup untuk terjadinya proses perubahan sikap dalam diri penerima pesan. Kalau belum, maka penyuluh perlu lebih meningkatkan lagi keterampilan komunikasinya.

### **2.6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Komunikasi yang Efektif**

Effendy (1992) dalam bukunya *Dinamika Komunikasi* membagi hambatan komunikasi menjadi empat yaitu ; hambatan socio-antro-psologis, hambatan sematik, mekanis, dan lingkungan.

#### **2.6.1. Hambatan socio-antro-psikologis.**

##### **2.6.1.1. Hambatan sosiologis.**

Komunikasi yang terjadi berkaitan erat dengan faktor sosiologis. Status hubungan antara komunikator dan komunikan akan menjadi pertimbangan dalam komunikasi. Apakah ia berkomunikasi dengan

anggota keluarga, apakah dengan bawahan atau atasannya, atau berkomunikasi dengan masyarakat yang terdiri dari berbagai golongan dan lapisan yang menimbulkan perbedaan status sosial, agama, ideologi, tingkat pendidikan, kekayaan dan sebagainya, yang kesemuanya dapat menjadi hambatan bagi kelancaran komunikasi.

#### **2.6.1.2. Hambatan antropologis.**

Seorang komunikator, dalam berkomunikasi tidak akan berhasil apabila tidak mengenal siapa komunikan yang menjadi sasarannya. Yang dimaksud siapa disini adalah ras apa, bangsa apa atau suku apa, sehingga mengenal pula kebudayaannya, gaya hidupnya, norma kehidupannya dan kebiasaannya atau bahasanya. Dengan mengenali ini komunikator akan lebih mudah dan tepat dalam menyampaikan pesan atau pernyataan.

#### **2.6.1.3. Hambatan psikologis.**

Faktor psikologis sering menjadi hambatan dalam komunikasi. Komunikator sebelum menyampaikan pesan harus tahu bagaimana kondisi kejiwaan komunikan, apakah dia sedang senang, marah, kecewa, sedih, bingung dan kondisi psikologis lainnya. Komunikasi akan sulit diterima jika komunikan sedang marah, kecewa atau marah, begitu sebaliknya komunikasi akan mudah diterima jika komunikan sedang senang dan perhatian.

Prasangka juga merupakan salah satu hambatan dalam komunikasi. Orang yang berprasangka belum apa-apa sudah bersikap menentang komunikator, komunikan akan menarik kesimpulan tanpa menggunakan

pikiran secara rasional. Emosi sering kali membutakan pikiran dan perasaan terhadap suatu fakta yang bagaimana pun jelas dan tegasnya. Orang tidak akan berfikir obyektif, dan apa saja yang dilihat atau didengar selalu akan dinilai negatif.

#### **2.6.2. Hambatan Semantis**

Hambatan semantis berkaitan dengan penggunaan bahasa oleh komunikator sebagai "alat" untuk menyampaikan pikiran dan perasaannya kepada komunikan. Komunikator harus benar-benar memperhatikan gangguan semantis ini, sebab ucapan atau tulisan yang salah dapat menimbulkan salah pengetian (*misunderstanding*) atau salah tafsir (*misinterpretation*) yang menyebabkan salah komunikasi (*miscommunication*).

#### **2.6.3. Hambatan mekanis**

Adalah hambatan yang disebabkan pada media yang dipergunakan dalam melakukan komunikasi. Sebagai contoh tulisan yang buram. TV atau radio yang tidak jelas suaranya, poster yang gambar atau tulisannya tidak sesuai dengan tujuan yang dimaksud dan lain-lain. Semua ini akan mempengaruhi penerimaan pesan oleh komunikan.

#### **2.6.4. Hambatan ekologis.**

Hambatan ini bersumber dari lingkungan dimana komunikasi berlangsung. Lingkungan yang dimaksud seperti suara yang gaduh, suara hujan, suara pesawat, kondisi tempat yang tidak mendukung dan lain

sebagainya. Hal demikian bisa diatasi dengan mengusahakan tempat yang bebas dari gangguan-gangguan tersebut.

Moekijat (1993) menyatakan banyak faktor yang mempengaruhi komunikasi yang efektif. Di antara faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Kemampuan orang untuk menyampaikan informasi.
- b. Pemilihan dengan seksama apa yang akan disampaikan oleh komunikator.
- c. Saluran komunikasi yang jelas dan langsung.
- d. Media yang memadai untuk menyampaikan pesan
- e. Penentuan waktu dan penggunaan media yang tepat.
- f. Tempat-tempat penyebaran yang memadai apabila diperlukan untuk memudahkan penyampaian pesan yang asli, tidak dikurangi, tidak diubah, dan dalam arah yang tepat.
- g. Kemampuan dan kemauan penerima untuk menerima pesan.
- h. Penerimaan informasi dan penafsirannya yang tepat.
- i. Penggunaan informasi yang efektif.
- j. Pemberitahuan kepada pengirim mengenai hasil tinjauan.

## **2.7. Model Perubahan Sikap dan Perilaku Manusia.**

Mayer et.al. dalam Graef et al. (1996) menyatakan komunikasi kesehatan didefinisikan sebagai "modifikasi perilaku manusia serta faktor-faktor sosial yang berkaitan dengan perilaku, yang secara langsung maupun tidak langsung mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit atau melindungi individu-individu terhadap bahaya. Karena berakar pada bidang pendidikan dan

penyuluhan kesehatan, maka komunikasi kesehatan sangat dipengaruhi oleh psikologi, komunikasi dan berbagai disiplin ilmu perilaku yang lain. Hal yang paling mendominasi di sini adalah teori-teori dan model-model perilaku kesehatan yang berbasis pada psikologi.

### **2.7.1. Model Komunikasi/Persuasi (*Communication/Persuasion Model*)**

Model Komunikasi/Persuasi (Mc Guire, 1964) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektivitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada berbagai input (atau stimulasi) serta output (atau tanggapan terhadap stimulus). Menurut model Komunikasi /Persuasi, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain. Variabel-variabel input meliputi: sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampai dan karakteristik penerima dan tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel-variabel output merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuatan keputusan, dan juga perilaku-perilaku yang dapat diobservasi (Greas et al., 1996).

### **2.7.2. Persuasi dan Perubahan Sikap Manusia**

Azwar (1995) berpendapat pemahaman mengenai mekanisme perubahan dan perubahan sikap sangat diperlukan karena sebagai manusia kadang-kadang kita berperan sebagai agen perubahan dan kadang-kadang kita berperan sebagai subjek perubahan. Suatu waktu

mungkin kita yang menginginkan orang lain agar mengubah sikap dan di lain waktu mungkin kita perlu mempertahankan sikap dari usaha-usaha yang hendak mengubahnya

Persuasi dan perubahan sikap manusia dalam Azwar (1995) terdapat beberapa model strategi diantaranya adalah :

#### **2.7.2.1. Strategi persuasi**

Persuasi merupakan usaha perubahan sikap individu dengan memasukkan ide, pikiran, pendapat, dan bahkan fakta baru lewat pesan-pesan komunikatif. Pesan yang disampaikan dengan sengaja dimaksudkan untuk menimbulkan kontradiksi dan inkonsistensi di antara komponen sikap individu atau di antara sikap dan perilakunya sehingga mengganggu kestabilan sikap dan membuka peluang terjadinya perubahan yang diinginkan.

#### **2.7.2.2. Persuasi Target (*Audience*)**

Sikap memiliki fungsi pengetahuan (*knowledge function*). Dengan sikapnya, seseorang akan mampu mengorganisasikan dan menginterpretasikan berbagai macam informasi yang ia terima. Ke dua, sikap mungkin memiliki fungsi ekspresi diri (*self-expression* atau *self-identity*) sehingga individu dapat menyatakan nilai-nilai atau keyakinannya. Ke tiga, sikap dapat berfungsi sebagai sarana peningkatan harga diri (*self-esteem*). Dengan mengetahui fungsi sikap bagi seseorang maka komunikator dapat menentukan strategi komunikasi yang tepat

dengan memberikan pesan persuasi yang berisi informasi yang relevan bagi fungsi sikap yang bersangkutan.

### 2.7.2.3. Pendekatan Tradisional

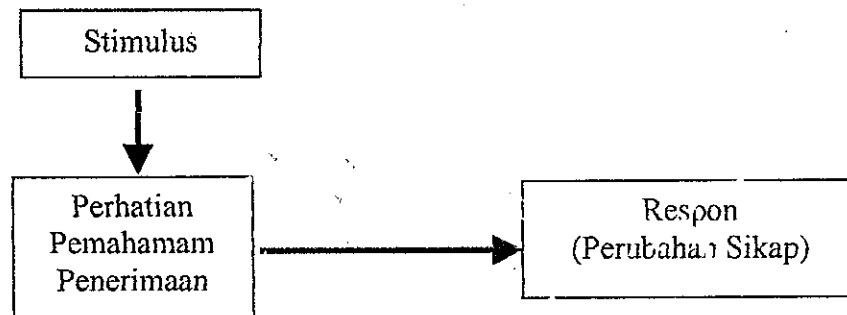
Pendekatan tradisional dalam persuasi pada umumnya meliputi beberapa unsur, yaitu sumber (*source*) sebagai komunikator yang membawa pesan (*message – communication*) kepada mereka yang sikapnya hendak diubah (*audience*), sehingga dikenal istilah “*who says what to whom and with what effect*”. Peran kesemua unsur dalam komunikasi persuasive ini ditelaah melalui studi dan riset sehingga melahirkan konsep dan teori mengenai strategi persuasi dalam usaha perubahan sikap manusia.

### 2.7.2.4. Model Studi Yale

Penelitian Hovland dan kawan-kawannya (Fishbein & Ajzen, 1975; Brehm & Kassir, 1990) bahwa komunikasi *persuasive* dipengaruhi oleh faktor – faktor bagaimana proses komunikasi itu terjadi, berbagai karakteristik pesan yang disampaikan, aspek tipe komunikasi, diri subjek penerima pesan itu seperti kemudahannya disugesti, sikap mereka sebelum diberi pesan, intelegensi, harga diri, kompleksitas kognitif, dan berbagai sifat kepribadian lainnya.

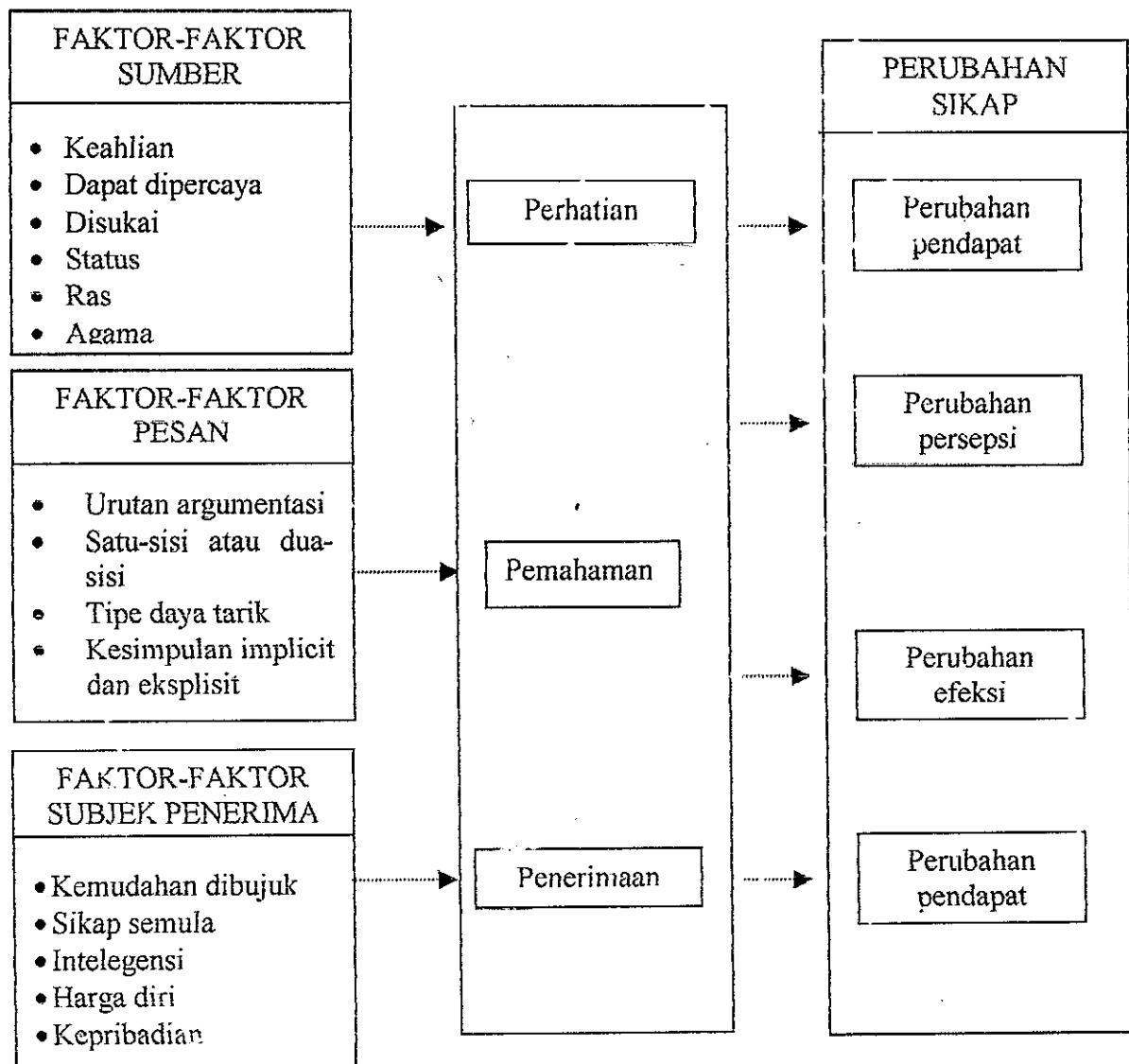
Asumsi dasar yang melandasi studi Hovland dan kawan-kawannya adalah anggapan bahwa efek suatu komunikasi tertentu yang berupa perubahan sikap akan bergantung pada sejauh mana komunikasi

itu diperhatikan, difahami, dan diterima. Langkah ini disajikan dalam gambar dibawah ini.



Gambar.4. Langkah - langkah Perubahan Sikap Menurut Model Hovland , Janis, & Kelley - 1953  
Sumber: Saifuddin Azwar, 1995.

Kemudian secara lebih terurai, faktor-faktor utama dalam model yang diusulkan oleh Hovland dan kawan-kawan dilukiskan dalam Gambar dibawah. Perhatian dan pemahaman subjek terhadap komunikasi atau pesan yang disampaikan akan menentukan apa yang akan dipelajari oleh subjek mengenai isi pesan tersebut, sedangkan proses-proses lain dianggap menentukan apakah isi yang dipelajari itu akan diterima atau diadopsi oleh subjek atautakah tidak.



Gambar 5. Pendekatan Komunikasi dan Persuasi Menurut Model Studi Yale  
 Sumber: Saifuddin Azwar, 1995.

## 2.8. Komunikasi dengan pasien

Selain gangguan fisik, pasien-pasien dengan komplikasi kehamilan atau persalinan, umumnya juga mengalami gangguan psikis atau ketegangan jiwa. Dalam keadaan seperti itu, sebagian besar pasien akan sulit untuk melakukan komunikasi atau bekerjasama dengan penolong atau staf klinik. Hal tersebut

sangat mengganggu upaya pertolongan atau prosedur pengobatan, terutama pada kasus gawat darurat. Upaya untuk segera menciptakan hubungan atau komunikasi yang positif, dapat mengurangi rasa cemas dan ingin diperhatikan dari pasien. Lebih dari itu, menghormati hak, memberi perhatian dan pelayanan yang terbaik, merupakan salah satu ciri suatu pelayanan yang bermutu (Saifuddin et al, 2000).

### **2.8.1. Hak-hak pasien**

Setiap pasien, termasuk mereka yang sedang mengalami komplikasi atau risiko kesehatan reproduksi, membutuhkan pelayanan kesehatan yang tepat dan segera. Apapun penyebab komplikasi tersebut, mereka berhak untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Hak tersebut harus diberikan, tanpa memandang suku bangsa, usia, agama, status sosio-ekonomi, status perkawinan, partai politik, kehidupan seksual ataupun jumlah anak dalam keluarga.

Saifudin et.al. (2000) menyatakan apapun alasannya, para pasien memiliki :

- a. Hak untuk memperoleh informasi tentang kondisi dan keadaan apa yang sedang mereka alami. Isi dan waktu pemberian informasi, sangat tergantung dari kondisi pasien dan jenis tindakan yang akan segera dilaksanakan. Informasi harus diberikan langsung kepada pasien ( dan keluarganya ).
- b. Hak untuk bertanya atau mendiskusikan tentang kondisi atau keadaan dirinya dan apa yang mereka harapkan dari sistem pelayanan yang ada,

dalam suasana yang dianggap memadai. Proses ini berlangsung secara pribadi dan didasari rasa saling percaya di antara kedua belah pihak.

- c. Hak pasien untuk dilayani secara pribadi. Pasien harus diberitahu siapa dan apa peran mereka masing-masing ( staf klinik peneliti, peserta pelatihan dan instruktornya, penyelia dan sebagainya ).
- d. Hak untuk menyatakan pandangannya tentang pelayanan yang telah diberikan. Pendapatnya tentang kualitas pelayanan, yang baik maupun yang masih kurang, maupun saran-saran perbaikan, harus diterima secara positif dalam kaitannya dengan perbaikan kualitas pelayanan.
- e. Hak untuk memutuskan secara bebas apakah menerima atau menolak suatu pengobatan. Persetujuan merupakan persyaratan dalam melakukan suatu tindakan, termasuk kegawatdaruratan akibat komplikasi kehamilan atau persalinan.

### **2.8.2. Membina Hubungan Pasien – Penolong.**

Cara petugas kesehatan menyampaikan informasi , sangat mempengaruhi hasil dan kejelasan informasi yang diterima oleh pasien. Hal ini juga berkaitan dengan kenyamanan selama tindakan, keberhasilan atau kegagalan upaya pertolongan dan kesalahfahaman dalam menilai apa yang telah mereka terima selama dalam perawatan. Para pasien akan kesulitan (terutama bila ada unsur kesengajaan) untuk menjelaskan faktor-faktor yang mungkin menjadi penyebab suatu komplikasi. Pasien baru mengerti mengapa petugas bertanya secara rinci apabila dijelaskan kaitan informasi yang diinginkan dengan terapi yang akan dijalankan.

