



Prosiding  
Seminar Nasional Kesehatan

# Penguatan dan Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Era Revolusi Industri 4.0

Kendari, 26 Oktober 2019

Prosiding Seminar Nasional Kesehatan

*Penguatan dan Inovasi Pelayanan Kesehatan  
dalam Era Revolusi Industri 4.0*

Kendari, 26 Oktober 2019



Prosiding Seminar Nasional Kesehatan

*Penguatan dan Inovasi Pelayanan Kesehatan  
dalam Era Revolusi Industri 4.0*

Kendari, 26 Oktober 2019



**UHO EduPress**

Kendari, 2019

Prosiding Seminar Nasional Kesehatan  
Penguatan dan Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Era Revolusi Industri 4.0  
Kendari, 26 Oktober 2019

**Pengarah**

Muhammad Zamrun F. (Rektor Universitas Halu Oleo)  
Ophirtus Sumule (Direktur Sistem Informasi, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi)  
Siswanto (Kepala Balitbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan)  
Yusuf Sabilu (Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo)  
Saifuddin Alibas (Plt. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara)

**Panitia Pelaksana**

Ketua: Nani Yuniar • Wakil Ketua: Ruslan Majid • Sekretaris: Fikki Prasetya • Bendahara: Asnia Zainuddin, Hasmilin Muin • Sekretariat: Wa Ode Salma, Jumakil • Acara: Ambo Sakka • Dana: Sartiah Yusran • Humas/Dokumentasi: Jumakil, Nur Muslim Sidiq • Transportasi/Akomodasi: Aris Pagala, Junaid • Konsumsi: Hilda Harun

**Reviewer**

Yusuf Sabilu, Sartiah Yusran, Wa Ode Salma, Ramadhan Tosepu, Lisnawaty, Fikki Prasetya, Rahman, Rastika Dwiyantri Liaran, Arum Dian Pratiwi,

**Editor**

Fikki Prasetya, Jumakil, Nur Muslim Sidiq

**Tata Letak**

Fikki Prasetya

Penerbit

**UHO EduPress**

Kampus Hijau Bumi Tridarma  
Jalan Eddy A. Mokodompit  
Kendari 93231  
WA 0811404044  
surel [press@uho.ac.id](mailto:press@uho.ac.id)  
[uho.edupress@gmail.com](mailto:uho.edupress@gmail.com)

x + 310 hlm, 21 x 29,7 cm  
ISBN 978-623-91098-1-3 (pdf)  
978-623-91098-2-0 (cetak)

November 2019

---

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya, dalam bentuk dan dengan cara apa pun, baik secara mekanis maupun elektronik, termasuk fotokopi, rekaman, dan lain-lain tanpa izin dari penerbit.

## DAFTAR ISI

**Prakata** | ix

### EPIDEMIOLOGI

- Faktor Determinan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Lalowaru Kecamatan Moramo Utara* — I Putu Sudayasa, Rezki Purnama Yusuf, Hasniah Bombang | 3
- Prevalensi Diabetes Melitus dan Hipertensi Berdasarkan Hasil Skrining Berbasis Time Seri Kelurahan Jagir Kecamatan Wonokromo Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur* — Irma, Harleli, Fithria, Jusniar Rusli Afa, Asnia Zainuddin, Yasnani | 7
- Determinan Yang Berhubungan Dengan Status Gizi pada Pelajar Smpn 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018* — Jummu Huwriyati, Wahyu Fajriana Hipta, Irma | 15
- Beberapa Faktor Risiko Kejadian Filariasis* — La Ode Liaumin Azim, Suhartono, Djoko Tri Hadi Lukmono, M. Sakundarno Adi, Martini — | 25
- Path Analysis Faktor Determinan Kejadian Gizi Kurang di Wilayah Pesisir Kelurahan Petoaha Kota Kendari* — Fitri Rachmillah Fadmi1, La Djabo Buton | 33
- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru 2018* — Sitti Hastati1, Fita Rahmawati | 41

