

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya Untuk
Meningkatkan Asuhan Anak Malnutrisi Di Madura**

TIM PENGUSUL

Dr. Pipit Festy Wiliyanarti, S.KM., M.Kes (0029127401)

Dr. A. Aziz Alimul Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kes (0008127401)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2019/2020

HALAMAN PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya Untuk Meningkatkan Asuhan Anak Malnutrisi di Madura

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 13.500.000,-

Ketua Penelitian :

a. Nama Penelitian : Dr. Pipit Festy Wiliyanarti,S.KM.,M.Kes

b. NIDN/NIDK : 0029127401

c. Jabatan Fungsional : Lektor

d. Program Studi : D3 Keperawatan

e. Nomor Hp : 08123143823

f. Alamat Email : pipitbiostat@yahoo.com

Anggota Penelitian 1 : Dr. A. Aziz Alimul Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kes

a. Nama Lengkap : 0008127401

b. NIDN : Universitas Muhammadiyah Surabaya

c. Perguruan Tinggi

Anggota Penelitian 2 : Hilmy Alif Ramadhan

a. Nama mahasiswa : 20161660049

b. NIM

Anggota Penelitian 3 : Arga Dwi Septianto

a. Nama mahasiswa : 20161660047

b. NIM

Surabaya, 15 Juni 2020



Mengetahui,
Dekan/Ketua


Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011

Ketua Peneliti


Dr. Pipit Festy Wiliyanarti,S.KM.,M.Kes
NIDN. 0029127401



Menyetujui,
Ketua LP/LPPM


Dr. Sujinah, M.Pd
NIK.01202196590004

ABSTRAK

TUJUAN: Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penggunaan model asuhan keperawatan berbasis budaya untuk meningkatkan pola asuh orang tua terkait gizi buruk pada anak Madura.

METODE: Penelitian ini menggunakan desain eksperimen semu dan sampel purposive sebanyak 102 responden dari keluarga dengan balita yang mengalami kekurangan gizi. Sampel terdiri dari kelompok intervensi (n =51) dan kelompok kontrol (n = 51). Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan pengukuran berat badan.

HASIL: Uji-t menemukan perbedaan antara semua variabel perawatan, termasuk pemanfaatan teknologi kesehatan, ketika membandingkan variabel berikut antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (t = 14,12, p <0,001), keyakinan dan filosofi (t = 10,20, p < 0,001), nilai budaya dan gaya hidup (t = 13,63, p < 0,001), alasan ekonomi (t = 0,20, p = 0,837), respon tindakan keperawatan berdasarkan budaya (t = 11,28, p < 0,001), dan perilaku pengasuhan anak (t = 16,43, p < 0,001). Uji Wilcoxon signed-rank test menemukan perbedaan antara model asuhan keperawatan pra intervensi berbasis budaya dan model asuhan keperawatan pasca intervensi berbasis budaya mengenai variabel status gizi buruk (t = 16,43, p < 0,001).Diterima: 27-Mar-2019;

KESIMPULAN: Penelitian ini menemukan bahwa penerapan model asuhan keperawatan berbasis budaya mempengaruhi praktik asuhan. Model asuhan keperawatan berbasis budaya dapat diterapkan pada keluarga dengan balita yang mengalami gizi buruk karena kurangnya budaya merawat

Keyword : Kesehatan; Malnutrisi; Perawatan; Keperawatan transkultural

ABSTRACT

OBJECTIVE: The purpose of this study was to analyze the use of a culture-based model of care to improve parenting patterns related to malnutrition in Madurese children.

METHODS: This study used a quasi-experimental design and a purposive sample of 102 respondents from families with under-fives who were malnourished. The sample consisted of the intervention group (n = 51) and the control group (n = 51). Data collection using questionnaires and weight measurement.

RESULTS: The t-test found differences between all treatment variables, including health technology utilization, when comparing the following variables between the intervention group and the control group (t = 14.12, p < 0.001), beliefs and philosophy (t = 10.20, p < 0.001), cultural values and lifestyle (t = 13.63, p < 0.001), economic reasons (t = 0.20, p = 0.837), responses to actions based on culture (t = 11.28, p < 0.001), and parenting behavior (t = 16.43, p < 0.001). The Wilcoxon signed-rank test found differences between the culture-based pre-intervention care model and the culture-based post-intervention care model regarding the variable of malnutrition status (t = 16.43, p < 0.001). Accepted: 27-Mar-2019;

CONCLUSION: This study found that the application of a culture-based model of care affected the practice of care. The culture-based model of care can be applied to families with toddlers who are malnourished due to a lack of caring culture

Keywords : : Health; malnutrition; maintenance; Transcultural Nursing

DAFTAR ISI

<i>ABSTRACT</i>	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum :.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus :.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
BAB II.....	1
TINJAUAN PUSTAKA	1
2.1 Konsep Model Asuhan Keperawatan.....	1
2.2 Konsep Malnutrisi Pada Anak.....	2
3.1 Tujuan Penelitian.....	1
3.1.1 Tujuan Umum :.....	1
3.1.2 Tujuan Khusus :.....	1
3.2.1 Manfaat Teoritis	1
3.2.2 Manfaat Praktis.....	2
BAB IV	1
METODELOGI PENELITIAN.....	1
4.1 Desain studi	1
4.2 Pengaturan dan sampel	1
4.3 Instrumen	1
4.5 Analisis data	2
BAB V.....	4
HASIL DAN PEMBAHASAN	4
5.1 Hasil	4

5.2 Pembahasan	6
BAB VII.....	12
PENUTUP	12
7.1 Kesimpulan.....	12
7.2 Saran.....	12
LAMPIRAN	3

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kejadian gizi buruk dan gizi buruk di Indonesia berdasarkan penelitian kesehatan dasar dengan indikator berat badan menurut umur (BB/A) sebesar 18,4%. Ini adalah insiden yang tinggi dibandingkan dengan Negara-negara Asia Tenggara lainnya. Orang Madura adalah anggota suku di Indonesia yang tersebar di empat kabupaten. Salah satunya adalah Sumenep, yang memiliki 8,6% kejadian malnutrisi secara keseluruhan dan 20,9% tingkat malnutrisi pada anak-anak.