Kelancaran komunikasi antara pasien-petugas, sangat membantu tukar-scrap informasi diantara kedua belah pihak. Landasan untuk membina hubungan baik tersebut adalah rasa saling percaya diantara kedua belah pihak (Saifuddin et al., 2000).

#### **2.8.2.1. Sebelum pengobatan**

Untuk membuat rencana pengobatan, diperlukan cukup masukan informasi klinis untuk membuat suatu diagnosis yang tepat. Pastikan pasien mengerti bahwa semua pertanyaan yang diajukan, digunakan untuk memberikan cara pengobatan yang terbaik bagi dirinya. Beri kesempatan untuk pasien menentukan bentuk pengobatan yang ditawarkan. Sebaliknya, pasien membutuhkan informasi tentang kondisi kesehatannya dan pilihan prosedur klinik yang dilakukan. Gunakan bahasa sederhana sehingga mereka mengerti pertanyaan yang diajukan dan informasi khusus dan penting untuk pasien.

#### **2.8.2.2. Selama prosedur klinik**

Perhatian dan bantuan yang diberikan oleh staf atau petugas kesehatan, dapat mengurangi kecemasan dan mengurangi rasa nyeri yang dialami oleh pasien. Dialog-dialog yang disampaikan secara lembut dan menenangkan, dapat mengalihkan fokus perhatian pasien dan rasa kurang nyaman yang sedang dialaminya. Peran staf dan semua petugas pelayanan dalam menerapkan hal ini, dapat memberi hasil diluar dugaan.

### 2.8.2.3. Setelah tindakan

Tenangkan pasien melalui penjelasan tentang kondisi kesehatan dan hasil pekerjaan yang telah dilakukan. Setelah rasa khawatir dan kecemasan (akibat prosedur yang dihadapinya) berkurang maka berikan beberapa informasi baru tentang langkah perawatan dan pemantauan lanjutan. Pada umumnya, masa pasca keguguran atau pascapersalinan, bukan saat yang baik untuk memutuskan menghentikan fertilitas atau menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Tetapi apabila ingin menghindari resiko reproduksi sejak tahap yang paling dini, mulailah dari pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan. Mungkin juga beberapa pasien sudah mempunyai pilihan metode kontrasepsi, sebelum hamil atau persalinan. Untuk hal seperti inilah alat kontrasepsi dapat ditawarkan.

### 2.8.3. Petunjuk berkomunikasi

Saifuddin et al. (2000) memberi beberapa petunjuk mengenai cara berkomunikasi, meliputi :

1. Dengarkan keluhan dan ungkapan perasaan pasien, jangan memotong pembicaraan.
2. Beri kesan bahwa kita sedang mendengar dan mencoba memahami apa yang diungkapkan pasien.
3. Jawab setiap pertanyaan dengan sabar dan penuh perhatian.
4. Berikan penjelasan secara singkat, lengkap dan mudah dimengerti. Ulangi informasi penting yang harus diketahui oleh pasien.

5. Gunakan istilah umum dan sederhana , jangan gunakan bahasa medis yang tidak dimengerti pasien.
6. Tunjukkan isyarat atau komunikasi non-verbal, misalnya mendekat atau tersenyum.

## **2.9. Konseling.**

Konseling merupakan proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan ketrampilan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut.

### **2.9.1. Pengertian Konseling**

Direktorat Promkes. (2000), mendefinisikan konseling adalah pertemuan tatap muka antara petugas konseling (orang yang berperan sebagai pihak yang membantu) dengan klien (orang yang membutuhkan bantuan), dengan tujuan agar klien mampu memahami masalah yang dihadapinya, kemudian menetapkan keputusan yang tepat bagi dirinya dalam mengatasi masalah tersebut dan bertindak sesuai keputusan yang telah ditetapkan itu, melalui pemberian informasi yang tidak memihak serta pemberian dukungan emosi dari petugas konseling pada klien.

Ivey dan Simek-Downing (1980) konseling adalah memberikan alternatif-alternatif, membantu klien dalam melepaskan dan merombak pola-pola lama, memungkinkan melakukan proses pengambilan keputusan

dan menemukan pemecahan-pemecahan yang tepat terhadap masalah (Singgih, 2000).

### **2.9.2. Tujuan konseling**

Tujuan konseling kesehatan reproduksi menurut Saifuddin et al. (2000) adalah:

1. Membantu pasien untuk memahami peristiwa kehamilan, persalinan, nifas dan risiko yang mungkin dihadapi sehingga dapat dilakukan upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan.
2. Membantu pasien dan keluarganya untuk menentukan kebutuhan asuhan kehamilan, pertolongan persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.
3. Membantu pasien atau klien untuk membuat pilihan salah satu metode kontrasepsi yang memenuhi kondisi kesehatan dan sesuai dengan keinginan mereka.
4. Membantu pasien untuk mengenali gejala atau tanda-tanda tentang akan terjadinya suatu risiko reproduksi dan fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai atau mampu untuk menanggulangi berbagai risiko atau komplikasi yang terjadi.

Konseling tidak hanya merupakan bimbingan untuk klien tetapi juga berkaitan dengan :

1. Hak klien untuk memperoleh informasi.
2. Indikator mutu pelayanan.
3. Membantu klien dalam menentukan pilihan.

4. Memahami kondisi yang dihadapi oleh klien.
5. Memberikan rasa puas pada klien.

### **2.9.3. Langkah-langkah Melakukan Konseling**

Ada 6 (enam) langkah dalam melakukan konseling yang bisa disingkat dengan "GATHER" yaitu : G-Greet = salam, A-Ask = tanya, T-Tell = ceritakan/uraikan, H-Heip = tolong/bantu, E-Explain = jelaskan dan R-Return/Repeat = ulangi. Untuk mempermudah mengingatnya maka dikembangkan dengan istilah dalam bahasa Indonesia, yakni "SATU TUJU", (Direktorat Promkes. 2000) yaitu :

1. SA = Salam, sambut
  - ❖ Sambut klien dengan hangat, sampaikan salam, berikan perhatian kepadanya dan tawarkan bantuan anda.
  - ❖ Bersikaplah ramah dan sopan
  - ❖ Perkenalkan diri anda.
  - ❖ Berikan jaminan bahwa anda menjaga kerahasiaan percakapan anda dengan klien.
  - ❖ Cari tempat dan ciptakan situasi yang aman dalam melakukan percakapan.
2. T = Tanyakan
  - ❖ Tanyakan atau minta klien untuk menyampaikan masalahnya pada anda. Dengarkan dengan penuh perhatian dan rasa empati. Mintalah klarifikasi apabila anda belum jelas.

- ❖ Beritahukan bahwa semua keterangan itu diperlukan untuk menolong mencari atau memilih cara penyelesaian masalah.
- ❖ Usanakan supaya anda dapat melakukan kontak mata/berpandangan dengan klien.

3. U = Uraikan

- ❖ Uraikan informasi yang berkaitan dengan penyelesaian permasalahan yang telah disampaikan klien tersebut secara lebih rinci dan jelas, misalnya : masalah penggunaan kontrasepsi, bahaya menggugurkan kehamilan dan lain sebagainya.
- ❖ Gunakan media KIE misalnya : lembar balik, poster dll, untuk mempermudah pemahaman klien.

4. TU = Bantu

- ❖ Bantu klien untuk memahami berbagai cara pemecahan masalah yang bisa dilakukan.
- ❖ Ajak klien agar memahami berbagai rintangan yang mungkin dihadapi dalam menetapkan dan melakukan keputusan cara pemecahan masalah yang dipilih.

5. J = Jelaskan

- ❖ Jelaskan informasi yang jelas mengenai cara menanggulangi permasalahan yang dihadapi klien dari segi positif dan negatifnya, serta diskusikan upaya untuk mengatasi hambatan/rintangan yang mungkin dihadapinya.

- ❖ Jelaskan berbagai pelayanan kesehatan ibu yang ada, beserta usaha rujukan bila terjadi masalah yang tidak bisa ditangani.
- ❖ Gunakan media KIE saat memberi penjelasan, jangan membiasakan membuat gambar di udara.

6. U = Ulangi

- ❖ Ulangi segala informasi yang telah anda sampaikan, serta keputusan yang telah diputuskan klien, untuk memperjelas. Kemudian buat janji untuk pertemuan berikutnya.

#### 2.9.4. Hal-hal Penting dalam Melakukan Konseling

Direktorat Promkes. (2000) mengatakan bahwa ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan oleh petugas konseling/BdD yaitu :

1. Mampu memberi perhatian dan bisa memahami klien.
2. Memberikan informasi yang bisa dipahami klien, yakni menggunakan bahasa sederhana, sesuai budaya masyarakat, menggunakan kalimat yang pendek, banyak memberikan kesempatan klien bertanya dan mendengarkan secara aktif keluhan klien.
3. Cari ruangan yang aman untuk melakukan percakapan, ciptakan suasana yang terbuka dan akrab.
4. Gunakan media KIE, untuk mempermudah pemahaman penyampaian pesan/informasi.
5. Sikap petugas konseling yang mencerminkan kemampuan dan keinginannya membantu/menolong klien.

6. Berlaku sopan, penuh perhatian, tidak menggurui dan menguasai permasalahan.

#### **2.9.5. Ketrampilan Berkomunikasi dalam Konseling**

Depkes. (1998) mengatakan bahwa konseling bertujuan memberikan informasi dan bimbingan/pemikiran untuk membantu klien mengambil keputusan yang tepat untuk dirinya. Untuk itu diperlukan kemampuan untuk mendengarkan dan menangkap hal-hal yang dicemaskan oleh klien. Informasi yang disampaikan klien mungkin bersifat sangat pribadi dan peka, sehingga efektifitas interaksi dengan klien tergantung kepada kemampuan bidan dalam berkomunikasi

Konseling akan mampu membantu klien mengambil keputusan bila petugas memberikan rasa nyaman, mendengarkan dengan sungguh-sungguh dan memberikan informasi yang dibutuhkan. Untuk itu perlu dilakukan hal-hal sebagai berikut (Depkes., 1998) :

##### **2.9.5.1. Memperhatikan tradisi setempat.**

Ada beberapa topik bahasan yang bersifat sangat pribadi dan peka. Hal-hal seperti ini perlu diperhatikan dan dipelajari cara yang tepat dalam membahasnya.

##### **2.9.5.2. Memakai istilah setempat.**

Perlu penggunaan istilah setempat dalam memberikan penjelasan, hindari memakai istilah medis. Sebaiknya dalam berkomunikasi dipakai bahasa daerah setempat pula.

**2.9.5.3. Menjelaskan dengan singkat dan jelas.**

Bidan diharapkan mampu menjelaskan proses kehamilan dan memberikan nasehat tentang cara menjalani masa kehamilan agar ibu dan janin tetap sehat. Penjelasan tersebut harus jelas dan mudah dipahami oleh ibu.

**2.9.5.4. Mendengarkan dengan baik.**

Perhatian perlu ditujukan sepenuhnya kepada klien yang sedang berbicara. Bidan perlu berkonsentrasi untuk mendengarkan semua yang dikatakan oleh klien dan perasaan yang tersirat. Hal ini penting garabidan dapat memberikan reaksi yang sesuai dengan apa yang diharapkan oleh klien.

**2.9.5.5. Memberikan kesempatan untuk bertanya.**

Hal ini penting untuk memberikan pemahaman yang baik terhadap topik bahasan yang dibicarakan. Dengan demikian, perubahan perilaku diharapkan dapat terjadi dengan mudah.

**2.9.5.6. Penggunaan media yang tepat.**

Moekijat (1993), berpendapat bahwa media yang sesuai dengan topik dan mudah dipahami oleh penerima pesan akan membantu suksesnya komunikasi. Sebaliknya apabila medianya tidak tepat akan menambah bingung penerima pesan untuk memahami apa yang disampaikan oleh komunikator.

### **2.9.5.7. Membantu dalam pengambilan keputusan.**

Diskusi dengan ibu hamil dan/atau suami hendaknya sudah mengarah kepada pengambilan keputusan tentang tindakan yang paling tepat bagi ibu, disesuaikan dengan keadaan.

Ketrampilan untuk melakukan konseling, diperoleh melalui pelatihan khusus. Pada pelatihan tersebut, aspek ketrampilan, harus dilengkapi dengan aspek pengetahuan klinik secara baik dan lengkap. Ketrampilan lain yang diperlukan adalah ketrampilan untuk memulai dan memelihara komunikasi (Saifuddin et al. 2000).

Secara garis besar, kemampuan untuk melaksanakan komunikasi positif secara efektif merupakan syarat bagi seorang konselor. Ciri konselor yang efektif menurut Saifuddin et al. (2000) adalah :

1. Mampu menciptakan suasana nyaman dan aman bagi klien.
2. Menimbulkan rasa saling percaya di antara klien-konselor.
3. Mampu mengenali hambatan sosio-kultural setempat.
4. Mampu menyampaikan informasi objektif, lengkap dan jelas (bahasa yang mudah dimengerti ).
5. Mau mendengar aktif dan bertanya secara efektif dan sopan.
6. Memahami dan mampu menjelaskan berbagai aspek kesehatan reproduksi.
7. Mampu mengenali keinginan klien dan keterbatasan penolong.
8. Membuat klien bertanya, berbicara dan mengeluarkan pendapat.
9. Menghormati hak klien , membantu dan memperhatikan.

## **2.10. Bidan Desa**

Tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi disebabkan jangkauan pelayanan kesehatan masih terbatas disamping kesadaran dan kemampuan masyarakat termasuk ibu masih rendah. Oleh sebab itu perlu adanya bidan di desa untuk mengatasi hal tersebut. Kedudukan, tugas dan fungsi bidan di desa adalah sebagai berikut (Depkes., 1998).

### **2.10.1. Kedudukan, Tugas dan Fungsi Pokok bidan di Desa**

#### **2.10.1.1. Kedudukan**

Bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya, yang meliputi 1 samapi 2 desa. Dalam melaksanakan tugasnya bidan bertanggung jawab langsung kepada kepala puskesmas setempat dan bekerja sama dengan perangkat desa.

#### **2.10.1.2. Tugas**

Tugas pokok bidan di desa adalah sebagai berikut :

1. Melaksanakan pelayanan KIA, khususnya dalam mendukung pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas; pelayanan kesehatan bayi dan anak balita; serta pelayanan KB.
2. Mengelola progam KIA di wilayah kerjanya dan memantau pelayanan KIA di wilayah desa berdasarkan data riil sasaran, dengan menggunakan PWS-KIA.
3. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA, termasuk pembinaan dukun bayi dan

kader. Pembinaan wahana/forum peran serta masyarakat yang terkait melalui pendekatan kepada pamong dan tokoh setempat.

### **2.10.1.3. Fungsi**

Di dalam menjalankan fungsinya bidan di desa diberikan surat penugasan. Dalam menjalankan fungsinya bidan di desa diharapkan melakukan pelayanan secara aktif, tidak selalu menunggu.

Fungsi bidan di desa adalah sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan kesehatan ibu.
2. Memberikan pelayanan kesehatan balita.
3. Memberikan pertolongan pertama atau pengobatan lanjutan pada kesakitan yang sering ditemukan atau menjadi masalah kesehatan setempat terutama pada ibu dan balita, misalnya ISPA, diare, kecacingan, malaria di daerah endemis, pencegahan gondok di daerah endemis, dll.
4. Mengelola pelayanan KIA dan upaya pendukungnya yang meliputi : perencanaan, pelaksanaan dan penilaian hasil.
5. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung pelaksanaan pelayanan KIA.
6. Membantu sasaran/individu dan keluarganya untuk meningkatkan hidup sehat secara mandiri.

### **2.10.2. Tujuan Penempatan Bidan Desa**

Tujuan penempatan bidan di desa adalah meningkatkan mutu dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan

angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan angka kelahiran yang didukung oleh meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat (Depkes., 1998).

### **2.10.3. Kegiatan Bidan Didesa**

Depkes. (1998) menyatakan kegiatan bidan di desa pada umumnya meliputi kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan KIA termasuk KB, pengelolaan program KIA dan pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang KIA. Menurut urutannya kegiatan bidan di desa sejak penempatannya adalah :

1. Analisis Situasi
2. Mengenal wilayah kerja
3. Melakukan penjabatan langsung dengan bantuan kader/pamong.
4. Bersama Kepala Desa dan Ketua PKK serta kader dan dukun bayi menyusun jadual kegiatan rutin yang akan dilaksanakan di desa.

### **2.10.4. Kunjungan Ibu Hamil**

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberi pelayanan antenatal untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Kunjungan tidak selalu ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan, tetapi dapat juga sebaliknya yaitu ibu hamil yang dikunjungi petugas kesehatan di rumahnya atau di posyandu (Depkes, 1995).

Kunjungan ibu hamil (K1) adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan

kehamilan. Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4) adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan (Depkes, 1995).

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sesering mungkin Kalau tidak bisa sering dan tidak ada keluhan atau kelainan, ibu perlu memeriksakan kehamilan paling sedikit 4 kali (Depkes, 1999) yaitu :

- ❖ Satu kali pada umur kehamilan 1-3 bulan (triwulan I)
- ❖ Satu kali pada umur kehamilan 4-6 bulan (triwulan II)
- ❖ Dua kali pada umur kehamilan 7-9 bulan (triwulan III).

Kunjungan pertama merupakan kesempatan untuk membuat ibu merasa nyaman berbicara tentang dirinya. Bila ia merasa malu dalam membicarakan keadaan tubuhnya atau tentang masalah seksual, maka akan sulit diperoleh informasi yang dibutuhkan sehubungan dengan kehamilannya. Rasa nyaman pada ibu dapat ditumbuhkan bila (Depkes, 98):

- ❖ Pemeriksaan di tempat tertutup, bersifat pribadi dan kerahasiaan terjaga
- ❖ apa yang dikatakannya diperhatikan dengan baik
- ❖ pertanyaannya dijawab dengan baik
- ❖ ibu diperlakukan dengan penuh rasa hormat.

#### **2.10.5. Pelayanan Antenatal (Pemeriksaan Kehamilan).**

Para Pelaksana KIA ( Bidan ) mempunyai tugas untuk memberi pemeriksaan kehamilan dan konseling kepada ibu hamil serta keluarganya.

agar ibu hamil dapat melalui kehamilannya dengan sehat dan selamat. Pelaksana pelayanan bersama ibu dan keluarganya perlu melakukan analisis resiko dalam menghadapi dan persiapan persalinan. Pemeriksaan kehamilan hendaknya dimulai seawal mungkin, yaitu segera setelah tidak haid selama dua bulan berturut-turut (Depkes, 1999).

Pelayanan antenatal adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya. Hal ini meliputi pemeriksaan kehamilan dan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan, pemberian intervensi dasar (Immunisasi TT dan tablet Fe), serta mendidik dan memotivasi ibu agar dapat merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinannya (Depkes. 1995). Anamnesis pada pelayanan antenatal bertujuan untuk mengetahui keadaan kesehatan dan keluhan yang dirasakan ibu, agar kalau ada kelainan pada kehamilannya masih cukup waktu untuk menanganinya sebelum persalinan (Depkes. 1998).

#### **2.10.5.1. Manfaat memeriksakan kehamilan secara teratur menurut Depkes.**

(1999) adalah :

1. Dapat mengikuti dan mengetahui keadaan kesehatan ibu dan janin sehingga kalau ada kelainan bisa segera diperbaiki.
2. Memperoleh tablet tambah darah dan suntikan anti tetanus (TT) atau obat-obatan lain yang diperlukan.
3. Agar bisa memperoleh nasehat-nasehat tentang kesehatan dan Keluarga Berencana yang meliputi berbagai hal :

- ❖ Perawatan dini selama hamil
- ❖ Kebutuhan makanan
- ❖ Penjelasan tentang kehamilan
- ❖ Persiapan persalinan
- ❖ Tanda bahaya pada kehamilan dan persalinan.
- ❖ Penyuluhan Keluarga Berencana

#### **2.10.5.2. Pelayanan yang diperoleh dalam pemeriksaan kehamilan.**

Pelayanan 5T dan penyuluhan. Yang dimaksud dengan pelayanan 5T adalah (Depkes, 1999):

1. Timbang berat badan dan ukur berat badan
2. Tekanan darah diukur
3. Tinggi puncak rahim diperiksa dan diukur (untuk memeriksa letak janin dan umur kehamilan).
4. TT, yaitu imunisasi anti tetanus 2 kali selama hamil dengan jarak 1 bulan, untuk mencegah tetanus pada bayi baru lahir.
5. Tablet tambah darah sehari 1 tablet selama paling sedikit 90 hari. (Tablet tambah darah dapat diminum malam hari untuk menghindari rasa mual).

#### **2.10.6. Pertanyaan yang diajukan pada Kunjungan Pertama**

Kunjungan antenatal yang pertama sangatlah penting, karena merupakan kesempatan pertama untuk menilai keadaan kesehatan ibu dan janinnya, sekaligus juga menentukan kualitas interaksi antara

pelaksana pelayanan dengan ibu sebagai klien di kemudian hari. Hal-hal yang ditanyakan (Depkes, 1998) :

1. Identifikasi diri ibu hamil

- ❖ Nama dan alamat
- ❖ Umur: ibu berusia 20-35 tahun biasanya lebih siap untuk hamil
- ❖ Tingkat pendidikan : ibu berpendidikan SMP ke atas biasanya lebih siap
- ❖ Bekerja atau tidak; bila bekerja, ditanyakan jenis pekerjaannya.

2. Jumlah anak

Ibu yang mempunyai 1-2 anak , yang anak bungsunya berumur paling sedikit 2 tahun dan lahir sehat, biasanya hanya sedikit yang bermasalah.

3. Jumlah anak yang diinginkan dan metoda KB yang pernah dipakai.

- ❖ Jumlah anak yang diinginkan
- ❖ Metoda KB yang pernah digunakan dan kenyamanannya
- ❖ Apakah ia menginginkan kehamilannya.
- ❖ Rencana untuk berKB setelah melahirkan

4. Riwayat khamilan dan persalinan

- ❖ Abortus
- ❖ Perdarahan sebelum atau sesudah persalinan
- ❖ Bedah sesar
- ❖ Kematian jania/bayi baru lahir
- ❖ Gangguan kesehatan selama kehamilan yang lalu

- ❖ Kenaikan tekanan darah
  - ❖ Masalah dalam pemberian ASI
5. Umur kehamilan dan hari taksiran persalinan berdasarkan keterangan ibu.

Tanyakan :

- ❖ Hari pertama haid terakhir
- ❖ Keteraturan dan lama siklus haidnya.
- ❖ Apakah haid terakhirnya normal.

Bila ibu tidak dapat menjawab pertanyaan diatas, maka tanyakan kapan ibu mulai merasakan kehamilannya. Bila ia dapat menjawab dengan baik ketiga pertanyaan tersebut, maka umur kehamilan dan hari taksiran persalinan dapat dihitung dengan cara-cara berikut ini.

6. Keluhan yang dirasakan selama kehamilan ini.

Para pelaksana pelayanan KIA harus mampu membedakan keluhan yang biasa terjadi pada kehamilan normal dan keluhan yang mungkin merupakan tanda atau gejala komplikasi.

7. Obat yang diminum ibu hamil

Perlu diketahui obat apa yang diminum ibu, misalnya tablet zat besi, multivitamin atau obat-obatan lain untuk pengobatan penyakit yang dideritanya. Perlu ditanyakan pula reaksinya terhadap obat yang diminum, Ibu hamil perlu minum :

- ❖ Satu tablet zat besi-folat per hari selama paling sedikit 90 hari

- ❖ Bila ia tinggal di daerah endemis malaria : 300 mg klorokuin ( 2 tablet @ 150 mg ).

8. Suntikan Tetanus Toksoid ( TT )

Tanyakan apakah ibu hamil pernah mendapat suntikan TT. Bila sudah, tanyakan kapan diperolehnya. Ibu hamil yang belum pernah mendapat TT pada kehamilan sebelumnya atau pada waktu akan menjadi pengantin, maka perlu mendapat dua kali suntikan TT dengan jarak minimal satu bulan.. TT yang pertama diberikan pada kunjungan antenatal yang pertama. Bila sudah pernah, maka cukup diberikan sekali selama kehamilan. Jelaskan kepada ibu bahwa suntikan TT melindungi ibu dan bayinya dari penyakit tetanus.

9. Ha-hal lain yang mungkin dicemaskan oleh ibu atau ingin dijelaskan

- ❖ Keluarga yang mendukung kebutuhan biaya untuk kehamilan dan persalinannya.
- ❖ Suasana rumah yang memungkinkannya untuk beristirahat dengan tenang
- ❖ Ketersediaan makanan yang cukup
- ❖ Perlengkapan untuk bayi
- ❖ Dana untuk perawatan kesehatan.
- ❖ Transportasi yang dapat dipakai sewaktu-waktu bila perlu ke rumah sakit.

### 2.10.7. Pertanyaan yang Diajukan pada Kunjungan Ulang

Pertanyaan yang diajukan pada kunjungan antenatal ulang sebagai berikut:

1. Perkembangan keluhan yang lalu (Depkes, 1998) :

- ❖ Membaik, tetap atau memburuk
- ❖ Sudah/belum melaksanakan anjuran untuk mengatasi keluhan tersebut,
- ❖ Tindakan lain yang telah dilakukan.

2. Keadaan umum :

- ❖ Hal yang dirasakan,
- ❖ Kecukupan tidur,
- ❖ Jenis dan jumlah makanan yang dimakan sehari-hari.

3. Adanya tanda bahaya :

- ❖ Perdarahan,
- ❖ Pusing hebat, masalah penglihatan, atau bengkak pada wajah dan tangan
- ❖ Nyeri ulu hati,
- ❖ Janin tidak banyak bergerak seperti biasa.

4. Keluhan lain, misalnya :

- ❖ Nyeri pada waktu buang air kecil
- ❖ Mudah merasa lelah
- ❖ Mual dan/atau muntah-muntah,
- ❖ Keputihan atau gatal-gatal di vulva yang tidak biasa, dll

5. Tablet zat besi :

- ❖ Apakah telah minum tablet zat besi, jumlahnya per hari dan kapan.
- ❖ Apakah ada efek samping.

6. Suntikan TT :

- ❖ Kapan mendapat suntikan TT yang terakhir. Periksa!ah Kartu Ibunya untuk memastikan apakah ibu telah mendapat TT lengkap.

7. Umur kehamilan :

- ❖ Menurut ibu berapa umur kehamilannya. Pastikan dengan menghitung kembali berdasarkan HPHT atau tanda kehamilan.

8. Hal-hal lain :

- ❖ Apakah ibu ingin bertanya hal-hal lain yang ingin diketahuinya lebih lanjut atau hal-hal yang membuatnya cemas

**2.11. Strategi KIE bagi Ibu Hamil.**

Depkes. (1996) menyatakan salah satu penyebab tingginya AKI/AKB adalah sikap dan perilaku ibu hamil yang tidak mendukung kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan. Keadaan yang kurang mendukung terlaksananya perilaku hidup sehat pada ibu hamil, antara lain :

- ❖ Anggapan keliru bahwa kehamilan merupakan keadaan alami, sehingga ibu hamil tidak perlu memeriksakan kehamilannya.
- ❖ Belum memadainya pengetahuan ibu hamil tentang pemeliharaan kesehatan terhadap dirinya.
- ❖ Belum semua petugas memberikan pelayanan dengan sikap yang baik.

- ❖ Adanya hambatan dalam mengambil keputusan untuk melaksanakan rujukan, baik karena masalah transportasi, biaya maupun sosial budaya dalam masyarakat.

Ibu hamil sangat perlu diberi pengetahuan dan pemahaman mengenai kehamilan, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, perawatan diri selama kehamilan, serta tanda bahaya yang perlu diwaspadai. Dengan pengetahuan tersebut diharapkan ibu akan termotivasi untuk menjaga diri dan kehamilannya dengan mentaati nasehat yang diberikan oleh pelaksana pemeriksaan kehamilan, sehingga ia dapat melewati masa kehamilannya dengan baik dan menghasilkan bayi yang sehat (Depkes, 1995). Untuk itu dapat dilakukan upaya penyuluhan terhadap ibu hamil berupa komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang pemeliharaan kesehatan bagi ibu hamil, bersalin dan nifas termasuk bayi yang dilahirkan (Depkes, 1996).

#### **2.11.1. Pengertian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)**

Komunikasi, informasi dan edukasi yang lebih dikenal dengan istilah KIE mempunyai pengertian yang kompleks. Dalam proses komunikasi terkandung unsur informasi, dan informasi itu sendiri mempunyai unsur edukasi, yang mempunyai sifat dapat menggerakkan seseorang atau kelompok untuk melakukan sesuatu (Depkes, 1993).

Secara rinci pengertian KIE dapat diformulasikan sebagai berikut:

1. Komunikasi adalah proses penyampaian berbagai informasi antara petugas KIE dengan masyarakat sehingga pada akhirnya tercapai suatu persepsi (pandangan) yang sama antara petugas dengan masyarakat.

2. Informasi adalah semua data, fakta, rumusan serta acuan yang perlu diketahui, dipahami dan dilaksanakan oleh petugas dan masyarakat dalam rangka melaksanakan suatu kegiatan.
3. Edukasi adalah proses kegiatan yang teratur yang mendorong terjadinya proses perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang suatu kegiatan masyarakat tersebut secara wajar, sehingga masyarakat melaksanakan kegiatan tersebut dan bertanggung jawab atas keberhasilannya.

#### **2.11.2. Tujuan KIE**

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) menurut Depkes. (1996)

mempunyai tujuan :

##### **1. Tujuan Umum**

Ibu hamil melaksanakan pemeliharaan kesehatan bagi dirinya secara baik dan benar.

##### **2. Tujuan Khusus**

- a. Ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur minimal 4 kali selama kehamilannya dengan standar minimal "5-T" (timbang, tambah darah).
- b. Ibu meningkatkan pengetahuannya tentang pentingnya makanan bergizi dan menerapkannya pada waktu hamil.
- c. Ibu meningkatkan pengetahuannya tentang pentingnya hidup sehat dan menjaga kebersihan serta melaksanakannya.

- d. Ibu meningkat pengetahuannya tentang persalinan memilih bersalin pada tenaga kesehatan.
- e. Ibu meningkat pengetahuannya mengenai penyulit yang dapat terjadi pada waktu hamil dan persalinan serta mau dirujuk bila ditemukan kelainan pada dirinya.
- f. Ibu meningkat pengetahuannya tentang kepada siapa dan kemana ia harus meminta pertolongan apabila terjadi kelainan pada kehamilannya.
- g. Ibu meningkat kemampuannya dalam meyakinkan keluarga mengenai kehamilan, persalinan dan masa nifas maupun risiko yang mungkin dihadapinya dalam kondisi tersebut.

### 2.11.3. Strategi KIE

Strategi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) pada ibu hamil meliputi berbagai aspek sebagai berikut (Depkes, 1996):

#### 1. Sasaran

Khalayak sasaran adalah kelompok ibu hamil.

#### 2. Pesan

Pesan-pesan yang disampaikan bertujuan agar ibu hamil menyadari pentingnya kesehatan bagi dirinya dan pengaruhnya kepada janin yang dikandungnya serta termotivasi untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Pokok-pokok pesan tersebut adalah :

a. Perawatan diri selama kehamilan

Perawatan diri selama kehamilan sangat penting diketahui ibu, agar ia dapat menjaga kesehatan diri dan janinnya dengan baik.

- ❖ Gizi tinggi protein, tinggi kalori
- ❖ Perawatan payudara
- ❖ Kebersihan diri
- ❖ Istirahat cukup dan mengurangi kerja fisik berat
- ❖ Senam hamil

- b. Ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara teratur minimal 4 kali selama kehamilannya, yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, dengan standar minimal "5-T", yaitu pemeriksaan timbang, tekanan darah, tinggi puncak rahim dan pemberian tetanus toksoid dan tablet tambah darah.
- c. Ibu hamil mengetahui tanda-tanda kelainan kehamilan yang mungkin terjadi.
- d. Ibu hamil mengetahui bagaimana dan kemana meminta pertolongan bila ditemukan kelainan.
- e. Pelayanan rujukan dapat memberikan keselamatan kepada ibu dan janin.
- f. Pertolongan persalinan akan lebih baik dan aman bila dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- g. Arti kehamilan.

- h. Perkembangan kehamilan.
- i. Cara merawat bayi.
- j. Pemakaian kontrasepsi.
- k. Keluhan yang biasa terjadi pada masa kehamilan.

#### **2.11.4. Prinsip Penyuluhan.**

Depkes. (1995) menyatakan bahwa beberapa prinsip yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan penyuluhan adalah sebagai berikut:

1. Memperlakukan ibu hamil dengan sopan dan baik
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu (status pendidikan, sosioekonomi, emosi) sebagaimana adanya.
3. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari.
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan kondisi dan resiko yang dipunyai ibu.

#### **2.12. Komunikasi antara Bidan Desa dengan Pasien.**

Kemampuan berkomunikasi dari seorang bidan desa merupakan faktor yang penting, agar bidan tersebut bisa berhasil dalam tugasnya. Bidan yang pandai berkomunikasi akan mudah diterima oleh masyarakat dan lebih berhasil dalam tugasnya, begitu sebaliknya.

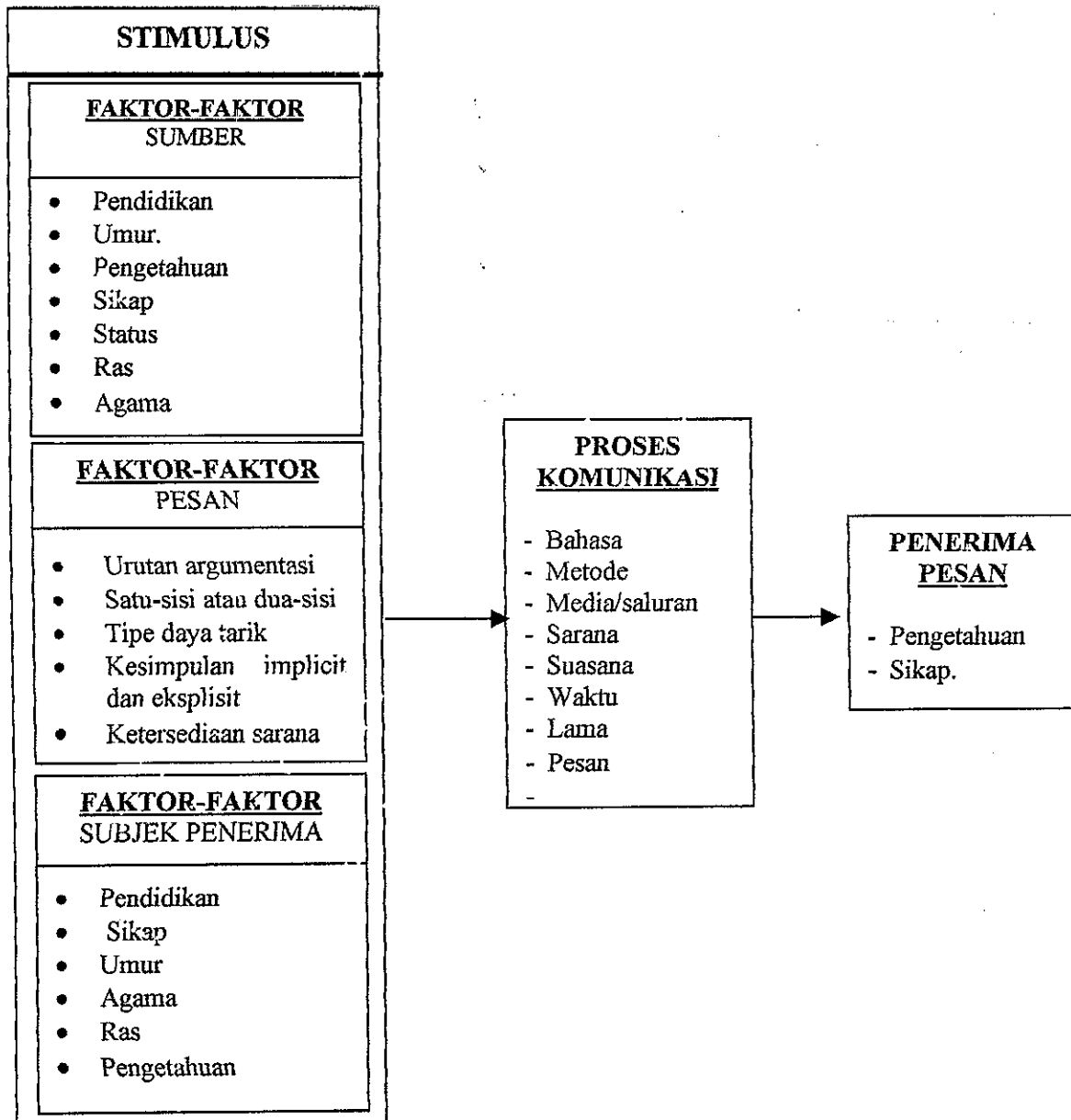
Cholil (2001). seorang Direktur Maternal and Neonatal Health (MNH) Indonesia menemukan kenyataan bahwa, dari 85% ibu hamil di Jawa Barat yang

memeriksa diri ke Bidan hanya 35% hingga 40% yang ditolong oleh tenaga terlatih. Hal ini merupakan salah satu sebab AKI di Jawa Barat sangat tinggi. Ia juga menekankan, bukan hanya pihak masyarakat saja yang disalahkan dalam persoalan ini, tetapi juga paramedis. Bidan harus mampu meyakinkan para suami dan masyarakat dalam hal kehamilan serta persalinan. Untuk itulah MNH membuat program untuk melatih para bidan dalam *Interpersonal Communication* dan *Konseling*.