Insidennya tinggi karena orang Madura merupakan masyarakat patriarki dimana perempuan tidak memiliki posisi yang signifikan yang terlihat dari lemahnya posisi tawar perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Akibatnya, perempuan tidak memiliki akses ke perawatan kesehatan bahkan ketika mereka hamil atau pascapersalinan. Orang Madura lebih mempercayai dukun daripada petugas kesehatan. Mereka mempercayai dukun dan nasehat orang tua atau sesepuh. Apalagi sebagian besar orang Madura masih tinggal bersama kerabatnya (terutama orang tua), sehingga keputusan pengobatan tergantung pada orang tua atau kerabatnya. Budaya Madura melarang makanan yang berasal dari sumber hewani (telur dan ikan) dan sayuran (nanas dan terong) selama

kehamilan. Pembatasan ini memiliki dampak negatif terhadap pertumbuhan bayi dan status gizi anak.

berdasarkan budaya, perilaku pengasuhan anak, dan status gizi buruk) di Indonesia Selain itu, ia juga membudayakan ibu-ibu Madura untuk memberi makan pisang dicampur nasi kepada bayi pada usia satu minggu. Diasumsikan bahwa jika seorang anak kelaparan, mereka tidak diberi pisang yang dicampur dengan nasi. Parahnya lagi, sudah menjadi budaya orang Madura kalau anak sakit, ibunya minum obat. Akhirnya, orang Madura akan memberi makan suami daripada anak-anak karena suami dianggap sebagai pencari nafkah.

Masalah tersebut juga banyak terjadi di Kamerun dimana kejadian gizi buruk pada bayi juga disebabkan oleh faktor sosial budaya antara lain pemberian makan yang tidak tepat, kurangnya pengetahuan ibu, kurangnya akses dan distribusi pelayanan kesehatan. Masalah ini juga banyak terjadi di Iran pada anak usia 0-4 tahun yang ditemukan memiliki masalah gizi karena pendidikan ibu, perilaku dan praktik pengasuhan. Kenya juga memiliki masalah serupa dengan pengaruh budaya pada praktik pemberian makan di antara anak-anak di bawah usia empat tahun [6]. Benin juga memiliki masalah yang sama dimana ada hubungan antara etnis dan gizi buruk pada anak. Untuk mengatasi permasalahan di atas, kita dapat beralih ke penerapan model asuhan keperawatan berbasis budaya (*transcultural nursing*). Model ini merupakan bentuk asuhan keperawatan humanistik yang berfokus pada perilaku individu dan kelompok serta proses yang terlibat dalam mempertahankan atau meningkatkan perilaku kesehatan atau

mengurangi rasa sakit baik secara fisik maupun psikokultural sesuai dengan budaya.

Latar Belakang Implementasi keperawatan transcultural menerapkan intervensi keperawatan melalui tiga strategi: mempertahankan, merestrukturisasi, dan bernegosiasi. Keperawatan transkultural di Indonesia belum dilaksanakan berdasarkan budaya lokal; Secara khusus, penanganan masalah gizi kurang diperlukan karena budaya parenting yang tidak meningkatkan kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan pengaruh model asuhan keperawatan berbasis budaya dalam meningkatkan praktik pengasuhan gizi buruk pada orang Madura anak-anak.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum :

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penggunaan model asuhan keperawatan berbasis budaya untuk meningkatkan pola asuh orang tua terkait gizi buruk pada anak Madura.

1.3.2 Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia
2. Mengidentifikasi menganalisis penggunaan model asuhan keperawatan berbasis budaya untuk meningkatkan pola asuh orang tua terkait gizi buruk pada anak Madura.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi dalam menganalisis Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi profesi keperawatan
Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Model Asuhan Keperawatan

Definisi Model Asuhan Keperawatan Profesional Model Asuhan Keperawatan Profesional adalah sebagai suatu system (struktur, proses dan nilai-nilai) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut (Hoffart & Woods, 1996 dalam Hamid, 2001).

Keberhasilan suatu asuhan keperawatan kepada pasien sangat ditentukan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan profesional. Mc. Laughin, Thomas dean Barterm (1995) mengidentifikasi 8 model pemberian asuhan keperawatan, tetapi model yang umum dilakukan di rumah sakit adalah Keperawatan Tim dan Keperawatan Primer (Marquis & Huston, 2013).

Setiap jenis model dasar pengelolaan asuhan keperawatan telah mengalami banyak modifikasi sehingga menghasilkan istilah baru, saat ini keperawatan primer sering disebut sebagai model praktik profesional dan keperawatan tim sering disebut mitra dalam asuhan atau mitra layanan pasien dan berbagai nama serupa lainnya (Burns dalam Marquis & Huston, 2013). Lima model utama pengelolaan asuhan keperawatan untuk pemberian asuhan pasien adalah

1. Asuhan pasien total

2. keperawatan professional
3. tim dan keperawatan modular
4. keperawatan primer dan
5. manajemen kasus.