Pengalaman Nurhayah seorang bidan di Beraim, Praya, Pengadang, Lombok Tengah, mengalami kesulitan dalam menyadarkan masyarakat desa agar mereka bersedia datang ke Polindes untuk mendapatkan perawatan persalinan yang didirikan sejak tahun 1995. Setelah selama 3 tahun bertugas baru berhasil berkat komunikasi (bahasa) yang bisa dipahami oleh warga dan para dukun. Berkat peningkatan kesadaran masyarakat itu selama tahun 1998 – 2000 Nurhayah sudah menangani 174 pasien dan mampu bermitra dengan 6 dukun bayi dari 8 dukun bayi yang ada (Munir, 2000)

### 2.13. Kerangka Teori

Berdasarkan teori-teori di depan dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut :



Gambar.6. Kerangka teori Proses Komunikasi ( Modifikasi Pendekatan Komunikasi dan persuasi Model Studi Yale).  
Sumber : Saifuddin Azwar (1995)

Proses suatu komunikasi dan informasi akan dipengaruhi oleh stimulus atau rangsangan. Rangsangan dapat berupa faktor-faktor yang ada dalam diri pengirim pesan (komunikator), faktor pesan itu sendiri, dan faktor-faktor penerima dari penerima pesan (komunikan). Faktor yang berasal dari pengirim pesan dapat berupa pengetahuan, pendidikan, umur, status, ras, agama, dan sikap pengirim pesan. Faktor pesan meliputi urutan pesan, satu sisi atau dua sisi, daya tarik pesan, ketersediaan sarana komunikasi dan kesimpulan dari komunikasi tersebut. Dalam penggunaan bahasa, metode, media, waktu, sarana, dan tempat (suasana) juga dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam diri penerima pesan seperti pendidikan, pengetahuan, sikap, umur, ras, dan agama.

Proses komunikasi yang baik akan terjadi apabila komunikator mampu menggunakan bahasa, metode, dan media yang tepat. Selain itu pesan yang disampaikan merupakan hal yang menarik dan dibutuhkan oleh penerima pesan. Komunikator juga dituntut mampu menguasai suasana lingkungan tempat komunikasi berlangsung. Dengan demikian antara komunikator dan komunikan dapat mencapai tujuan komunikasi yaitu persamaan makna dan pemahaman dari apa yang dibicarakan.

Pesan atau informasi yang telah disampaikan oleh komunikator bagi komunikan bisa dijadikan tambahan pengetahuan atau dianggap tidak penting. Dan juga berdampak pada suatu penolakan atau penerimaan atas informasi tersebut.

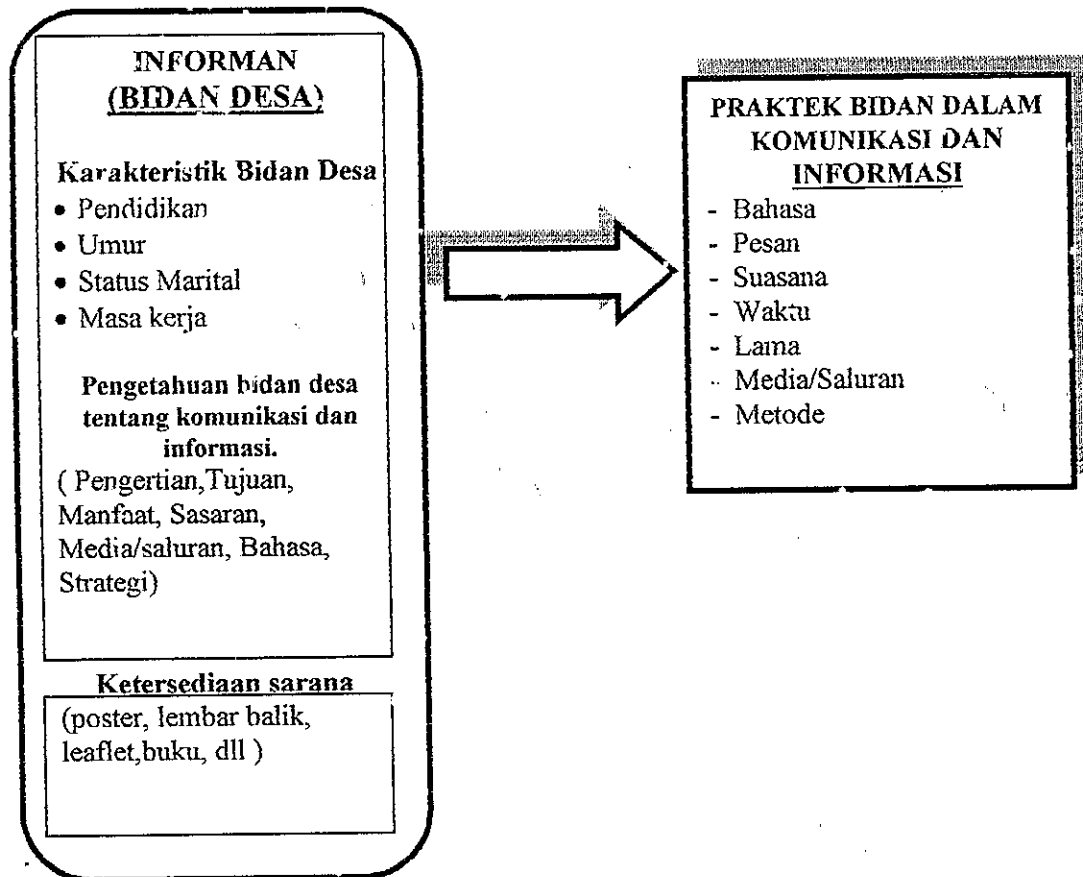
## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Kerangka Konsep**

Penelitian ini adalah jenis penelitian diskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini difokuskan pada Proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dan ibu hamil. Proses komunikasi dan informasi sebagai kajian dalam penelitian ini meliputi 1). Penggunaan bahasa oleh bidan desa , 2). Pesan atau informasi yang disampaikan, 3). metode yang digunakan, 4). pemanfaatan media komunikasi, 5) suasana yang mendukung, 6). lama waktu yang digunakan dan 7). waktu kapan komunikasi dan informasi berlangsung.

Proses komunikasi dan informasi yang berlangsung tidak terlepas dari pengaruh karakteristik bidan desa, pesan yang disampaikan, dan sarana yang tersedia. Karakteristik bidan desa seperti pendidikan dan pengetahuan menentukan kualitas pesan yang disampaikan serta ketepatan penggunaan media yang dimiliki. Semakin banyak jenis media yang dimiliki oleh bidan desa akan memberi alternatif pilihan yang bisa disesuaikan dengan kondisi yang dihadapi. Alat komunikasi ini diperlukan untuk memudahkan penyampaian pesan kepada ibu hamil. Dampak yang diharapkan adalah ibu hamil dapat memahami dan mengerti dengan jelas pesan-pesan yang disampaikan oleh bidan desa tersebut.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep.

### 3.2. Definisi Operasionai

- Bahasa** adalah bahasa *verbal* yang digunakan oleh bidan desa sebagai alat komunikasi pada saat proses komunikasi dan informasi berlangsung.
- Pesan/Informasi** adalah keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh bidan desa kepada ibu hamil selama proses komunikasi dan informasi.
- Suasana** adalah kondisi lingkungan yang mendukung pada saat proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dan ibu hamil berlangsung.  
Misalnya : ramai, sepi, tenang, gaduh, banyak pasien.

- d. **Lama** adalah banyaknya waktu dalam satuan menit/jam yang digunakan oleh bidan desa pada tiap-tiap proses komunikasi dan informasi.
- e. **Waktu** adalah kapan praktek komunikasi dan informasi berlangsung
- f. **Media** adalah alat bantu yang digunakan oleh bidan desa untuk menyampaikan pesan pada saat kunjungan ibu hamil .(poster, leaflet, KMS ibu hamil,)
- g. **Pendidikan** adalah tingkat pendidikan formal yang ditempuh Bidan desa.
- h. **Umur** adalah usia Bidan Desa, dihitung dalam tahun sejak tahun kelahiran hingga tahun 2002
- i. **Status Marital** adalah Status perkawinan bidan desa seperti yang tercantum dalam KTP
- j. **Masa kerja** adalah waktu kerja yang telah dialami oleh bidan desa di tempat tersebut.
- k. **Pengetahuan bidan desa tentang komunikasi** adalah kemampuan bidan desa dalam menguasai masalah komunikasi yang meliputi: pengertian, tujuan, sasaran, media/saluran, pesan, bahasa, dan strategi.
- l. **Ketersediaan Sarana** adalah media dan alat bantu komunikasi lain yang dimiliki oleh bidan desa. Sarana ini misalnya poster, leaflet, folder, KMS ibu hamil, buku panduan, dan alat-alat medis

- m. **Praktek bidan desa dalam komunikasi dan informasi** adalah proses penyampaian informasi/pesan dari bidan desa kepada ibu hamil yang meliputi unsur bahasa, media/saluran, suasana, waktu, lama, pesan, dan media.

### **3.3. Desain Penelitian**

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk menggambarkan suatu proses komunikasi dan informasi yang terjadi antara bidan desa dengan ibu hamil serta unsur-unsur yang terkait dengan proses tersebut. Lokasi penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan Kab. Blora, meliputi desa Sumber, desa Getas, dan desa Nglungger.

### **3.4. Subyek Penelitian**

**Subyek penelitian** adalah bidan desa. Berdasarkan data dari Puskesmas Kradenan, jumlah bidan desa seluruhnya sebanyak 6 orang. Dua bidan desa berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 4 bidan desa lainnya berstatus Pegawai Tidak Tetap (PTT). Letak geografi wilayah kerja dari 2 bidan desa PNS relatif sama yaitu dekat dengan ibu kota kecamatan, 2 bidan desa PTT berada dekat dengan hutan jati dan jauh dari ibu kota kecamatan, dan 2 bidan desa PTT yang lain berada di daerah yang agak jauh dari ibu kota kecamatan dengan kondisi alam berupa area perkampungan dan sawah pertanian. Kemudian dari semua bidan desa tersebut ditentukan 3 bidan desa sebagai subyek penelitian ( 1 bidan desa PNS, dan 2 bidan desa PTT).

### **3.5. Teknik Pengumpulan Data**

#### **3.5.1. Alat pengumpul data**

1. Pedoman observasi digunakan sebagai acuan pada saat peneliti melakukan observasi proses komunikasi dan informasi yang terjadi pada saat kunjungan ibu hamil.
2. Kuesioner Wawancara mendalam untuk bidan desa digunakan sebagai pedoman pada saat peneliti melakukan wawancara mendalam dengan Bidan desa.
3. Kuesioner Wawancara mendalam untuk ibu hamil digunakan sebagai pedoman peneliti saat melakukan wawancara mendalam dengan ibu hamil.
4. Pedoman Diskusi kelompok terarah digunakan oleh peneliti pada saat melakukan FGD. (*Focus Group Discussion*)
5. Tape recorder digunakan untuk merekam selama pengumpulan data baik pada saat observasi, wawancara mendalam maupun FGD.

#### **3.5.2. Cara Pengumpulan Data**

Data diperoleh melalui tiga cara : 1). Observasi, 2). Wawancara mendalam, dan 3). Diskusi kelompok terarah (FGD).

##### **1. Observasi**

Peneliti melakukan observasi sendiri, terhadap proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dan ibu hamil. Tujuannya adalah untuk mengetahui proses komunikasi dan informasi oleh bidan desa terhadap ibu hamil. Mengetahui penggunaan bahasa, pesan yang disampaikan, media yang digunakan, lama proses komunikasi dan informasi, dan

metode yang digunakan oleh bidan desa, serta mengetahui kapan saja komunikasi dan informasi berlangsung.

Waktu yang digunakan untuk observasi menyesuaikan jadwal kegiatan bidan desa yang jadi subyek penelitian. Observasi terhadap bidan desa PNS dan salah satu bidan desa PTT di dilakukan di Puskesmas Pembantu (Pustu). Observasi terhadap bidan desa PTT yang lain bersamaan dengan kegiatan posyandu.

Peneliti mengawali observasi pada tiap-tiap proses komunikasi dan informasi sejak ibu hamil datang, dan berakhir pada saat ibu hamil selesai mendapat pelayanan dan keluar ruangan untuk pulang. Hasil observasi berupa catatan tipe narasi (*narrative recording*), yang berisi mengenai urutan kejadian selama berlangsungnya komunikasi antara bidan desa dan ibu hamil, *check list* yang memuat jenis aktifitas apa yang harus dilakukan oleh bidan desa pada saat memberi pelayanan, dan rekaman pembicaraan (bila memungkinkan). (Graeff,1996)

## 2. Wawancara mendalam (*Indepth Interview*)

Pelaksanaan wawancara mendalam (*indept interview*) dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh 2 orang pencatat yang terdiri dari 1). Bidan Puskesmas Randublatung, pendidikan Akademi Kebidanan (AKBID), Status kepegawian adalah wiyata bhakti membantu penelitian di desa Getas, dan 2). Bidan Rumah Sakit Migas Cepu, pendidikan AKBID, pernah menjadi bidan desa membantu penelitian wawancara mendalam di desa Sumber dan desa Nglungger.

Tujuan dari wawancara mendalam adalah menggali lebih dalam informasi mengenai topik yang diteliti, menelaah sejauh mungkin apa yang dikatakan, dan mengungkap wilayah atau ide baru yang pada awal penelitian tidak dikenali. Untuk menghindari bias informasi wawancara mendalam terhadap ibu hamil dilakukan maksimal 2 minggu setelah diobservasi dan wawancara mendalam dengan bidan desa dilakukan setelah kegiatan observasi selesai.

Hasil wawancara mendalam ini berupa transkrip percakapan antara peneliti dengan informan, rekaman percakapan, dan foto dokumentasi. Alat dan bahan yang digunakan pada saat wawancara mendalam adalah pedoman pertanyaan terbuka (*open ended*), dan satu unit alat perekam (*tape recorder*).

### **3. Diskusi Kelompok Terarah (*Fokus Group Discussion=FGD*)**

Kegiatan diskusi kelompok terarah dilakukan oleh peneliti dan dibantu 2 orang pencatat. Pencatat diskusi kelompok terarah ini sama dengan Pencatat pada wawancara mendalam. Satu orang pencatat membantu pelaksanaan diskusi kelompok terarah di desa Sumber dan desa Nglungger satunya lagi membantu pelaksanaan diskusi kelompok terarah di desa Getas.

Diskusi kelompok terarah dilakukan sebanyak 3 kali, dan masing-masing desa dilakukan 1 kali diskusi kelompok terarah. Informan yang diundang pada tiap-tiap kelompok diskusi sebanyak 12 orang, terdiri dari ibu hamil bersatus K1, ibu hamil berstatus K4, (bukan yang dilakukan

*Indepth Interview* ) dan ibu balita (ibu yang punya anak balita). Meskipun dalam pelaksanaan diskusi kelompok terarah tidak semua bisa hadir, tetapi jumlah peserta yang hadir pada tipa-tipa kelompok diskusi sudah memenuhi syarat 6-12 orang..

Jumlah peserta yang hadir di kelompok I sebanyak 9 informan terdiri dari ibu hamil berstatus K1 5 orang K4 2 orang, dan ibu balita 2 orang, kelompok II 10 informan terdiri dari ibu hamil berstatus K1 4 orang, K4 2 orang, dan ibu balita 4 orang., dan di kelompok III 9 informan terdiri dari ibu hamil berstatus K1 3 orang, K4 4 orang, dan ibu balita 2 orang. Dari total 28 informan, 14 informan berpendidikan SD, 10 informan berpendidikan SMP, 3 informan berpendidikan SMA, dan hanya 1 informan yang berpendidikan sarjana. Usia mereka antara 17 tahun sampai 52 tahun dengan rata-rata usia 26 tahun.

Diskusi kelompok terarah ini bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai persepsi proses komunikasi dan informasi yang pernah dialami oleh informan pada saat periksa kehamilan. Pertanyaan berupa pertanyaan terbuka yang memungkinkan peserta memberikan jawaban disertai penjelasan-penjelasan, sehingga diperoleh data yang mendalam dan lebih detail.

#### **4. Data Bersumber Dokumen**

Data penunjang berupa dokumen dan arsip-arsip seperti kondisi umum daerah penelitian, sarana kesehatan, tenaga kesehatan, cakupan KI/K4, dan AKI, diperoleh dari Kantor Puskesmas Kradenan, dan Dinas

Kesehatan Kabupaten Blora dan instansi pemerintah lainnya. Sedangkan informasi diperoleh dari Kepala dan karyawan Puskesmas Kradenan, dan bagian seksi kesehatan keluarag DKK Blora.

### **3.6. Analisa Data**

Penelitian kualitatif ini diolah dengan metoda pengolahan analisa isi (*content analysis*). Semua data dikumpulkan, selanjutnya direduksi atau penyederhanaan data dengan cara mengelompokkan (*grouping*), kemudian data disajikan dalam gambaran deskripsi, dan yang terakhir adalah verifikasi atau simpulan. (Rahmat, 2001)

### **3.7. Validitas dan Reliabilitas**

Validitas (kebenaran) data diperoleh melalui triangulasi dengan sumber yaitu data hasil observasi diperiksa dengan teliti kemudian dilakukan *cross check* terhadap hasil wawancara mendalam dengan bidan desa, hasil wawancara mendalam dengan ibu hamil, dan terakhir di *cross check* dengan informasi dari sumber yang berbeda (*extreme*), dan berdiri sendiri yaitu melalui diskusi kelompok terarah. Hasil wawancara mendalam dengan responden (bidan) memberi gambaran berdeda dengan hasil observasi. Responden (bidan) bisa dikatakan memahami teori bagaimana cara melakukan konseling kepada ibu hamil dan informasi/pesan apa saja yang harus disampaikan. Sementara hasil observasi menunjukkan keadaan yang sebaliknya, informasi/pesan yang disampaikan oleh responden (bidan) tidak seperti apa yang dikatakan pada saat wawancara mendalam dan metode konseling yang digunakan belum sesuai dengan pedoman standar pelayanan kebidanan tingkat dasar. Antara

hasil observasi dan hasil triangulasi yaitu wawancara mendalam dengan informan ibu hamil, dan fokus group diskusi (FGD) menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda. Baik Informasi/pesan yang disampaikan atau metode konseling yang diterapkan oleh responden (bidan) belum mengacu pada standar pelayanan kebidanan tingkat dasar. Hasil wawancara mendalam dengan informan (ibu hamil) dan fokus group diskusi (FGD) lebih bisa dipercaya dari pada informasi dari bidan desa.

Keandalan atau reliabilitas, peneliti berusaha semaksimal mungkin untuk mentransfer semua temuan kedalam suatu bentuk deskripsi. Untuk menghindari bias yang mungkin terjadi pada subyek penelitian, peneliti berusaha agar subyek penelitian tidak merasa diteliti. Peneliti memilih pencatat adalah orang yang faham masalah pelayanan kehamilan, tidak dikenal oleh subyek penelitian dan berusaha untuk tetap independen dan jujur.

### **3.8. Hambatan Penelitian.**

1. Belum banyak buku atau tulisan-tulisan ilmiah yang membahas masalah komunikasi dan informasi atau konseling antara bidan desa dan ibu hamil yang bisa digunakan sebagai referensi. Keterbatasan ini menyulitkan bagi peneliti untuk menambah wawasan yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penulisan tesis ini.
2. Tidak ada dokumen laporan kegiatan konseling yang bisa dijadikan bahan tambahan dalam menyusun tesis ini. Laporan konseling yang dulu ada sekarang sudah tidak berjalan lagi.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1. Kondisi Umum Daerah Penelitian**

Kecamatan Kradenan merupakan salah satu dari 16 kecamatan yang ada di Kabupaten Blora. Wilayah kerja Puskesmas Kradenan meliputi 10 desa yang berada di Kecamatan Kradenan dengan luas wilayah 10.972,2 Ha pada ketinggian 43 meter di atas permukaan laut.

Batas wilayah kerja Puskesmas Kradenan adalah :

- ❖ Sebelah Utara : Kecamatan Randublatung dan Kedungtuban.
- ❖ Sebelah Timur : Jawa Timur (Kabupaten Bojonegara)
- ❖ Sebelah Barat : Kecamatan Randublatung.
- ❖ Sebelah Selatan : Kabupaten Ngawi Jawa Timur

Luas wilayah kerja Puskesmas Kradenan, Kabupaten Blora menurut penggunaan tanah tahun 2002 adalah sebagai berikut :

- ❖ Tanah sawah : 20,304 Ha
- ❖ Tanah kering : 2.322,3 Ha
- ❖ Hutan : 6.282,2 Ha
- ❖ Lain-lain : 65,7 Ha

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kradenan pada akhir tahun 2002 menurut kantor Kecamatan Kradenan adalah 38.282 jiwa, terdiri atas laki-laki 19.166 dan perempuan 19.116 orang.

Sebaran penduduk menurut golongan umur adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1. Jumlah sebaran penduduk menurut golongan umur dan jenis kelamin di wilayah Puskesmas Kradenan tahun 2002

No	Gol. Umur (Tahun)	Laki-laki		Perempuan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	0 – 4	1667	0,05	1349	0,04
2.	5 – 14	3300	0,10	3503	0,09
3.	15 – 44	9500	0,25	9237	0,24
4.	45 – 64	3154	0,03	3213	0,08
5.	diatas 65	1045	0,03	1609	0,04

Sumber : Kantor Puskesmas Kradenan

Daerah penelitian meliputi desa Sumber, desa Getas, dan desa Nglungger. Desa Sumber dan Nglungger berjarak 25 Kilo meter dari tempat peneliti, dengan kondisi jalan beraspal, dengan waktu tempuh 30 menit. Desa Getas berjarak 42 kilo meter, 24 kilo meter jalan beraspal sedang 18 kilo meter kondisi rusak berat dan kanan kiri berupa hutan jati. Untuk sampai di desa Getas kurang lebih memakan waktu 75 menit.

#### 4.2. Kondisi Sarana dan Tenaga Kesehatan

##### 4.2.1. Kondisi Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kradenan terdiri dari 1 buah Puskesmas induk dengan 3 buah puskesmas pembantu (pustu) yang berada di desa Sumber, desa Megeri, dan desa Getas. Dilengkapi pula dengan Pondok Bersalin Desa ( Polindes ) sebanyak 6 buah, yang berada di desa Sumber, Mojorembun, Nglungger, Getas, Megeri, dan Nglebak. Satu diantara 6 polindes tersebut belum ada bidan

desanya yaitu polindes di desa Nginggil. Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat desa Nginggil, khususnya ibu hamil, maka Kepala Puskesmas Kradenan memberi tugas rangkap kepada bidan desa Nglungger. Selain bertugas di Polindes Desa Nglungger, juga datang di polindes desa Nginggil

#### 4.2.2. Kondisi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Kradenan dapat dilihat di tabel sebagai berikut :

Tabel 4.2. Jenis Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kradenan tahun 2002

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah	Pendidikan
1.	Kepala Puskesmas	1	Dokter umum
2.	Bidan Koordinator	1	SPK+
3.	Bidan Desa	6	SPK+
4.	Perawat	2	SPK
5.	Petugas HS	1	SPPH
6.	Petugas Imunisasi	1	SMA
7.	Apotik	1	SPPU
8.	Sopir	1	SD
9.	Perawat gigi	1	SPRG (Bantuan dari Pusk. Randublatung)
10.	Tenaga Wiyata	6	
Jumlah		21	

Sumber : Kantor Puskesmas Kradenan

Sarana Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Posyandu : 48 Posyandu
- b. Kader : 240 orang (153 orang kader aktif)
- c. Dukun Bayi : 46 orang (34 orang dukun terlatih)

#### 4.3. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah 3 bidan desa. Kepada responden dilakukan observasi dan wawancara mendalam. Observasi dilakukan terhadap aktifitas bidan desa selama memberikan pelayanan kepada ibu hamil. Fokus observasi ditujukan pada proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dan ibu hamil. Wawancara mendalam dilakukan sesudah observasi selesai. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi mengenai proses komunikasi dan informasi yang telah dilakukan, atau sebagai *cross check* hasil observasi.

Salah satu faktor yang mempengaruhi proses komunikasi dan informasi bidan desa pada kunjungan ibu hamil adalah karakteristik dari responden (bidan desa) tersebut. Karakteristik dari ketiga responden seperti pada tabel berikut:

Tabel 4.3. Karakteristik Bidan desa

No		Responden 1	Responden 2	Responden 3
1.	Wilayah kerja	Desa Sumber	Desa Getas	Desa Nglungger
2.	Umur (Th)	31	28	26
3.	Pendidikan	SPK +1 th pendidikan bidan	SPK + 1 th pendidikan bidan	SPK + 1 th pendidikan bidan
4.	Status Kepegawaian	PNS	PTT	PTT
5.	Masa Kerja (Th)	5	7	6
6.	Status Marital	Menikah	Menikah	Menikah
7.	Daerah asal	Pati	Klaten	Srager.

#### 4.4. Proses Komunikasi dan Informasi Bidan Desa pada Kunjungan Ibu

##### **Hamil.**

Analisis proses komunikasi dan informasi antara bidan desa dan ibu hamil dititik beratkan pada: 1). **Bahasa** apa yang digunakan oleh responden (bidan), mengapa bahasa tersebut digunakan oleh responden sebagai alat komunikasi dengan ibu hamil. 2). **Media** apa saja yang tersedia dan digunakan oleh responden untuk menyampaikan informasi kepada ibu hamil. Apa tujuan dari penggunaan media tersebut. 3). Bagaimana **suasana** tempat pelayanan dan pengaruhnya terhadap berlangsungnya suatu proses komunikasi dan informasi. 4). **Metode** apa yang digunakan oleh responden pada saat berlangsungnya proses komunikasi, dan bagaimana dia mengetrapkan metode komunikasi yang dipilih. 5). Berapa **lama waktu** yang digunakan oleh responden (bidan) untuk memberi pelayanan 6). **Pesan** apa saja yang disampaikan, oleh responden (bidan) kepada ibu hamil. 7). **Kapan (waktu)** saja proses komunikasi dan informasi itu berlangsung. Bagaimana responden (bidan) memanfaatkan kesempatan yang ada untuk menyampaikan pesan khususnya yang berkaitan dengan upaya menjaga kesehatan ketika hamil.

##### 4.4.1. Penggunaan Bahasa Oleh Responden (Bidan Desa).

Bahasa yang digunakan oleh ketiga responden untuk berkomunikasi dengan informan adalah bahasa Jawa dan bahasa Indonesia.. Bahasa Jawa lebih sering dipakai untuk berkomunikasi dengan pasien (ibu hamil) dari pada bahasa Indonesia Alasan penggunaan bahasa

jawa sebagai alat komunikasi adalah untuk menyesuaikan budaya daerah setempat dimana bahasa jawa sebagai alat komunikasi mereka sehari-hari. Selain alasan budaya pengetahuan dan tingkat pendidikan ibu hamil yang pada umumnya masih rendah menjadi pertimbangan dipakainya bahasa jawa. Tujuan yang paling penting dari pemakaian bahasa jawa, adalah agar pasien khususnya ibu hamil mudah menerima dan memahami semua pesan dan informasi yang diberikan. Ibu hamil dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah tentu akan lebih mudah memahami jika bahasa yang didengar sama dengan bahasanya sendiri. Bahasa jawa oleh responden (bidan) dianggap sebagai bahasa yang *fleksibel*. Seperti yang diungkapkan oleh responden no 3 bidan, berikut ini:

Kotak 1.

*“ Sesuai kalem pengetahuan ibu hamil, ... pendidikan ibu hamil, fleksibel bahasanya.”*

Responden 3

#### 4.4.2. Pemanfaatan Media dan Alat Bantu Komunikasi oleh Bidan Desa

Media dan alat bantu bagian dari suatu proses komunikasi. Dalam kesempatan tertentu media diperlukan untuk membantu kelancaran komunikasi, agar pesan yang disampaikan lebih cepat dipahami oleh penerima pesan. Namun demikian tidak semua orang mau menggunakan media tersebut.

Ketiga responden (bidan) dalam penelitian ini mempunyai beberapa jenis media dan alat bantu komunikasi yang lain Responden no 1

bidan mempunyai media berupa lembar balik, buku KIA, poster, dan alat kontrasepsi (IUD, kondom, dan susuk) . Sedangkan di tempat responden no 2 bidan dan responden no 3 bidan terdapat media komunikasi berupa buku KIA, poster, dan alat kontrasepsi tetapi belum mempunyai lembar balik. Lembar balik, dan buku KIA berisi tentang petunjuk perawatan selama hamil. Poster berisi pesan singkat manfaat periksa kehamilan. Kondom, IUD, dan susuk dapat digunakan untuk menjelaskan penggunaan alat kontrasepsi dan menerangkan manfaat ikut Keluarga Berencana (KB). Media dan alat bantu ini tidak dimanfaatkan dengan baik oleh ketiga responden (bidan) tersebut.. Responden no 1 bidan menuturkan bahwa dalam menyampaikan pesan selalu menggunakan buku KIA, sedangkan lembar balik jarang sekali digunakan. Poster dan alat kontrasepsi tidak pernah digunakan untuk membantu ibu hamil memahami apa yang disampaikan. Responden no 2 bidan mengatakan media komunikasi yang digunakan hanya buku KIA Sedangkan responden no 3 bidan mengatakan belum pernah menggunakan alat bantu dalam melakukan konseling, hanya menerangkan kepada ibu hamil.

Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil observasi. Selama peneliti melakukan observasi hanya buku KIA yang pernah digunakan oleh responden no 1 bidan untuk menjelaskan pesan yang disampaikan. Cara responden menggunakan buku KIA sebagai media komunikasi tidak diterapkan dengan benar. Maksudnya buku tersebut hanya dibalik – balik dihadapan ibu hamil, tidak ditunjukkan gambar dan materi yang berkenaan

dengan apa yang sedang dijelaskan. Dari keseluruhan 24 ibu hamil yang diobservasi, hanya 4 yang pernah diberikan informasi dengan menggunakan alat bantu buku KIA, yaitu 2 ibu hamil yang diperiksa di responden no 2 bidan, dan 2 ibu hamil yang diperiksa di responden no 3 bidan.

Ketiga responden biasanya menyarankan kepada ibu hamil untuk membaca buku KIA yang telah diberikan, agar ibu hamil mengetahui hal-masalah kesehatan terutama yang berhubungan dengan perawatan kesehatan ketika hamil. Seperti pernyataan responden no 1 bidan sebagai berikut:

Kotak 2.

*“mbak engko buku iku diwoco, ning jerone enek kabeh kanggo kepekingane bayi lan ibune ...”*

Resonden 1

#### 4.4.3. Suasana Tempat Kerja Bidan Desa

Menurut responden no 1 bidan tempat yang digunakan untuk memberi pelayanan masih dirasa belum mencukupi kebutuhan. Ada 3 hal yang dirasa masih kurang yaitu 1). kamar praktek (sempit), 2). tidak ada meja kursinya, dan 3). Belum ada timbangan yang standar

Responden no 2 bidan mengatakan bahwa ruang yang digunakan untuk memberi pelayanan dirasakan masih kurang luas, kurang bersih, dan masih membutuhkan kelengkapan alat /sarana pelayanan ANC yang lain,

Timbangan standar belum ada yaitu alat timbang badan yang bisa digunakan sekaligus untuk mengukur tinggi badan. Seperti yang diungkapkan oleh responden no 2 (bidan) sebagai berikut:

Kotak 3.

“ Luase ruangan kirang, kebersihane nggih kirang, seharusnya timbangan kan yang berdiri, sekalian untuk ukur tinggi badan “

Responden no 2

Responden 3 (bidan) memberi pelayanan pemeriksaan ibu hamil di 3 tempat posyandu. Dua posyandu di rumah perangkat desa dan satu lagi di rumah responden no 3 sendiri. Menurut penilaian responden 3 (bidan) khusus tempat pelayanan yang ada di rumahnya sudah cukup memadai. Ruang periksa cukup luas, ada sarana Mandi Cuci Kakus (MCK), tertutup, dan tersedia alat-alat standar periksa 5T. Sedangkan 2 tempat pelayanan yang lain masih belum tersedianya alat ukur tinggi badan. Penuturan responden no 3 bidan adalah sebagai berikut:

Kotak 4.

“ Tempatnya sudah memadai, sudah di tempat tertutup, ada sarana MCK, dan alat-alat stanfar periksa kehamilan 5T. “

Responden no 3

#### 4.4.4. Metode Komunikasi yang Digunakan Bidan Desa

Responden no 1 bidan mengatakan metode komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan informasi kepada ibu adalah penyuluhan kelompok dan secara langsung diberikan kepada ibu hamil pada saat berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan. Responden no 2 bidan mengatakan bahwa pesan atau informasi dapat disampaikan secara langsung kepada ibu hamil pada saat memeriksakan kesehatannya di Puskesmas Pembantu, atau melalui melalui kunjungan rumah. Sedangkan responden no 3 bidan mengatakan bahwa pesan yang disampaikan kepada ibu hamil dapat dilakukan dengan cara konseling (tanya-jawab) kepada ibu hamil pada saat kunjungan baru, memperlihatkan buku bergambar, kunjungan rumah, dan informasi kepada masyarakat sekitar..

Peneliti melihat kenyataan bahwa selama observasi metode tanya-jawab (konseling) merupakan metode yang paling sering digunakan oleh ketiga responden untuk menyampaikan pesan atau informasi kepada ibu hamil. Responden dalam menggunakan metode tanya-jawab (konseling) masih menyimpang dari pedoman pemberian konseling bagi ibu hamil. Banyak hal yang tidak dilakukan selama melakukan konseling. Sebagai contoh, dari 8 ibu hamil K1 tidak satu pun yang diajak bicara masalah KB pasca persalian, dan dari 8 ibu hamil K4 tidak ada yang ditanya masalah persiapan persalinan. Responden (bidan) juga tidak memberi penjelasan manfaat dari tindakan dan saran yang diberikan, tidak memberi penjelasan

dari sisi negatif dan positif, dan jarang sekali mengulangi pesan yang telah disampaikan untuk memperkuat ingatan ibu hamil.

Komunikasi (konseling) yang terjadi antara responden (bidan) dan ibu hamil cenderung pasif. Responden bidan tidak banyak bertanya untuk menggali masalah yang ada dalam diri ibu hamil, dan informasi yang diberikan tidak diuraikan dengan jelas, sedangkan ibu hamil tidak tahu apa yang menjadi kebutuhannya dan takut untuk menyampaikan pertanyaan. Keluhan yang disampaikan oleh ibu hamil tidak otomatis diberi tanggapan atau jawaban, tetapi kadang-kadang bidan desa langsung memberi tindakan atau obat. Seperti ketika ada ibu hamil yang mengeluh sering mual-mual, responden 3 tidak berusaha untuk menjelaskan sebab mual-mual tetapi langsung memberi obat (pil) kepada ibu hamil.