2.2 Konsep Malnutrisi Pada Anak

Gizi buruk adalah status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur yang merupakan padanan istilah *underweight* (gizi kurang) dan *severely underweight* (gizi buruk). Balita disebut gizi buruk apabila indeks Berat Badan menurut Umur kurang dari $-3SD$. Gizi buruk *severe malnutrition* adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun (Wiku A, 2005).

WHO menyebutkan bahwa banyak faktor dapat menyebabkan gizi buruk, yang sebagian besar berhubungan dengan pola makan yang buruk, infeksi berat dan berulang terutama pada populasi yang kurang mampu. Diet yang tidak memadai, dan penyakit infeksi terkait erat dengan standar umum hidup, kondisi lingkungan, kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, perumahan dan perawatan kesehatan. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk, diantaranya adalah status sosial ekonomi, ketidaktahuan ibu tentang pemberian gizi yang baik untuk anak, dan Berat Badan Lahir Rendah(BBLR) (Kusriadi, 2010).

1. Konsumsi zat gizi

Konsumsi zat gizi yang kurang dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan badan dan keterlambatan perkembangan otak serta dapat pula terjadinya penurunan atau rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Selain itu faktor kurangnya asupan makanan disebabkan oleh ketersediaan pangan, nafsu makan anak, gangguan sistem pencernaan serta penyakit infeksi yang diderita (Proverawati A, 2009).

2. Penyakit infeksi

Infeksi dan kekurangan gizi selalu berhubungan erat. Infeksi pada anak-anak yang malnutrisi sebagian besar disebabkan kerusakan fungsi kekebalan tubuh, produksi kekebalan tubuh yang terbatas dan atau kapasitas fungsional berkurang dari semua komponen seluler dari sistem kekebalan tubuh pada penderita malnutrisi (RodriguesL, 2011)

3. Pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan

Seorang ibu merupakan sosok yang menjadi tumpuan dalam mengelola makan keluarga. pengetahuan ibu tentang gizi balita merupakan segala bentuk informasi yang dimiliki oleh ibu mengenai zat makanan yang dibutuhkan bagi tubuh balita dan kemampuan ibu untuk menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Kurangnya pengetahuan tentang gizi akan mengakibatkan berkurangnya kemampuan untuk menerapkan informasi dalam kehidupan sehari-hari yang merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan gizi. Pemilihan bahan makanan, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan keanekaragaman makanan ini dipengaruhi oleh

tingkat pengetahuan ibu tentang makanan dan gizinya. Ketidaktahuan ibu dapat menyebabkan kesalahan pemilihan makanan terutama untuk anak balita (Nainggolan J dan Zuraida R, 2010).

4. Pendidikan ibu

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah diberikan pengertian mengenai suatu informasi dan semakin mudah untuk mengimplementasikan pengetahuannya dalam perilaku khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Pendidikan ibu yang relatif rendah akan berkaitan dengan sikap dan tindakan ibu dalam menangani masalah kurang gizi pada anak balitanya (Oktavianis, 2016).

5. Pola asuh anak

Pola asuh anak merupakan praktek pengasuhan yang diterapkan kepada anak balita dan pemeliharaan kesehatan. Pola asuh makan adalah praktik-praktik pengasuhan yang diterapkan ibu kepada anak balita yang berkaitan dengan cara dan situasi makan. Pola asuh yang baik dari ibu akan memberikan kontribusi yang besar pada pertumbuhan dan perkembangan balita sehingga akan menurunkan angka kejadian gangguan gizi dan begitu sebaliknya (Istiany,dkk, 2007).

6. Sanitasi

Sanitasi lingkungan termasuk faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi. Gizi buruk dan infeksi kedua – duanya bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat dengan sanitasi buruk. Upaya penurunan angka kejadian penyakit bayi dan balita dapat diusahakan

dengan menciptakan sanitasi lingkungan yang sehat, yang pada akhirnya akan memperbaiki status gizinya (Hidayat T, dan Fuada N, 2011).

7. Ketersediaan pangan

Kemiskinan dan ketahanan pangan merupakan penyebab tidak langsung terjadinya status gizi kurang atau buruk. Masalah gizi yang muncul sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, salah satunya timbul akibat masalah ketahanan pangan ditingkat rumahtangga, yaitu kemampuan rumahtangga memperoleh makanan untuk semua anggotanya (Sobila ET, 2009).

8. Jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga berperan dalam status gizi seseorang. Anak yang tumbuh dalam keluarga miskin paling rawan terhadap kurang gizi. apabila anggota keluarga bertambah maka pangan untuk setiap anak berkurang, asupan makanan yang tidak adekuat merupakan salah satu penyebab langsung karena dapat menimbulkan manifestasi berupa penurunan berat badan atau terhambat pertumbuhan pada anak, oleh sebab itu jumlah anak merupakan faktor yang turut menentukan status gizi balita (Faradevi R, 2017).

9. Sosial budaya

Budaya mempengaruhi seseorang dalam menentukan apa yang akan dimakan, bagaimana pengolahan, persiapan, dan penyajiannya serta untuk siapa dan dalam kondisi bagaimana pangan tersebut dikonsumsi. Sehingga hal tersebut dapat menimbulkan masalah gizi buruk (Arifn Z, 2015).

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum :

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penggunaan model asuhan keperawatan berbasis budaya untuk meningkatkan pola asuh orang tua terkait gizi buruk pada anak Madura.