#### **4.4.5. Waktu yang Digunakan untuk Memberi Pelayanan.**

Hasil observasi berkenaan dengan penggunaan waktu oleh ketiga responden untuk memberi pelayanan kepada ibu hamil berkisar antara 4-20 menit. Responden no 1 bidan menggunakan waktu untuk memberi pelayanan antara 5-12 menit dengan rata-rata 8 menit, responden no 2 bidan waktu yang digunakan antara 4 -11 menit dengan rata-rata 6,5 menit, dan responden 3 bidan waktu yang digunakan untuk memberi pelayanan antara 10 – 20 menit dengan rata-rata 14, 5 menit. Peneliti mencatat waktu yang digunakan oleh responden (bidan) dimulai pada saat ibu hamil masuk ruangan dan menerima pelayanan sampai ibu hamil keluar ruangan untuk pulang. Dari 24 kali observasi terhadap penggunaan

waktu 58,3% waktu yang digunakan antara 4 – 10 menit, 25 % dengan waktu 11-15 menit, dan 16,6% waktu untuk pelayanan 16-20 menit.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan keadaan yang sama dengan hasil observasi Responden no 1 bidan mengatakan bahwa waktu yang digunakan untuk memberi pelayanan kepada ibu hamil 5 sampai 10 menit, responden no 2 bidan mengatakan waktu yang digunakan untuk memberi pelayanan tidak lebih dari 20 menit, sedangkan responden no 3 bidan mengatakan waktu yang digunakan untuk periksa dan konseling sekitar 10 menit.

#### **4.4.6. Pesan yang Disampaikan oleh Bidan Desa**

Peneliti melihat bahwa tidak banyak pesan yang disampaikan oleh ketiga responden (bidan) kepada ibu hamil pada saat berkunjung di tempat praktek responden (bidan). Responden (bidan) biasanya hanya bertanya masalah keluhan yang dirasakan, kemudian memberi jawaban singkat yang kadang-kadang tidak bisa dipahami oleh ibu hamil. Pesan yang disampaikan biasanya bersifat anjuran, tidak berupa penjelasan dari sisi positif maupun sisi negatif. Responden (bidan) dalam mengajukan pertanyaan tidak menggunakan pedoman pertanyaan baik pedoman pertanyaan pada saat kunjungan pertama maupun pertanyaan yang harus diajukan pada saat kunjungan ulang (K4)

Menurut reponden 1 pesan yang disampaikan kepada ibu hamil pada dasarnya sama, meliputi : 1) Perawatan selama kehamilan (ANC) seperti manfaat periksa rutin, cara menyusui bayi, manfaat immunisasi, makanan bergizi dan *personal hygiene*, 2) Perawatan pasca persalinan

seperti, manfaat Air Susu Ibu, perawatan tali pusat, keluarga berencana KB, dan 3). Perawatan BBL/BBLR (Bayi Baru Lahir/Bayi Berat Lahir Rendah). Pesan ibu hamil dengan resiko disesuaikan dengan kondisi ibu hamil tersebut.

Responden 2 mengatakan , pesan yang diberikan kepada ibu hamil didasarkan pada pedoman yang ada. Meliputi bagaimana menjaga kehamilan , *personal hygiene*, periksa rutin, makanan bergizi, imunisasi, minum obat, dan persalinan di tenaga kesehatan.

Responden 3 mengatakan bahwa materi pesan yang diberikan kepada ibu hamil tidak sama. Dia membedakan antara K1, K4, dan pasca persalinan. Misalnya untuk mereka yang K1 dijelaskan mengenai tanda-tanda kehamilan dan perawatan payudara. Mereka yang K4 dianjurkan periksa 2 minggu sekali, persalinan dianjurkan di tenaga kesehatan, dan berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil. Pasca persalinan dijelaskan mengenai metode KB dan efek sampingnya, ASI eksklusif, dan makanan bergizi.

#### **4.4.7. Waktu ( kesempatan) yang Digunakan oleh Responden untuk Melakukan kegiatan Komunikasi dan Informasi.**

Menurut responden no 1 bidan komunikasi dan informasi dapat dilakukan pada saat ibu hamil datang periksa, kunjungan rumah, dan persalinan. Responden no 1 bidan untuk kunjungan rumah dilakukan pada saat ibu hamil mengalami resiko. Demikian juga yang dilakukan oleh responden no 2 bidan. Responden no 3 bidan mengatakan komunikasi dan

informasi hanya dilakukan pada kunjungan baru, menjelang persalinan dan dirasakan ada kelainan. Kalau tidak ada keluhan bidan desa hanya menyarankan supaya bulan depan kembali diperiksa.

Selama peneliti melakukan observasi belum pernah menjumpai dari ketiga responden (bidan) yang melakukan kunjungan rumah bagi ibu hamil. Bidan hanya memanfaatkan komunikasi dan informasi pada saat ibu hamil berkunjung memeriksakan kesehatannya. Kunjungan rumah dilakukan bila ada ibu hamil yang meminta datang untuk memberi pertolongan.

Ketiga responden (bidan) tersebut juga tidak pernah memanfaatkan kesempatan yang ada untuk menyampaikan pesan kesehatan baik kesehatan umum maupun kesehatan ketika hamil. Pertemuan PKK, pengajian ibul-ibu, arisan RT, dan pertemuan desa merupakan saat yang baik untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat khususnya ibu hamil, tetapi kesempatan ini tidak dimanfaatkan dengan baik oleh ketiga responden (bidan) tersebut. Ketiga responden (bidan) belum pernah ada yang hadir dalam kegiatan/pertemuan yang ada di wilayah kerjanya. Bahkan posyandu pun jarang sekali digunakan oleh responden (bidan) untuk memberi motivasi kepada ibu hamil agar senantiasa memperhatikan kesehatannya.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1. Potensi Diri Responden**

Karakteristik dalam diri responden dapat mempengaruhi suatu proses komunikasi dan informasi yang dilakukan. Pendidikan, pengalaman, kemampuan, usia, dan kebiasaan akan menentukan penggunaan unsur-unsur yang ada dalam komunikasi. Pendidikan ketiga responden (bidan) adalah SPK ditambah satu tahun pendidikan bidan. Pendidikan ini merupakan program dari pemerintah yang sudah distandarisasi untuk memberi pelayanan ibu hamil. Masa Kerja ketiga responden (bidan) sebagai bidan desa sudah lebih dari lima tahun. Merupakan waktu yang cukup untuk mengenal dan memahami budaya dan adat istiadat yang ada di wilayah kerjanya. Usia ketiga responden (bidan) sudah diatas 25 tahun merupakan usia yang tidak muda lagi bagi seorang wanita lebih-lebih hidup di desa. Sebagai seorang bidan, tentu mendapat tempat tersendiri di hati masyarakat, ditambah statusnya sebagai pegawai pemerintah.

Bekal pengalamam dari berbagai macam pendidikan seperti pendidikan formal selama menjadi siswa bidan, latihan atau kursus-kursus yang pernah diikuti dan statusnya di masyarakat. Seharusnya dimanfaatkan untuk mempengaruhi masyarakat agar senantiasa menjaga kesehatannya. Terlebih lagi kepada ibu hamil yang datang berkunjung. Disini responden (bidan) harus bisa melakukan komunikasi dengan baik. Ibu hamil yang datang diberi informasi yang bisa di mengerti dan difahami. Melalui komunikasi dan pendekatan yang persuasif dengan memperhatikan aspek sosial diharapkan akan mampu dan berhasil melakukan intervensi kepada ibu hamil..

Responden dengan kemampuan dan pengalaman yang dimiliki diharapkan mampu menyadarkan ibu hamil untuk melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan secara rutin, dan memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinannya. Jika hal ini terwujud, ibu hamil dapat melewati kehamilan dengan selamat dan memperoleh anak yang sehat Depkes (1998), dan dapat menurunkan angka kematian ibu (AKI) serta meningkatkan angka kunjungan ibu hamil.

## **5.2. Karakteristik Informan (Ibu hamil)**

Informan pada wawancara mendalam adalah ibu hamil. Setiap desa diwawancarai sebanyak 8 informan dengan status kunjungan kehamilan K1 (kunjungan ke I) 4 orang, dan K4 (kunjungan ke IV) 4 orang. Pendidikan informan secara umum bisa dikatakan masih rendah. Sebagian besar informan berpendidikan SD, dan SMP. Sebagian kecil para informan berpendidikan SMA dan hanya satu informan yang berpendidikan sarjana. Pekerjaan informan sebagian besar adalah petani dan ibu rumah tangga. Pengetahuan mereka tentang kesehatan masih kurang. Kondisi ini jelas merupakan beban berat bagi responden bidan yang berupaya untuk meningkatkan perilaku sehat para informan. Khususnya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan untuk menjaga kesehatannya selama hamil, melalui promosi kesehatan.

Responden (bidan) harus bisa memahami karakteristik ibu hamil. Kemampuan memahami karakteristik ibu hamil sangat mempengaruhi keberhasilan komunikasi dan informasi yang dilakukan. Responden (bidan) dapat menentukan dengan tepat komponen-komponen apa yang harus dilibatkan dalam menyampaikan informasi kepada ibu hamil. Kesalahan penggunaan komponen-komponen dalam komunikasi berakibat pada gagalnya mencapai tujuan komunikasi dan informasi yaitu meningkatkan pengetahuan dan perubahan sikap

informan terhadap konsep kesehatan Hal ini sesuai dengan teori Effendy (1992), yang mengatakan bahwa seorang komunikator dalam berkomunikasi tidak akan berhasil apabila tidak mengenal siapa komunikan yang menjadi sasarannya. Yang dimaksud siapa disini adalah ras apa, bangsa apa atau suku apa, sehingga mengenal pula kebudayaanya, gaya hidupnya, norma kehidupannya dan kebiasaannya atau bahasanya. Dengan mengenali ini komunikator akan lebih mudah dan tepat dalam menyampaikan pesan atau pernyataan.

Responden (bidan) harus pandai-pandai memilih unsu-unsur yang akan digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan. Karena unsur-unsur yang ada dalam komunikasi akan memberi dampak pada mudah tidaknya suatu pesan dipahami oleh ibu hamil. Unsur-unsur yang perlu dipertimbangkan diantaranya adalah bahasa, media komunikasi, metode komunikasi, suasana tempat berlangsungnya komunikasi, waktu yang digunakan, isi pesan yang disampaikan, dan waktu kapan pesan itu harus disampaikan. Disamping itu responden bidan juga dituntut untuk menguasai ibu hamil.

Tujuan dari wawancara mendalam adalah menggali lebih dalam informasi mengenai topik yang di teliti, menelaah sejauh mungkin apa yang dikatakan, dan menguak wilayah atau ide baru yang pada awal penelitian tidak dikenali. Berhubungan dengan tujuan tersebut, pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki informan mempengaruhi daya ingatnya terhadap informasi/pesan yang telah diberikan oleh responden (bidan). Daya ingat informan akan menentukan kualitas jawaban yang diberikan kepada peneliti. Untuk menghindari bias informasi, wawancara mendalam terhadap ibu hamil dilakukan maksimal 2 minggu setelah kegiatan observasi.

### **5.3 Bahasa Jawa sebagai Alat Komunikasi pada Pelayanan Kunjungan Ibu Hamil.**

Bahasa merupakan faktor yang sangat penting dalam berkomunikasi. Tanpa bahasa kita tidak dapat berkomunikasi. Fungsi utama bahasa adalah untuk berkomunikasi. Saling menyampaikan pesan atau informasi adalah bentuk lain dari komunikasi. Dalam berkomunikasi diperlukan kesamaan bahasa. (Martinet, 1987: 22), sehingga diperoleh kesamaan makna dan penafsiran

Bahasa jawa sangat dominan digunakan oleh ketiga responden dalam berkomunikasi dengan pasien yang datang di tempat prakteknya, khususnya ibu hamil. Dasar pemilihan bahasa jawa sebagai alat komunikasi oleh responden adalah: 1). pengetahuan dan pendidikan masyarakat pada umumnya masih rendah, 2). bahasa jawa merupakan bahasa pergaulan masyarakat setempat, dan 3). agar informasi atau pesan yang disampaikan mudah dipahami.

Kemampuan penerima pesan sangat dipengaruhi oleh pendidikan, dan pengalaman. Semakin tinggi pendidikan dan pengalaman ibu hamil akan semakin mudah memberi makna apa yang diucapkan oleh responden (bidan) . Bagi responden (bidan) penguasaan terhadap ibu hamil akan menentukan keberhasilan komunikasi. Pesan yang disampaikan harus sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan sasaran. Dengan kata lain responden (bidan) sebagai penyampai pesan harus mengetahui kemampuan ibu hamil sebagai penerima pesan. Hal ini sesuai dengan pernyataan, bahwa pengetahuan tentang komunikasi dapat menentukan pesan yang tepat (Leliweri, 1997).

Upaya memperoleh kesamaan makna dan penafsiran dengan informan, responden bidan menggunakan bahasa jawa sebagai alat komunikasinya. Jika

menggunakan bahasa Indonesia atau bahasa asing lain yang tidak biasa didengar dikawatirkan akan timbul salah persepsi. Menggunakan bahasa yang mudah diterima oleh informan, komunikasi akan berjalan dengan baik. Informan dan responden akan memperoleh pengertian yang sama tentang apa yang didiskusikan. Maksud dari pembicaraan dapat saling dipahami. Seperti yang dinyatakan oleh Roger B. Ellis (2000: 10) bahwa isi leksikal dari sebuah pesan, yaitu kata-kata itu sendiri, hanya dapat menyampaikan arti jika penerima mengerti kata-kata yang digunakan.

Penguasaan bahasa oleh responden akan sangat membantu dalam menyampaikan pesan kepada ibu hamil. Kebetulan semua responden berasal dari Jawa Tengah, tentu banyak persamaan dengan masyarakat setempat, misalnya adat istiadat dan budaya, termasuk bahasa yaitu bahasa Jawa. Pengalaman penggunaan bahasa Jawa nya pun sama, tidak ada perbedaan yang berarti. Semua kata yang diucapkan responden bisa dimengerti oleh informan (ibu hamil), demikian juga apa yang dikatakan informan bisa difahami oleh responden. Dengan demikian bahasa tidak menjadi hambatan dalam berkomunikasi. Persamaan bahasa akan memudahkan penafsiran informasi, begitu sebaliknya perbedaan bisa menimbulkan perbedaan penafsiran. Wijaya (1988: 31). Perbedaan pemakaian bahasa dapat menimbulkan masalah di dalam berkomunikasi (Martinet, 1987: 41). Jika ini yang terjadi, maka komunikasi dan informasi yang berlangsung tidak berjalan efektif. Tujuan komunikasi tidak bisa tercapai. Yaitu saling memahami dan mengerti apa yang dibicarakan.

Informan wawancara mendalam dan informan diskusi kelompok terarah sebagian besar mengatakan bahwa bahasa yang digunakan oleh ketiga responden (bidan) lebih banyak bahasa Jawa dari pada bahasa Indonesia bahkan tidak pernah menggunakan medis. Bahasa yang dipakai adalah bahasa daerah setempat. Hal ini sesuai dengan teori dalam melakukan konseling oleh Depkes (2000) yang mengatakan bahwa memberikan informasi yang bisa dipahami klien, yakni menggunakan bahasa sederhana, sesuai budaya masyarakat, menggunakan kalimat yang pendek, banyak memberikan kesempatan klien bertanya dan mendengarkan secara aktif keluhan klien.

Responden 2 dan 3 mengatakan bahwa mereka tidak merasa ada hambatan dalam berkomunikasi dengan informan. Sedangkan responden 1 mengungkapkan pada dasarnya dalam berkomunikasi dengan informan tidak ada hambatan khususnya dalam penggunaan bahasa. Hambatan pada kemampuan informan dalam memahami informasi atau pesan yang disampaikan. Banyak informan yang tidak faham. Informan yang tidak faham adalah mereka yang berpendidikan SD. Kemampuan penafsiran informasi dan pesan berdampak pada tidak dilaksanakannya anjuran yang diberikan. Ini adalah bukti dari komunikasi yang tidak efektif. Karena komunikasi yang baik akan menimbulkan pengertian dan selanjut terjadi perubahan perilaku. Sejalan dengan pernyataan Stewart dan Sylvia dalam Rahmat (2001) tanda-tanda komunikasi yang efektif akan menimbulkan pengertian, kesenangan pengaruh pada sikap, hubungan yang makin baik, dan tindakan.

Keuntungan lain dari pemakaian bahasa Jawa adalah responden (bidan) lebih dipercaya di mata masyarakat setempat khususnya para informan. Masyarakat setempat menilai ini dalam bentuk perwujudan penghormatan responden (bidan) terhadap adat istiadat yang mereka miliki. Seperti yang diungkapkan oleh sebagian informan bahwa bahasa yang digunakan oleh responden (bidan) adalah “ bahasa orang sini “. Bukan bahasa Indonesia atau istilah medis.

#### **5.4 Fungsi dan Manfaat Media Komunikasi**

Dalam menyampaikan pesan informan membutuhkan suatu saluran. Saluran adalah media atau alat bantu (peraga) komunikasi yang dipergunakan untuk menyampaikan pesan. Berbagai media bisa dipilih dalam menyampaikan pesan. Menurut Judith ( 1996 ) media cetak seperti pamflet, selebaran, dan poster pada umumnya dianggap sebagai saluran yang paling baik untuk memberikan sebuah pengingat kunci pesan-pesan dalam komunikasi.

Salah satu tugas responden diantaranya adalah memberi penyuluhan atau konseling kepada informan . Peyampaian pesan atau informasi yang dilaksanakan oleh responden harus bisa diterima dengan jelas oleh informan. Disini Responden (bidan) dituntut untuk mampu mempraktekan teori konseling atau komunikasi yang telah diperoleh baik melalui pendidikan formal kebidanan maupun pelatihan-pelatihan yang diikuti, termasuk didalamnya adalah pemakaian media sebagai alat komunikasi.

Pesan atau informasi yang disampaikan kepada ibu hamil sebaiknya menggunakan media atau alat bantu komunikasi yang tersedia. Karena pada

umumnya informan (ibu hamil) berpendidikan rendah.). Tetapi dalam kenyataannya konseling yang dilakukan oleh responden (bidan) tidak pernah menggunakan media atau alat bantu, hanya buku KIA yang pernah digunakan oleh responden (bidan) , itu pun jarang sekali. Praktek konseling responden (bidan) tersebut tidak sesuai dengan pedoman yang telah ada. Salah satu prinsip penyuluhan bagi ibu hamil yaitu menggunakan alat peraga atau media lain yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari. (Depkes, 1995)

Sebagian dari informan (ibu hamil) wawancara mendalam mengatakan bahwa pada saat memeriksakan kehamilannya pernah dijelaskan oleh responden (bidan) disertai dengan peraga mengenai cara melahirkan, yaitu oleh responden no 1 bidan. Sebagian diantara informan yang pernah periksa di tempat responden 2 (bidan) mengatakan pernah diberi penjelasan dengan menggunakan alat bantu. Satu informan (ibu hamil) mengatakan pernah diberi penjelasan dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil oleh responden 2, dan satu informan (ibu balita) peserta diskusi kelompok terarah pernah diterangkan dengan menunjukkan poster yang ada di tempat praktek. Sedangkan sebagian besar informan menerima informasi dan nasehat-nasehat hanya lewat bicara tanpa disertai dengan alat bantu komunikasi, dampaknya adalah banyak informan (ibu hamil K1, Ibu hamil K4, dan ibu balita) yang belum faham apa yang disampaikan oleh ketiga responden tersebut.

Pantaslah jika diantara informan mengatakan tidak faham dan tidak puas dengan apa yang telah disampaikan oleh responden. Tidak sedikit informan yang menginginkan suatu penjelasan dari responden disertai peragaan, atau contoh-

contoh. Dengan gambar atau peragaan indera yang menerima bukan hanya telinga saja, tetapi informan bisa melihat bahkan mungkin memegang media tersebut. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian / pengetahuan yang diperoleh. Manfaat media ini adalah untuk menimbulkan minat, mengatasi hambatan bahasa, mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran. Yang pada akhirnya akan merangsang sasaran untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan. (Notoatmojo, 1989). Dengan perkataan lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk mengarahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu obyek, sehingga mempermudah persepsi.

Keberadaan media sebagai mata rantai yang menghubungkan sumber dan penerima. ( Moekijat: 1993), barang kali belum disadari oleh responden. Terbukti dari tidak digunakannya media dan alat bantu lain pada saat menyampaikan pesan kepada informan (ibu hamil ). Responden (bidan) tidak menggunakan media pada saat konseling dengan berbagai alasan. Responden no 3 bidan mengatakan tidak digunakannya media karena informan tidak mau memperhatikan bahkan informan mengatakan sudah tahu jenis-jenis makanan yang bergizi. Hasil wawancara mendalam dengan responden no 3 bidan diperoleh informasi yang menunjukkan responden no 3 bidan tidak menyadari manfaat media komunikasi. Hal ini seperti yang pernah disampaikan kepada peneliti, poster yang berisi tentang KB dibuang padahal pernah ada salah seorang pengunjung meminta supaya diterangkan mengenai gambar kontrasepsi tersebut. Sementara responden no 1 bidan beralasan sudah biasa memberi konseling dengan hanya menggunakan buku KIA, dan mengatakan dengan buku KIA sudah cukup.

Kenyataan lain di temui peneliti pada saat wawancara mendalam dan fokus group diskusi (FGD) bahwa informan banyak yang tidak membaca buku KIA yang diterima dari responden (bidan), kalau toh membaca banyak dari isi buku tersebut yang tidak dipahami. Kondisi ini merupakan hambatan tersendiri terhadap upaya meningkatkan pengetahuan dan perubahan sikap informan. Dampak selanjutnya adalah penurunan AKI dan peningkatan Kunjungan ibu hamil sebagai tujuan utama program penempatan bidan desa oleh pemerintah sulit dicapai.

#### **5.5 Pengaruh Suasana lingkungan terhadap kualitas pelayanan.**

Seorang bidan desa dalam melakukan konseling/komunikasi dan informasi hendaklah memperhatikan suasana. Yang di maksud suasana di sini berkaitan erat dengan kondisi atau keadaan suatu ruangan dimana komunikasi dan informasi itu berlangsung. Ruang praktek responden no 1 bidan hanya terdiri dari dua ruangan yang masing-masing berukuran 1,8 m X 2,5 m, satu ruang untuk pelayanan pemeriksaan dilengkapi dengan 1 tempat tidur. Ruang yang lain biasa digunakan untuk melakukan anamnese dan konseling, tempat ini tidak dilengkapi meja kursi hanya berisi almari obat dan peralatan medis. Seperti halnya ruang praktek responden no 1 bidan, ruang praktek responden no 2 bidan terdiri dari 2 kamar. Masing-masing ruangan berukuran 2 m X 3 m, satu ruang untuk pelayanan periksa medis dilengkapi dengan 1 tempat tidur dan satu meja kecil untuk peralatan medis. Satu ruang lagi untuk pendaftaran, sekaligus sebagai ruang tunggu. Ruang ini dilengkapi dengan 1 meja dan 4 kursi. Kedua responden (bidan) belum mempunyai ruang khusus untuk konseling dan menilai bahwa ruangan

yang digunakan masih belum memadai baik dari segi luas ruangan atau kelengkapan ruangan tersebut.

Kedua Responden (bidan) tidak mau memperluas ruangan karena lahan yang ada tidak memungkinkan untuk melakukan perluasan disamping karena bukan miliknya sendiri, milik pemerintah. Untuk kelengkapan perabot ruangan mereka lebih banyak berharap bantuan dari pemerintah.

Ruang praktek responden no 3 bidan ada di tiga tempat posyandu. Dari segi luas ruang cukup memadai, tetapi belum ada ruang khusus sebagai tempat konseling. Komunikasi dan informasi biasa dilakukan oleh responden no 3 bidan ditempat yang mudah sekali dilihat dan didengar pembicaraannya. Komunikasi dan informasi berlangsung dalam suasana ramai (banyak orang) karena bersamaan dengan kegiatan posyandu. Sebagian dari informan mengatakan merasa tidak puas jika periksa di tempat posyandu, informan tersebut sebenarnya lebih suka periksa di tempat responden no 3 bidan langsung. Kedatangannya di posyandu karena perintah perangkat desa.

Kondisi ruang praktek tersebut bukan merupakan tempat yang tepat untuk melakukan konseling. Tempat tersebut selain tidak bisa memberi jaminan terhadap privasi ibu hamil karena pembicaraan mudah sekali didengar orang lain. Gangguan lain yaitu anak dari responden (bidan) mudah sekali keluar masuk sehingga dapat mengganggu proses pelayanan. Hal tersebut juga di sampaikan oleh sebagian informan wawancara mendalam dan fokus group diskusi (FGD). Kondisi ini tentu berbeda dengan pernyataan George dan Cristiani (1981) menyatakan faktor utama yang harus diperhatikan dalam pengaturan agar tercipta

suasana yang baik untuk konseling adalah dirasakannya suasana pribadi dimana percakapan tidak bisa didengar orang lain dan karena itu hendaknya tidak diganggu oleh orang lain yang keluar masuk ruangan konseling. Pengaturan tidak perlu terlalu rapi bisa mengesankan suasana santai, tidak terlalu formal. (Gunarsa, *Konseling dan Psikoterapi* : 2000),

Responden harus senantiasa memperhatikan situasi komunikasi, karena pesan hanya bermakna dalam situasi sosial tertentu. Situasi tidak hanya menunjukkan tempat tapi juga suasana. ( Liliweri, 1997). Mengenai suasana tempat pelayanan, pada umumnya informan menilai kondisi ruangan yang digunakan responden sudah cukup baik. Informan sudah merasa nyaman dan puas dengan kondisi yang sederhana. Informan menilai pengaturan perabot yang ada sudah tertata cukup rapi, tidak sempit, dan bersih. Hal itu bukan merupakan gangguan dalam proses komunikasi dan informasi. Namun demikian sebagian informan yang menilai ruangan tersebut kurang luas, terbuka, dan kurang bagus. Kesan dari salah satu informan, ruangan tersebut tidak bisa menciptakan suasana pribadi yang mampu melindungi privasinya. Ada perasaan tidak enak pada saat menerima pelayanan. Kekurang tersebut seperti yang disampaikan oleh responden kepada peneliti, ia mengatakan ruangan yang digunakan untuk memberi pelayanan masih banyak kekurangannya. Ruangan yang digunakan masih sempit, ditambah belum tersedianya meja kursi yang merupakan bagian yang dapat memberi kepuasan pengunjung.

Menurut responden 1 dan responden 3 ruangan yang sudah ada tersebut perlu dilengkapi dengan alat timbang bandan standar. Yaitu alat timbang badan

yang dilengkapi dengan alat ukur tinggi badan. Dengan maksud dapat mempermudah dalam memberi pelayanan dan kesan lebih baik kepada informan . Alat ini pun bisa menumbuhkan keyakinan diri bidan desa tersebut. Hal ini sesuai dengan pernyataan Liliweri ( 1997 ) bahwa Setting atau suasana membantu kita untuk menerangkan apa dan bagaimana variasi unsur-unsur komunikasi mengambil suatu posisi dalam proses komunikasi.

### **5.6 Penggunaan Metode Komunikasi Personal oleh Bidan Desa**

Metode yang digunakan oleh bidan dalam komunikasi dengan ibu hamil adalah tanya-jawab. Responden menanyakan keluhan yang dirasakan oleh informan, kemudian memberi saran kepada informan sesuai dengan keluhan yang dirasakan. Pertukaran informasi antara responden dan informan disebut dengan konseling (Depkes, 1999) Komunikasi personal ini merupakan metode yang dianggap paling efektif dalam upaya mengubah sikap, pendapat, atau perilaku seseorang , karena bersifat dialogis, berupa percakapan ( Effendy, 2000 ).

Metode komunikasi personal memungkinkan antara pihak yang berkomunikasi bisa saling mengetahui tanggapan pada saat komunikasi berlangsung. Meskipun demikian perlu diketahui pendidikan, pekerjaan, agama dan karakteristik lain dari informan agar responden yaitu bidan desa bisa mengarahkan pembicaraan sesuai dengan kemampuan informan . Sehingga tujuan komunikasi yang diinginkan tercapai. ( Effendy, 2000). Metode ini juga sangat tepat digunakan karena pada umumnya mereka yang dilayani berpendidikan rendah. Komunikasi antar persona paling baik untuk

menumbuhkan rasa kekeluargaan dan akrab, sehingga ibu hamil akan merasa santai.

Kesempatan tatap muka (konseling) rupanya tidak digunakan secara maksimal oleh responden. Dialog yang terjadi antar responden dan informan ibu hamil tidak efektif. Banyak diantara informan yang tidak memahami pesan yang disampaikan oleh responden bidan. Responden (bidan) lebih banyak memberi saran kepada informan. Tidak fahamnya informan atas keterangan responden (bidan) dikarena responden (bidan) tidak memberi penjelasan secara rinci mengenai hal yang didiskusikan. Kenyataan ini ditemui oleh peneliti pada saat wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah.

Konseling (tanya jawab) antara responden bidan dan ibu hamil tidak berjalan dengan sebagaimana mestinya. Pedoman konseling yang ada di buku pedoman pelayanan antenatal tingkat pelayanan dasar. (Depkes, 1995) tidak pernah dipakai. Bidan desa tidak menggali secara mendalam permasalahan yang dihadapi informan. Responden (bidan) mengatakan bahwa pesan yang disampaikan sesuai dengan keluhannya. Jika tidak ada keluhan, informan (ibu hamil) hanya disuruh periksa kembali bulan depan. Apabila ada ibu hamil dengan resiko responden (bidan) baru memberi perhatian yang lebih besar.

Pertanyaan-pertanyaan yang ada di buku pedoman standar pelayanan kebidanan tingkat dasar tidak banyak diajukan oleh responden (bidan) sedangkan informan sendiri tidak tahu apa yang harus diketahui berhubungan dengan menjaga kesehatan ketika hamil. Responden seharusnya lebih banyak mengambil inisiatif untuk terjadi sebuah dialog yang komunikatif. Sebab responden

menguasai dan lebih mengetahui kebutuhan dan persoalan yang biasa dihadapi informan ketika hamil. Pertanyaan pada saat kunjungan pertama dan pedoman pertanyaan kunjungan ulang (Depkes, 1999) bisa digunakan untuk mengatasi komunikasi dengan informan. Selain itu responden (bidan) harus menyadari sebagian dari hak ibu hamil untuk memperoleh informasi. Seperti yang dikatakan oleh Saifuddin (2000) bahwa pasien berhak untuk memperoleh informasi tentang kondisi dan keadaan apa yang sedang mereka alami. Isi dan waktu pemberian informasi, sangat tergantung dari kondisi pasien dan jenis tindakan yang akan segera dilaksanakan. Informasi harus diberikan langsung kepada pasien ( dan keluarganya ).

Ibu hamil dalam hal ini juga dituntut untuk berani bertanya dan menyampaikan pendapat. Tepatan yang terjadi adalah rasa takut dari ibu hamil untuk menyampaikan pertanyaan dan pendapat. Padahal bertanya atau menyampaikan pendapat merupakan hak ibu hamil sebagai seorang pasien. Teori Saifuddin et al (2000) mengatakan bahwa pasien berhak untuk bertanya atau mendiskusikan tentang kondisi atau keadaan dirinya dan apa yang mereka harapkan dari sistem pelayanan yang ada, dalam suasana yang dianggap memadai.

Dampak dari cara konseling yang diterapkan dengan tidak mengacu pada pedoman adalah minimnya pengetahuan informan (ibu hamil) berkaitan dengan bagaimana menjaga kesehatan ketika hamil. Informan (ibu hamil) hanya sekedar tahu bahwa ibu hamil harus diperiksa seperti yang pernah dilihat. Informan (ibu hamil) tidak tahu apa yang menjadi tujuan dari kunjungannya dan apa yang menjadi hak-hak mereka sebagai seorang pasien. Bahkan diantara informan (ibu

hamil) mengatakan bahwa mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan menjaga kesehatan ketika hamil diperoleh dari tetangga yang sudah punya anak.

### **5.7 Kepuasan Informan terhadap Lama (waktu yang digunakan) Pelayanan yang diberikan oleh Bidan Desa.**

Menurut Pedoman Penyusunan Daftar Susunan Pegawai (DSP) Waktu normal yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan ibu hamil adalah 15 menit. Penggunaan waktu ini meliputi kegiatan anamnesis, pemeriksaan fisik dan konseling. Konseling adalah pertemuan tatap muka antara petugas (bidan desa ) dan klien (ibu hamil ) dengan tujuan agar klien mampu memahami masalah yang dihadapi, kemudian menetapkan keputusan yang tepat bagi dirinya dalam mengarasi masalah (Depkes, RI).

Waktu yang digunakan oleh ketiga responden tidak sama. Tetapi pada umumnya waktu yang digunakan tidak sesuai dengan pedoman. Masih di bawah 15 menit. Dengan waktu yang singkat tentunya responden bidan desa tidak sempat menggali lebih jauh masalah yang dihadapi oleh ibu hamil. Pendidikan dan pengalaman informan ibu hamil merupakan kendala berlangsungnya proses komunikasi dan informasi antara responden dan informan. Ibu hamil tidak tahu berapa lama waktu yang harus digunakan untuk sekali pemeriksaan, tidak tahu apa yang menjadi kebutuhannya ketika hamil, dan bagaimana pemeriksaan harus dilakukan. Sementara responden sendiri belum sepenuhnya sadar bahwa komunikasi dan informasi akan mambantu ibu hamil dalam usaha menjaga kesehatannya.

Akibat sedikitnya waktu yang digunakan oleh responden saat pelayanan adalah rendahnya pengetahuan informan tentang bagaimana menjaga kesehatan ketika hamil. Informasi yang diberikan singkat, tidak disertai dengan uraian. Tidak jarang dari mereka yang belum faham terhadap pesan atau informasi yang diberikan. Untuk memperoleh keterangan yang luas biasanya responden menyarakan kepada informan untuk membaca sendiri buku KIA yang sudah diberikan.

Selain kesadaran responden dan pengetahuan informan pemanfaat waktu juga tergantung dari kondisi sosial atau suasana di tempat pelayanan. Ada kalanya karena informan punya kepentingan, minta cepat-cepat dilayani dan langsung pulang. Demikian juga terjadi pada responden karena kesibukannya dalam memberi pelayanan dilakukan dengan rasa terburu-buru.

Pendapat informan ibu hamil berkaitan dengan lamanya waktu pelayanan oleh responden pun beragam. Dengan waktu yang begitu singkat sebagian besar mengatakan cukup puas (*marem*) dan sebagian lagi yang mengatakan belum puas. Informan yang belum puas beralasan karena merasa belum cukup mendapat penjelasan dari responden. Sedangkan informan yang puas mengatakan karena tidak ada masalah dalam dirinya dan merasa sudah jelas semuanya. Tetapi kenyataannya berbeda. Informan yang puas belum banyak tahu tentang apa yang harus difahami dan dilakukan ketika hamil.

Rasa puas yang disertai kepasrahan pun tampak pada diri sebagian informan. Pasrah karena menurut dia pelayanan kehamilan seperti apa yang diketahui dan dilihat selama ini. Kebiasaan yang ia ketahui, bahwa setiap kali

pemeriksaan ya begitu itu. Bahwa periksa itu hanya sebentar dan langsung pulang, tidak tahu pelayanan apa saja yang harus diterima. Antri yang panjang menjadikan informan maklum atas waktu yang digunakan oleh responden dalam memberi pelayanan, rasa toleransinya untuk segera memberi kesempatan kepada orang lain.

Pandangan informan (ibu hamil) tersebut berbeda dengan pandangan responden (bidan). Responden (bidan) mengatakan memberi pelayanan selama 10 menit sudah lama terlebih lagi jika informan (ibu hamil) yang diberi pelayanan tidak ada keluhan yang berarti. Alasan lain penggunaan waktu oleh responden (bidan) karena banyak pasien yang antri dan selama ini informan (ibu hamil) sudah merasa puas, justru kadang ibu hamil sendiri ingin cepat pulang. Selama observasi peneliti juga melihat bahwa responden (bidan) memberi pelayanan dengan cepat karena tugas lain, seperti posyandu ditempat lain atau mendapat tugas di Puskesmas Induk.