3.1.2 Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia
2. Mengidentifikasi menganalisis penggunaan model asuhan keperawatan berbasis budaya untuk meningkatkan pola asuh orang tua terkait gizi buruk pada anak Madura.

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi dalam menganalisis Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai Pengaruh Model Asuhan

Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura
Malnutrisi di Indonesia

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

4.1 Desain studi

Penelitian ini menggunakan studi quasi experimental untuk menguji pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi (pemanfaatan teknologi pelayanan kesehatan, keyakinan dan filosofi, nilai budaya dan gaya hidup, alasan ekonomi, respon keperawatan berdasarkan budaya, perilaku pengasuhan anak, dan status gizi buruk) di Indonesia

4.2 Pengaturan dan sampel

Ini adalah penelitian eksperimen semu. Sampel penelitian terdiri dari 102 keluarga dimana terdapat 52 keluarga pada kelompok perlakuan (Group A) dan 50 keluarga pada kelompok kontrol (Kelompok B). Anak-anak yang kekurangan gizi ditemukan menggunakan database medis Puskesmas. Anak-anak tersebut dipilih berdasarkan kriteria inklusi seperti etnis Madura, di bawah usia 5 tahun dan keluarga yang mendukung yang dapat berkorespondensi dalam Bahasa Indonesia (menulis dan membaca). Data anak gizi buruk diperoleh dari lima Puskesmas di Kabupaten Sumenep. Anak-anak dibagi menjadi kelompok kontrol dan perlakuan berdasarkan data yang diperoleh. Kriteria inklusi sampel adalah keluarga dengan anak gizi buruk.

4.3 Instrumen

Transkultural diukur melalui kuesioner tentang praktik penitipan anak dengan pendekatan budaya yang terdiri dari pemanfaatan teknologi medis, keyakinan dan

filosofi kesehatan, keluarga dan masyarakat. ketergantungan, nilai-nilai budaya, gaya kepedulian, aspek ekonomi dan tanggapan terhadap praktik transkultural dan kepedulian. Skor rata-rata diukur. Instrumen penelitian terdiri dari 50 pertanyaan dengan skala likert dengan jawaban sebagai berikut: 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = sering, dan 5 = selalu.

4.4 Prosedur dan Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Data diperoleh dari kuesioner praktik pengasuhan anak dengan pendekatan budaya yang terdiri dari pemanfaatan teknologi medis, keyakinan dan filosofi kesehatan, keluarga, ketergantungan masyarakat, nilai budaya, gaya pengasuhan, aspek ekonomi dan respons terhadap praktik transkultural dan pengasuhan. Responden memberikan informed consent sebelum penelitian. Penelitian ini dilakukan selama enam bulan pada tahun 2016 di sebuah Puskesmas di Kabupaten Sumenep, Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Kelompok intervensi mendapatkan tahapan model asuhan keperawatan berbasis kultur (keperawatan transkultural) selama dua bulan. Tahapan selanjutnya adalah sebagai berikut: (1) tahap pengkajian keperawatan berbasis budaya dilakukan selama 60 menit dengan pengumpulan dan identifikasi masalah budaya terkait masalah kesehatan; (2) tahap penyusunan rencana aksi, tujuan dan

4.5 Analisis data

Semua data tersebut dimasukkan ke dalam Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versi 19 dan dianalisis menggunakan metode statistik. Analisis statistik menggunakan uji-t untuk data berdistribusi normal dan uji Mann-Whitney

untuk data berdistribusi tidak normal. Validitas dan reliabilitas kuesioner diuji dengan Cronbach alpha (0,83). Pertimbangan etis Penelitian ini telah disetujui oleh Human Research Protection Program, Institutional Review Board, Universitas Muhammadiyah Surabaya, No. 004071017.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil

Karakteristik demografis

Tabel 1: Karakteristik Sampel

Variabel	Kelompok intervensi (N = 51) (n, %)		Grup kontrol (N = 51) (n, %)		Tes grup perbedaan
usia ibu					$\chi^2 = 1,921$
< 20 tahun	3	(5.9)	1	(2.0)	$P = 0,860$
21-25 tahun	16	(31.4)	18	(35.3)	
26-30 tahun	8	(15.7)	9	(17,6)	
31-35 tahun	16	(31.4)	14	(27.5)	
36-40 tahun	5	(9.8)	4	(7.8)	
> 40 tahun	3	(5.9)	5	(9.8)	
pendidikan ibu					$\chi^2 = 1,765$
Tidak pernah bersekolah	1	(2.0)	3	(5.9)	$P = 0,623$
Tidak tamat SD	12	(23.5)	9	(17,6)	
	25	(49.0)	28	(54.9)	
sekolah menengah pertama	13	(25.5)	11	(21.6)	
SMA	0	(0.0)	0	(0.0)	
Universitas	0	(0.0)	0	(0.0)	
pekerjaan ibu					$\chi^2 = 3,076$
Pengangguran/ibu rumah tangga	1	(2.0)	4	(7.8)	$P = 0,380$
Petani	33	(64.7)	30	(58.8)	
buruh tani	14	(27.5)	16	(31.4)	
pegawai pemerintah	3	(5.9)	1	(2.0)	
Anak Jenis Kelamin					$\chi^2 = 0,056$
Pria	11	(21.6)	12	(23.5)	$P = 0,813$
Perempuan	40	(78.4)	39	(76,5)	
Usia anak					$\chi^2 = 0,065$
0-1 bulan	0	(0.0)	0	(0.0)	$P = 0,799$
< 2-6 bulan	0	(0.0)	0	(0.0)	
< 7-12 bulan	9	(17,6)	10	(19.6)	
> 12 bulan	42	(82,4)	41	(80.4)	

Tabel 1 menunjukkan karakteristik dari ibu dan anak-anak mereka yang

kekurangan gizi.

Para ibu kebanyakan berusia 21 ampai 25 tahun tahun (33,3%), ada pula yang berusia kurang dari 20 tahun (4,20%). Sebagian dari mereka mengenyam pendidikan sekolah dasar (45,0%), tetapi sebagian tidak pernah sekolah (4,20%). Sebagian besar ibu bekerja sebagai petani (54,0%), dan sebagian lagi adalah PNS (4,0%). Sebagian besar anak gizi buruk adalah perempuan (79,2%), dan

mereka berusia lebih dari satu tahun (83,3%). Beberapa di antaranya berusia antara 7-12 bulan (16,7%).

Tabel 2: Perbandingan Skor Pre-Test dan Post-Test Variabel Pelayanan Kesehatan Berbasis Budaya Anak Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel perawatan kesehatan berbasis budaya	Pra-intervensi			Pasca-intervensi		
	Rata-rata ± SD	T	P	Rata-rata ± SD	T	P
Pemanfaatan teknologi pelayanan kesehatan						
Kelompok intervensi (n = 51)	13,84 ± 6,24	1.36	0,175	29,53 ± 6,53	14.12	< 0,001
Kelompok kontrol (n = 51)	12,24 ± 5,62			12,49 ± 5,61		
Keyakinan dan filosofi						
Kelompok intervensi (n = 51)	16,27 ± 5,69	0,89	0,375	27,92 ± 5,39	10.20	< 0,001
Kelompok kontrol (n = 51)	15,33 ± 4,94			16,71 ± 5,69		
Nilai-nilai budaya dan gaya hidup						
Kelompok intervensi (n = 51)	16,27 ± 5,69	0,43	0,668	32,27 ± 5,69	13.63	< 0,001
Kelompok kontrol (n = 51)	15,80 ± 5,35			16,80 ± 5,76		
Alasan ekonomi						
Kelompok intervensi (n = 51)	15,80 ± 5,35	0,06	0,864	31,80 ± 5,35	0,20	0.837
Kelompok kontrol (n = 51)	16,00 ± 6,14			16,04 ± 6,12		
Berdasarkan respon keperawatan tentang budaya						
Kelompok intervensi (n = 51)	16,00 ± 6,14	0,43	0,109	31,69 ± 6,13	11.28	< 0,001
Kelompok kontrol (n = 51)	17,84 ± 5,34			18,67 ± 5,49		
Perilaku pengasuhan anak						
Kelompok intervensi (n = 51)	17,84 ± 5,34	0,15	0,057	33,84 ± 5,34	16.42	< 0,001
Kelompok kontrol (n = 51)	15,80 ± 5,35			16,27 ± 5,45		

Dampak model asuhan keperawatan berdasarkan budaya terhadap status gizi buruk.

Tabel 3 menunjukkan bahwa intervensi keperawatan berbasis kultur dua bulan menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik dalam status malnutrisi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($t = 16,43$, $p < 0,001$). Data menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan status gizi buruk.

Sebelum intervensi, tidak ada responden dengan status gizi normal. Namun setelah dilakukan intervensi terdapat 39 responden (76,5%) yang gizi buruk menjadi normal. Dengan demikian, persentase responden dengan gizi buruk menurun dari (60,8%) menjadi (11,8%) sedangkan yang mengalami gizi buruk sedang menurun dari (37,3%) menjadi (9,8%). Hal ini berbeda pada kelompok kontrol dimana tidak ada perubahan yang signifikan pada jumlah responden dengan status gizi kurang dan gizi buruk sedang.

Tabel 3 Perbandingan Status Gizi Sebelum dan Sesudah Intervensi pada

Status gizi buruk	Kelompok intervensi				Grup kontrol			
	Pra-		Pasca-intervensi		Pra-		Pasca-intervensi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	0	0,0	39	76,5	0	0,0	2	3,9
Malnutrisi ringan	31	60,8	6	11,8	29	56,9	29	56,9
Sedang malnutrisi	19	37,3	5	9,8	21	41,2	19	37,3
Berat malnutrisi	1	2,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0

Tes peringkat bertanda Wilcoxon $p < .001$; Tes peringkat bertanda Wilcoxon $P = .697$.

Kelompok Intervensi (n = 51) dan Kontrol Grup (n = 51).

5.2 Pembahasan

Semua variabel dalam post-test, setelah penerapan model keperawatan selama tiga bulan, berbeda antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Akibatnya, kami menyimpulkan bahwa model keperawatan dapat meningkatkan praktik pengasuhan di kalangan ibu Madura tentang gizi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa strategi keperawatan transkultural dapat digunakan sebagai salah satu alternatif penanganan gizi buruk pada anak Madura. Hal ini dibuktikan

dengan nilai t-test semua variabel ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa faktor budaya peduli merupakan masalah kesehatan di masyarakat yang harus ditangani terutama pada anak-anak di pedesaan. Asuhan keperawatan berbasis budaya (transcultural nursing) dapat mendorong keluarga untuk mengubah aspek budayanya yang tidak sehat.

Leininger menyatakan bahwa keperawatan transkultural dapat digunakan dalam tiga cara, dapat mempertahankan budaya positif, melakukan negosiasi atau mengakomodasi budaya jika budaya tidak bertentangan dengan perawatan kesehatan, dan merestrukturisasi budaya. Jika budaya budaya menyebabkan masalah kesehatan.