#### **5.8 Kemampuan Bidan Desa dalam Menyampaikan Pesan pada saat Konseling (Komunikasi dan Informasi).**

Pesan atau informasi merupakan unsur penting terjadinya sebuah proses komunikasi. Pesan adalah keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh komunikator. Pesan mempunyai inti pesan (tema) yang sebenarnya menjadi penuntun arah di dalam usaha mengubah sikap dan perilaku komunikan. (Wijaya, 1987). Pada proses konseling antara bidan desa sebagai responden dan ibu hamil sebagai informan, informasi yang disampaikan bertujuan agar informan menyadari pentingnya kesehatan bagi dirinya dan pengaruh kepada janin yang

dikandung, serta termotivasi untuk meningkatkan derajat kesehatannya. ( Dep.kes, 1996) . Dengan demikian Ibu hamil dituntut mau dan mampu menjaga kesehatannya selama kehamilan. Untuk itu perlu mengetahui bagaimana cara melakukan perawatan diri selama kehamilan Ini menjadi bagian penting dari tugas bidan desa.

Bidan desa mempunyai peranan cukup besar dalam upaya meningkatkan pengetahuan ibu hamil berkaitan dengan perawatan kehamilan. Bidan desa harus mempunyai kesadaran tinggi untuk memberi pesan atau informasi kepada ibu hamil. Banyak pesan yang harus disampaikan bidan desa kepada ibu hamil. Diantaranya adalah : 1). perawatan diri selama kehamilan yang meliputi Gizi, perawatan payudara, kebersihan diri, istirahat cukup, senam hamil, 2). Perlunya periksa rutin, 3). Arti kehamilan, keluhan yang biasa terjadi pada masa kehamilan, 5). Tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, 6). Perkembangan kehamilan 7). Taksiran tanggal kehamilan dan kelahiran, 8) cara merawat bayi dan 9). Pemakaian kontrasepsi pasca persalinan. (Depkes, 1995).

Hasil penelitian menunjukkan hal yang berbeda. Informasi atau pesan yang disampaikan oleh ketiga responden (bidan desa ) biasanya hanya sebatas respon terhadap keluhan yang disampaikan oleh informan (ibu hamil ) tidak mencakup keseluruhan yang dibutuhkan oleh ibu hamil. Pesan yang disampaikan, seharusnya bukan hanya atas dasar aduan dari ibu hamil tetapi berdasarkan kebutuhan dan kepentingan bagi seorang yang sedang hamil. Menurut Wijaya (2000) bahwa pesan yang disampaikan harus tepat dan mengena. Pesan yang

mengena harus memenuhi syarat diantaranya adalah jelas dan gamblang, bahasa yang jelas, seimbang, dan sesuai dengan kepentingan komunikasi.

Pesan yang disampaikan oleh bidan desa tidak bisa diterima dengan baik. Banyak hal – hal yang tidak dipahami oleh ibu hamil. Ibu hamil banyak tidak tahu tujuan dan manfaat dari pesan atau tindakan selama pemeriksaan kehamilan. Menurut informan, ketiga responden (bidan desa ) dalam memberi pesan atau informasi tidak disertai dengan penjelasan. Tidak dilakukan secara sistematis. Hal ini tidak sesuai dengan salah satu langkah konseling yaitu Uraikan informasi yang berkaitan dengan penyelesaian permasalahan yang telah disampaikan klien tersebut secara lebih rinci dan jelas, misalnya : masalah penggunaan kontrasepsi, bahaya menggugurkan kehamilan dan lain sebagainya Direktorat Promkes (2000).

Ini terbukti pada saat peneliti mengajukan pertanyaan kepada informan untuk mengetahui kemampuan memahami informasi yang telah diterima. Pertanyaan yang diajukan tidak bisa dijawab dengan tepat, dan bahkan kadang-kadang tidak tahu sama sekali. Sebagai contoh masalah tujuan imunisasi TT, tahunya hanya sebatas untuk kesehatan, tidak tahu kalau imunisasi TT untuk mencegah penyakit tetanus.

Pada wawancara mendalam diperoleh hasil, dari 12 ibu hamil yang berstatus K4 belum pernah ada yang memperoleh penyuluhan dan perawatan untuk pemberian ASI eksklusif, nasehat perawatan diri selama kehamilan, dan menanyakan adanya gejala penyakit menular seksual (PMS). Hanya 2 ibu hamil yang pernah diajak berbicara mengenai persiapan persalinan.

Tidak sedikit dari ibu hamil yang merasa kurang puas dengan cara yang digunakan oleh bidan desa tersebut. Mereka menginginkan informasi yang

lengkap dan jelas, sehingga perasaan cemas dan bingung dalam dirinya teratasi. Kondisi ini bisa diatasi jika bidan desa lebih aktif bertanya atau menyampaikan pesan kepada ibu hamil. Bidan desa seharusnya juga menggunakan pedoman pelayanan kebidanan dasar ( Depkes. 1998 ) dalam memberi pelayanan ANC kepada ibu hamil. Dalam buku tersebut tercatat item-item yang harus disampaikan dan ditanyakan kepada ibu hamil.

Metode konseling yang dipilih oleh bidan desa tidak dipraktekkan dengan sistematis. Tidak sesuai dengan petunjuk konseling ibu hamil, yang meliputi, member salam, menayakan, menguraikan, membantu, menjelaskan, dan mengulangi informasi. Informasi tidak diuraikan secara rinci hanya berupa informasi singkat dan sangat jarang menjelaskan dari sisi positif dan negatif. Hal penting yang tidak diperhatikan adalah ruangan yang aman untuk melakukan konseling, dan penggunaan media. Baik bidan desa Sumber, bidan desa Getas dan bidan desa Nglungger tidak mempunyai ruangan khusus untuk konseling. Demikian juga media yang ada tidak digunakan untuk memperlancar komunikasi dan penyampaian informasi.

#### **5.9. Pemanfaat Kesempatan (waktu) oleh Bidan Desa**

Banyak kesempatan yang bisa digunakan oleh ketiga responden (bidan desa ) sebagai sarana untuk melakukan menyampaikan informasi tentang menjaga kesehatan bagi seorang ibu ketika hamil. Kesempatan itu bisa dengan memanfaatkan pertemuan-pertemuan yang ada di desa dimana bidan desa tersebut tinggal. Seperti pengajian ibu hamil-ibu hamil, arisan RT, pertemuan PKK, dan pengajian rutin yang ada. Kunjungan ibu hamil merupakan saat yang paling tepat

terlebih lagi pada kunjungan pertama (K1). Kunjungan pertama merupakan kesempatan untuk membuat ibu hamil merasa nyaman berbicara tentang dirinya. (Depkes, 1998).

Saat kapan ibu hamil berkunjung ke tempat pelayanan tidak terlepas dari kondisi sosial kedua belah pihak. Pihak-pihak tersebut akan saling menyesuaikan. Seperti yang dilihat oleh peneliti. Di desa Sumber dan Getas banyak ibu hamil berkunjung ke responden 1 terutama pada hari pasaran. Pada hari ini bidan desa akan mengurangi kegiatan di luar gedung. Mereka mengutamakan pelayanan kepada ibu hamil, bahkan kadang mengorbankan tugas lain seperti pertemuan atau rapat-rapat yang ada di tingkat Puskesmas atau Kabupaten. Begitu juga ibu hamil berusaha memahami tugas dari bidan desa. Seperti datang di responden 1 sebelum jam kerja, karena responden tersebut punya tanggungjawab memberi pelayanan di Puskesmas Pembantu di desa Sumber. Di desan Nglungger lain lagi responden 3 (bidan desa ) melayani pemeriksaan bersamaan dengan kegiatan posyandu.

Kesempatan yang ada tidak dimanfaatkan oleh ketiga responden dengan baik. Kunjungan pertama ibu hamil yang merupakan saat paling tepat pun tidak dimanfaatkan dengan baik. Pada kondisi ini ibu hamil membutuhkan ketenangan. Banyak hal-hal yang dikawatirkan. Tentu jika memperoleh penjelasan mengenai perawatan ketika hamil dan resiko kehamilan akan berusaha untuk memahami dan lebih perhatian, dibanding jika tidak dalam kondisi hamil. Dalam *Modul Pelatihan KIE Safe Motherhood* (Direktorat Promkes, 2000) disebutkan Ucapan yang disampaikan pada siang hari akan memberi makna yang lain jika disampaikan pada tangan malam.

Dari ketiga responden belum pernah ada yang memberi penyuluhan di tempat-tempat pertemuan atas inisiatifnya sendiri. Penyuluhan yang pernah dilakukan berkaitan dengan program dari pemerintah, seperti sosialisasi pekan immunisasi, dan bulan vitamin A. Seperti pengakuan responden 3. Bahkan posyandu pun belum pernah dimanfaatkan untuk penyuluhan.

## BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

### 6.1. Simpulan.

Proses komunikasi dan informasi yang berlangsung antara bidan desa dan informan (ibu hamil) secara umum tidak berjalan sebagaimana mestinya, yaitu tidak sesuai dengan pedoman konseling yang ada pada buku standar pelayanan kebidanan di tingkat pelayanan dasar. Dampaknya adalah penerima pesan (ibu hamil) masih banyak yang tidak mengerti pesan dan informasi yang disampaikan oleh bidan desa. Beberapa komponen komunikasi yang menjadi fokus penelitian ini belum di laksanakan sepenuhnya oleh bidan desa. Komponen itu diantaranya adalah :

- 6.1.1. Responden (bidan desa) menggunakan bahasa jawa sebagai alat komunikasi dengan ibu hamil. Dasar pertimbangannya adalah pendidikan ibu hamil masih rendah, menyesuaikan dengan budaya daerah setempat, dan agar semua pesan dan informasi yang disampaikan dapat dipahami dengan mudah.
- 6.1.2. Dari media dan alat bantu komunikasi yang dimiliki oleh responden (bidan), hanya buku KIA, yang pernah digunakan Hal ini menunjukkan responden (bidan) belum menyadari manfaat dari media komunikasi yang bisa mempermudah penyampaian informasi kepada informan.
- 6.1.3. Suasana tempat pelayanan dari ketiga responden secara umum dinilai oleh informan sudah cukup memadai. Meskipun belum ada ruangan khusus untuk komunikasi dan informasi atau konseling. Hal yang dirasa kurang oleh

responden adalah luas bangunan, perlengkapan perabot, dan fasilitas dapat membantu kelancaran pelayanan.

- 6.1.4. Metode yang digunakan dalam proses komunikasi dan informasi oleh responden (bidan) adalah konseling tatap muka (tanya-jawab) Tetapi metode tidak diterapkan dengan benar. Akibatnya sebagian besar informan tidak memahami pesan atau informasi yang diterima oleh responden (bidan).
- 6.1.5. Lama waktu yang digunakan oleh bidan desa tidak sesuai dengan petunjuk yang ada pada pedoman penyusunan Daftar Susunan Pegawai (DSP) atau masih dibawah 15 menit. Tetapi sebagian besar dari informan puas dengan waktu yang digunakan untuk memberi pelayanan. Kondisi ini berpengaruh pada kualitas dan banyaknya informasi yang diberikan oleh responden (bidan) kepada informan ibu hamil .
- 6.1.6. Pesan yang disampaikan oleh responden bidan sebatas menjawab dari keluhan yang disampaikan oleh informan ibu hamil. Sehingga masih banyak pesan-pesan dalam pedoman pelayanan antenatal tingkat dasar yang tidak diberikan kepada ibu hamil.
- 6.1.7. Waktu (kapan) Komunikasi dan informasi yang dilakukan oleh responden bidan hanya pada saat ada kunjungan ibu hamil. Responden bidan tidak memanfaatkan kesempatan lain yang bisa menggunakan seperti berbagai pertemuan PKK, posyandu, arisan RT, dan pengajian sebagai sarana untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat.

## 6.2. Saran

- 6.2.1. Media yang ada sebaiknya digunakan secara maksimal sesuai dengan kebutuhan dan materi pesan yang disampaikan kepada informan (ibu hamil). Karena alat bantu komunikasi akan mempermudah penerimaan atas informasi yang diberikan.
- 6.2.2. Sebaiknya pesan yang disampaikan tidak sebatas keluhan atau kondisi ibu hamil. Tetapi perlu menyampaikan pesan-pesan lain yang berkaitan dengan perawatan kehamilan. Alangkah baiknya dalam memberi pesan dilakukan sesuai dengan prosedur
- 6.2.3. Lama waktu yang digunakan untuk pelayanan sebaiknya disesuaikan dengan petunjuk, yaitu kurang lebih 15 menit dan dimanfaatkan dengan baik, agar bisa menyampaikan pesan dan informasi yang jelas dan terinci. Sehingga informan (ibu hamil) memahami maksud dari pesan yang disampaikan.
- 6.2.4. Responden (bidan) sebaiknya mengatur ruangan agar yang lebih rapi, lebih bersih, dan mampu memberi perlindungan privasi ibu hamil yang berkunjung. Untuk melengkapi perabot dan alat yang kurang sebaiknya berusaha sendiri atau usul ke Dinas Kesehatan Kapupaten melalui kepala Puskesmas.
- 6.2.5. Penggunaan metode konseling dalam berkomunikasi harus diperbaiki sesuai dengan langkah-langkah dalam melakukan konseling. Responden (bidan) harus mengajukan lebih banyak pertanyaan untuk menggali masalah yang dihadapi oleh informan (ibu hamil), agar diperoleh langkah untuk mengatasi masalah dengan tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar Saifuddin: “ *Sikap Manusia, teori dan Pengukurannya* “, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 1995.
- Cholil Abdullah,” *Kematian Ibu hamil dan Bayi, Masalah Kita semua* “ Pikiran Rakyat, Artikel, 9-11-2001.
- Dep.Kes. dan Kes.Sos, ” *Selamatkan Jiwa Ibu agar Anak yang Dikandung Menjadi Sehat*”, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Direktorat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2000.
- Dep.Kes. RI,” *Modul Pelatihan Pelatih KIE Safe Motherhood Partnership Family Approach bagi Bidan di Desa*”, Jakarta, 1999.
- Dep.Kes.RI, “ *Panduan Bidan di Tingkat Desa* “ Dep.Kes. RI, Ditjen PKM, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, Jakarta, 1998.
- Dep.Kes..RI, “ *Buku 1 Standar Pelayanan Kebidanan*”, Jakarta 2000.
- Dep.Kes..RI, ” *Upaya Akselerasi Penurunan Angka Kematian Ibu*”, Dit.Jen. PKM Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, Jakarta, 1997.
- Dep.Kes. RI,” *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar*”, Jakarta, 1998.
- Dep.Kes RI.” *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*”, Jakarta, 1995.
- Depkes. RI, Ditjen PKM, “ *Ibu Sehat Bayi Sehat* “, Jakarta, 1999.
- Depkes. RI, Ditjen PKM,” *Pedoman KIE UPGK*”, Jakarta, 1993.
- Depkes. RI, Ditjen PKM,” *Strategi Komunikasi Informasi, dan Edukasi Kesehatan Ibu dan Anak*”, Jakarta, 1996.
- Din.Kesehatan. Kab.Blora “ *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Kab. Blora* “ Blora, 2001
- Dirjen P3M dan FKM UI,” *Aplikasi Penelitian Kualitatif dan Pemberantasan Penyakit Menular* “, Depok, 1999.

- Effendy Uchjana Onong :” *Dinamika Komunikasi*”, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 1992.
- Ellis Roger. Et.al., “ *Komunikasi Interpersonal dalam Keperawatan*,” Jakarta, 2000.
- Graeff A Judith, Elder P John, dan Booth Mills Elizabeth : “ *Komunikasi untuk Kesehatan dan Perubahan* “ terjemahan dari *Communication for Health and Behavior* , Yogyakarta, 1996.
- Gunarsa D. Singgih,” *Konseling dan Psikoterapi*”, BPK Gunung Mulia, Jakarta, 2000.
- Hadijono Soerjo R : “ *Asuhan Dasar Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal* “ , makalah, 2002.
- Huberman Michael A dan Miles B Matthew, “ *Analisa Data Kualitatif* “ UI-Press, 1992.
- Josef Eilers,SVD – Franz,” *Berkomunikasi dalam Masyarakat*”, Nusa Indah, Flores, 2001.
- Kanwil Depkes dan Dinas Kesehatan Prop. Jawa Tengah “ *Profil Kesehatan Prop. Jawa Tengah tahun 1999* “, Semarang, 2000.
- Kusnanto Hari; “ *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*”, Program Studi IKM.
- Liliweri, Alo,” *Komunikasi Antar pribadi*” Citra Aditya Bhakti, Bandung, 1997
- Martinet Andre,” *Ilmu Bahas : Pengantar*, “ IKAPI, Yogyakarta, 1987.
- Moekijat, ” *Teori Komunikasi*”, Mandar Maju, Bandung,1993.
- Moleong Jenengan Lexy, “ *Metodologi Penelitian Kualitatif* “, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2000
- Moss Sylvia dan Tubbs Stewart,” *Human Communication Prinsip-Prinsip Dasar*” Remaja Rosdakarya, Bandung, 2000.
- Muchlas Makmuri,” *Perilaku Organisasi*”, PPS MMRS UGM, Yogyakarta, 1999.
- Muhajir Noeng,” *Metodologi Penelitian Kualitatif* “, Rake Sarasin, Yogyakarta, 1998.
- Munir Baderel,” *Penyuluhan Kesehatan Masyarakat dengan Pendekatan Antropologi*”, Jakarta, 1997.

Nicolaas S Rampisela," *Analisis Komunikasi dan Informasi Tenaga Kesehatan dengan Pasien dan Keluarganya*", PPS UGM, 1997.

Puskesmas," *Laporan Kegiatan Puskesmas Kradenan* ", tahun 2000.

Rahmat Jalaluddin," *Psikologi Komunikasi*", Remaja Rosdakarya, Bandung, 2001

Rahmat Jalaluddin, "*Metode Penelitian Komunikasi*", Remaja Rosdakarya, Bandung, 2001.

Saifuddin Bari Abdullah," *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*", JNPKKR – POGI, Jakarta, 2000.

Samekto Umi," *Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Kepada Ibu*" , Buletin PBB, 21 Mei, 1995.

Widjaja HAW," *Ilmu Komunikasi Pengantar Studi*", Rineka Cipta, Jakarta, 2000.