Dalam konteks anak Madura dengan gizi buruk, ketiga pendekatan tersebut dapat diterapkan. Kita dapat menjaga komitmen keluarga terhadap anak dan mendorong keluarga untuk tetap menggunakan fasilitas Puskesmas dan posyandu yang diselenggarakan oleh perawat klinik. Negosiasi budaya dapat dilakukan dengan cara mendekati kepala desa, ustadz dan warga desa dan menawarkan kader kesehatan dalam bentuk pertemuan dan pendidikan kesehatan. Mendekati ustadz menjadi prioritas karena orang Madura sangat menghormati mereka. Restrukturisasi budaya dapat dilakukan melalui program pemberdayaan bagi keluarga dan masyarakat dengan melakukan berbagai kegiatan sosial, kesempatan pendidikan dan kegiatan pelatihan bagi ibu yang memiliki anak gizi buruk. Juga, perilaku keluarga tentang perawatan kesehatan diwariskan dari generasi ke generasi. Kebiasaan yang “normal” bisa diubah jika

tidak sehat. Dalam konteks ini, keperawatan transkultural dapat memainkan peran penting dalam menantang keyakinan yang sudah ada sebelumnya dan mendorong perilaku pengasuhan yang positif.

Beberapa variabel dalam penelitian ini berubah, termasuk penggunaan teknologi pelayanan kesehatan. Budaya berbasis intervensi pasca pengobatan mengubah beberapa aspek persepsi responden tentang penggunaan teknologi untuk mengatasi masalah kesehatan saat ini, mencari bantuan kesehatan, persepsi sakit, kebiasaan pengobatan atau mengatasi masalah kesehatan, antara lain. Kepercayaan dan keyakinan setelah budaya berbasis intervensi pasca perawatan juga berubah. Ini adalah sistem kepercayaan yang mencakup kepercayaan dan gambaran manusia tentang sifat Tuhan atau yang dianggap Tuhan dan tentang alam gaib. Agama mempengaruhi cara seseorang berusaha untuk mencegah penyakit dan memainkan peran yang kuat dalam ritual yang berkaitan dengan perawatan kesehatan preventif. Agama menguraikan praktik moral, sosial dan diet yang dirancang untuk menjaga penganutnya tetap sehat dan dalam keadaan seimbang. Agama juga berperan penting dalam persepsi pencegahan penyakit pada pemeluknya. Sebagai contoh, bagi sebagian besar umat Islam di suku Madura, salah satu alternatif pengobatan adalah shalat. Berdoa mengandung unsur psikoterapi yang mendalam.

Terapi psikoreligius tidak kalah pentingnya dengan psikoterapi dan psikiatri karena berdoa mengandung kekuatan spiritual yang membangkitkan keyakinan dan perasaan optimis (harapan kesembuhan). Rasa percaya diri dan

optimisme sangat penting untuk penyembuhan suatu penyakit atau penyakit selain obat-obatan dan perawatan medis

Perubahan budaya, nilai dan gaya hidup pasca intervensi diperlukan karena nilai merupakan konsep abstrak mengenai ide-ide yang dianggap baik atau buruk. Nilai-nilai budaya yang dianggap baik dan buruk dirumuskan dan ditetapkan oleh pemeluk suatu budaya. Perubahan ini dapat meningkatkan kesehatan manusia melalui perawatan berbasis budaya. Beberapa pandangan terkait keperawatan transkultural terjadi pada anak Madura yang kurang gizi, terutama mengenai pelestarian atau pemeliharaan budaya. Ini termasuk menyusui bayi dan larangan membawa bayi keluar selama 40 hari setelah lahir. Akomodasi atau negosiasi perawatan budaya juga mencakup menyusui kurang dari 2 tahun, dan mengenai perawatan budaya pola ulang atau restrukturisasi, memberi makan bayi baru lahir dengan madu, susu formula dan pisang dan membuang susu pertama.

Cultural care dari perspektif Leininger tentang kesehatan anak (usia 0-2 tahun) dapat memberikan rencana aksi untuk pemeliharaan atau pelestarian budaya, termasuk kebiasaan menyusui bayi dan memberikan susu formula, dan budaya terkait larangan membawa bayi luar selama 40 hari setelah lahir. Menyusui kurang dari 2 tahun dapat dianggap sebagai akomodasi perawatan budaya atau rencana aksi negosiasi. Mengenai pemberian makan bayi baru lahir dengan madu, susu formula dan pisang serta membuang ASI pertama, ibu nifas/menyusui menjadi sasaran re-patterning atau restrukturisasi kultural care

karena tindakan tersebut dianggap merugikan kesehatan bayi. Kepedulian budaya adalah kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, keyakinan, dan pola ekspresi yang membimbing, mendukung, atau memberikan kesempatan kepada individu atau kelompok lain untuk menjaga kesehatannya dan meningkatkan kondisi kehidupannya. Tujuan keperawatan transkultural adalah menjembatani sistem asuhan yang digunakan oleh masyarakat umum dengan asuhan profesional melalui asuhan keperawatan. Dengan demikian, dalam keperawatan transcultural perawat harus mampu membuat keputusan dan rencana tindakan keperawatan dengan menitikberatkan pada tiga prinsip, di antaranya pemeliharaan atau pemeliharaan budaya, yaitu prinsip membantu, memfasilitasi, atau berfokus pada budaya. fenomena yang memungkinkan individu untuk menentukan gaya hidup dan tingkat kesehatan yang diinginkan. Akomodasi atau negosiasi perawatan budaya, yaitu prinsip-prinsip negosiasi, dukungan, bantuan atau fokus pada fenomena budaya yang mencerminkan cara untuk beradaptasi, memungkinkan tindakan dan keputusan profesional yang kreatif untuk membantu klien dari budaya yang ditunjuk untuk bernegosiasi atau mempertimbangkan kondisi kesehatan dan gaya hidup, dan budaya repatterning atau restrukturisasi perawatan, yang merupakan prinsip dari merekonstruksi atau mengubah untuk meningkatkan kondisi kesehatan dan gaya hidup klien. Restrukturisasi budaya dilakukan jika budaya tersebut merugikan status kesehatan.

BAB VI

RENCANA TAHAPAN SELANJUTNYA

6.1 Rencana jangka pendek:

Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN

6.2 Rencana jangka panjang:

Dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan tentang Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Sebagai kesimpulan, model asuhan keperawatan berbasis budaya merupakan model pendekatan berbasis budaya yang berperan penting dalam mengatasi masalah kesehatan anak di masyarakat, terutama ketika faktor budaya bertentangan dengan prinsip sehat. Pendekatan ini dapat digunakan di negara berkembang di mana terdapat banyak daerah terpencil dengan sedikit fasilitas perawatan kesehatan dan pekerja yang dapat diakses. Keperawatan transkultural dapat menurunkan morbiditas bayi akibat malnutrisi, terutama pada populasi yang mempertahankan budaya lokal yang bertentangan dengan prinsip sehat. Bahkan program tiga bulan dapat membuat perbedaan yang signifikan.

7.2 Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi acuan dalam Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan dan menjadi acuan untuk dikembangkan pada penelitian yang lebih luas tentang Pengaruh Model Asuhan Keperawatan Berbasis Budaya terhadap Peningkatan Asuhan Anak Madura Malnutrisi di Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

1. Barroso MM, Salvador LM, Fagundes Neto U. Malnutrisi protein kalori yang parah pada dua bersaudara karena disalahgunakan karena kelaparan. *Pdt.Paul Pediatr.* 2016; 34(4):522-7. tengah malam:27452429PMCID:PMC5176076
2. Ahmad B, Anam N, Khalid N, Mohsen R, Zaal L, Jadidy E, dkk. Persepsi wanita usia subur tentang suplemen vitamin dan asam folat selama kehamilan, Universitas Taibah, Almadinah Almunawwarah, Kerajaan Arab Saudi. *Jurnal Ilmu Kedokteran Universitas Taibah.* 2013; 8(3):199-204.<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2013.08.002>
3. Hanafi MI, Hamid Shalaby SA, Falatah N, El-Ammari H. Dampak pendidikan kesehatan pada pengetahuan, sikap dan praktik menyusui di kalangan wanita yang menghadiri pusat perawatan kesehatan primer di Almadinah Almunawwarah, Kerajaan Arab Saudi: Kontrol prapasca studi. *Jurnal Ilmu Kedokteran Universitas Taibah.* 2014; 9(3):187-93.<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2013.11.011>
4. Pemunta NV, Fubah MA. Penentu sosial budaya gizi buruk bayi di Kamerun. *J Biosoc Sci.* 2015; 47(4):423-48.<https://doi.org/10.1017/S0021932014000145> PMid:24717356
5. Noughani F, Bagheri M, Ramim T. Kebiasaan gizi ibu dan anak pada kelompok usia 0-4 tahun di Iran. *Nutrisi Makanan Ecol.* 2014; 53(4):410-8.<https://doi.org/10.1080/03670244.2013.824434>tengah malam:24884555
6. Chege PM, Kimiywe JO, Ndungu ZW. Pengaruh budaya pada praktik diet anak di bawah lima tahun di antara penggembala Maasai di Kajiado, Kenya. *Int J Perilaku Nutr Phys Act.* 2015; 12:131. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0284-3>
7. Chague F, Varloteaux M, Renaud C, Brune V, Enel C, Stoffel V. [Hubungan antara etnis dan malnutrisi anak di pedesaan Benin]. *Med Sante Trop.* 2013; 23(3):337-43. tengah malam: 24161528
8. Cukljek S, Juresa V, Babic J. Adaptasi lintas budaya (transkultural) dan validasi kuesioner citra keperawatan. *Pendidikan Perawat Hari Ini.* 2017; 48:67-71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.006> PMid:27718387
9. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Keragaman dan universalitas perawatan budaya Leininger: Jones & Bartlett Publishers, 2014.
10. Giger JN. E-Book Keperawatan Transkultural: Penilaian dan Intervensi: Elsevier Health Sciences, 2016.
11. Vu-Augier de Montgremier M, Blanchet-Collet C, Guzman G, Moro MR. [Menuju pendekatan transkultural untuk gangguan makan]. *Soin Psikiater.*

- 2016; 37(307):22-4. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2016.09.006>
PMid:27890271
12. Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Perspektif Cloyd E. tentang Perawatan Transkultural. Klinik Keperawatan Amerika Utara. 2009; 44(4):495-503.<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.07.00>
 13. Im EO, Lee Y. Keperawatan Transkultural: Tren Saat Ini dalam Karya Teoretis. Asia Nurs Res. 2018; 12(3):157-65.<https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.006>
tengah malam: 30179700
 14. Erika KA. Pengaruh Pendekatan Keperawatan Transkultural, Model Perawatan Kesehatan Anak dan Model Transtheoretical Terhadap Pengetahuan dan Budaya Keluarga. Jurnal Ners. 2016; 9(2):8.<https://doi.org/10.20473/jn.V9I22014.262-269>
 15. Law K, John W. Tunawisma sebagai budaya: Bagaimana teori keperawatan transkultural dapat membantu merawat tunawisma. Praktek Pendidikan Perawat. 2012; 12(6):371-4.<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.04.010>
tengah malam: 22658675
 16. Pulido-Fuentes M, González LA, Martins MdFdSV, Martos JAF. Kompetensi Kesehatan dari Perspektif Transkultural. Mengetahui Bagaimana Pendekatan Transcultural Care. Procedia - Ilmu Sosial dan Perilaku. 2017; 237:365-72.<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.022>
 17. Lor M, Crooks N, Tluczek A. Model yang diusulkan dari asuhan keperawatan yang berpusat pada orang, keluarga, dan budaya. Pandangan Perawat. 2016;64(4):352-66.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.02.006>PMid:27061841
 18. Drevdahl DJ. Budaya peniruan: Efek dari menggunakan pengalaman simulasi untuk mengajarkan kompetensi budaya. Jurnal Keperawatan Profesional. 2018; 34(3):195-204.<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.10.006>
tengah malam: 29929800
 19. Ogino M. Aspek Transkultural. Jurnal Ilmu Neurologis. 2017; 381:18.<https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.08.084>
 20. Leininger M. Teori perawatan budaya: kontribusi besar untukmemajukan pengetahuan dan praktik keperawatan transkultural. J Transcult Nurs. 2002; 13(3):189-92; diskusi 200-1.<https://doi.org/10.1177/10459602013003005> PM: 12113148
 21. Pengaduk SJ, Carson E, McArthur PM, Abraham C, Silva K, Davidson R, dkk. Perawat dalam Tindakan: Respons terhadap Tantangan Perawatan Budaya dalam Pengaturan Perawatan Akut Pediatrik. J Pediatr Nurs. 2015; 30(6):896-907.<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.001>PMid:26072213

LAMPIRAN

1. Laporan Keuangan

NO	HONOR KEGIATAN	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Honorarium Asisten Penelitian 1	3	Bulan	Rp 500.000,00	Rp 1.500.000,00
2	Honorarium Asisten Penelitian 1	3	Bulan	Rp 500.000,00	Rp 1.500.000,00
Sub Total					Rp 3.000.000,00
NO	BELANJA BAHAN HABIS	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Kertas HVS	4	Rim	Rp 51.200,00	Rp 204.800,00
2	Tinta Printer Epson Black	1	Botol	Rp 132.000,00	Rp 132.000,00
3	Tinta Printer Epson Cyan, Magenta, Yellow	3	Botol	Rp 124.500,00	Rp 373.500,00
4	Data Kuota Internet (Pulsa 100 ribu)	6	Orang	Rp 101.000,00	Rp 606.000,00
5	Bolpoin	4	Box	Rp 17.600,00	Rp 70.400,00
6	Bolpoin tebal	2	Buah	Rp 26.500,00	Rp 53.000,00
7	Map Coklat	2	Lusin	Rp 32.000,00	Rp 29.000,00
8	Map L Transparan	2	Lusin	Rp 37.500,00	Rp 75.000,00
9	Map Kancing tebal	7	Buah	Rp 12.300,00	Rp 86.100,00
10	Boxfile	6	Buah	Rp 18.900,00	Rp 113.400,00
11	Lem	3	Buah	Rp 7.800,00	Rp 23.400,00
12	Parcel Responden	51	Buah	Rp 21.500,00	Rp 1.096.500,00
13	Konsumsi Peneliti	3	Bulan	Rp 260.000,00	Rp 780.000,00
14	Penggandaan Form Pengkajian	51	Eksemplar	Rp 9.200,00	Rp 469.200,00
15	Penggandaan Penjelasan penelitian	51	Eksemplar	Rp 1.200,00	Rp 61.200,00
16	X-Banner	2	Buah	Rp 80.000,00	Rp 160.000,00
17	Absensi Kegiatan Penelitian	1	Paket	Rp 20.900,00	Rp 20.900,00
18	Penggandaan Laporan	8	Eksemplar	Rp 75.000,00	Rp 600.000,00
Sub Total					Rp 4.954.400,00
NO	Lain-lain	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL

1	Perjalanan Belanja Alat dan Bahan	6	Kali	Rp 50.000,00	Rp 300.000,00
2	Perjalanan Melakukan Penelitian	5	Kali	Rp 100.000,00	Rp 500.000,00
	Penyusunan Modul	3	Bulan	Rp 500.000,00	Rp 1.500.000,00
	Cetak Modul Penelitian	6	Eksemplar	Rp 57.600,00	Rp 345.600,00
3	Publikasi Jurnal	1	Kali	Rp 1.500.000,00	Rp 1.500.000,00
4	Profread	1	Paket	Rp 850.000,00	Rp 850.000,00
5	Etik Penelitian	1	Paket	Rp 550.000,00	Rp 550.000,00
Sub Total					Rp 5.545.600,00
TOTAL PENGELUARAN					Rp 13.500.000,00

2. Lampiran Jadwal Penelitian

NO.	KEGIATAN	Bulan Desember - Juni					
		1	2	3	4	5	6
1.	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti						
2.	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3.	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4.	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian						
5.	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
6.	Melakukan penelitian						
7.	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data, Menyusun dan mengisi format tabulasi, Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis, Membuat tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya						
8.	Menyusun laporan penelitian						