### GIZI DAN TEKNOLOGI PANGAN

- Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari* — Fithria, Junaid, Rizki Eka Sakti, Harleli, Viona Meydiyanti | 49
- Gambaran Penerapan Food Safety pada Penyelenggaraan Makanan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Kendari* — Harleli, Fithria, Hilda Harun, Irma Yunawati, Irma | 57
- Hubungan Karakteristik Pasien dan Porsi Makanan dengan Sisa Makanan di RSUD Kota Kendari* — Riska Mayangsari, Narmi, Dwi Sulistiyawati | 63
- Hubungan Konsumsi Lemak dan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu Tahun 2018* — Asnia Zainuddin, Cece Suriani Ismail, Jumakil, Hasni | 67
- Status Gizi, Pola Makan, dan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMA Negeri 1 Kambowa, Kabupaten Buton Utara* — Ruwiah, Harleli, La Dupai, Ruslan Majid, Jufri Paisal | 75
- Studi Kualitatif Praktik Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Pekerja di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo* — Paridah, Cece Suriani Ismail, Irma Yunawati | 81
- Rendahnya Pemberian ASI Eksklusif pada Anak Etnik Pesisir Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Tropis* — Wa Ode Salma, Suhadi, La Ode Muhamad Sety, Irma, Asriati, Marni Karo | 87
- Pengaruh Pendidikan Gizi Anemia terhadap Asupan Zat Besi (Fe) dan Protein pada Anak Remaja SMA Negeri 21 Makassar* — Darmayanti Waluyo | 93

### KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN

- Reviu dari Kementerian Kesehatan dan BPJS Bulan Juli Tahun 2019 (Studi Kasus di Lima Rumah Sakit Pemerintah di Sultra)* — Hilda Harun, Ruslan Majid, Wa Ode Salma, Harleli, Ruwiah | 101

*Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Pasien Penyakit ISPA di Wilayah Kerja Puskesmas Nawangsasi Musi Rawas — Septian Kurniawan, Dian Safriantini | 109*

*Analisis Prinsip Good Corporate Governance (GCG) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Inomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara — Sartini Risky | 119*

*Analisis Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien dalam Kesiapan Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas di Wilayah Kota Kendari Tahun 2018 — Nani Yuniar, Agnes Mersatika, Arum Dian Pratiwi, Ambo Sakka, Lisnawaty | 127*

## **KEDOKTERAN KOMUNITAS**

*Status Gizi Lebih sebagai Faktor Risiko Peningkatan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 — Indria Hafizah, Wa Ode Ika Nurwahyuni Syarif, Dwiana Pertiwi T. | 141*

*Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Anemia dan Penggunaan Tablet Zat Besi (Fe) di Puskesmas Samkai Merauke — Titus Tambaip, Supriyatin, Marni Br Karo, Ruwiah, Wa Ode Salma | 151*

## **KEPERAWATAN KOMUNITAS**

*Motivasi Penderita Diabetes Mellitus dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari — Asbath, Sitti Norma Sidrati | 157*

## **KESEHATAN DAN OBAT-OBATAN**

*Uji Aktivitas Antibakteri Minuman Tradisional Pongasi terhadap Escherichia Coli dan Staphylococcus Aureus — Angriani Fusvita, Nuramalia Ramadhani, Sri Aprilianti Idris, Susanti | 167*

*Sosialisasi Dagusibu (Dapatkan, Gunakan, Simpan, Buang) Obat dengan Benar pada Guru dan Pelajar SMPN 1 Sampara — Dewo Diha, Nirwani Anwar, Parawansah, I Putu Sudyasa | 171*

*Analisis Efektivitas Biaya Obat Risperidon-Chlorpromazine dan Haloperidol- Chlorpromazine pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara — Musdalipah, Eny Nurhikma, Reynol Useng | 177*

*Formulasi dan Uji Aktivitas Obat Kumur Ekstrak Daun Sukun (Artocarpus Altilis) terhadap Bakteri Streptococcus Mutans ATCC 25175 — Nur Saadah Daud, Agung Fujiar, Nirwati Rusli | 185*

*Evaluasi Manajemen dan Penggunaan Obat-Obatan Berbasis Akreditasi Joint Commission International (JCI) di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari — Sabarudin, Sunandar Ihsan, Fifi Nirmala, Febryanti Akzah | 191*

## **KESEHATAN LINGKUNGAN**

*Analisis Higiene dan Sanitasi Pedagang Ayam Potong di Pasar Tradisional di Kota Kendari — Siti Rabbani Karimuna, Yasnani, Irma Yunawati | 203*

*Pengaruh Suhu Udara dan Kepadatan Penduduk terhadap Angka Jentik pada Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Kendari — Ruslan Majid, Parit Reza, Jumakil, Sri Nuralami, Junaid — | 213*

*Keberadaan Logam Berat Kromium pada Sedimen dan Air Laut di Perairan Teluk Kendari — Sri Damayanty, Muhammad Kamal, Arief Pawennari Muhammad | 221*

*Analisis Kondisi Sanitasi Lingkungan dan Personal Hygiene dengan Kejadian Helminthiasis pada Anak Usia Sekolah Dasar di Kecamatan Puuwatu Kota Kendari Tahun 2018 — Yasnani, Arum Dian Pratiwi, Siti Rabbani Karimuna, Asnia Zainuddin, Irma, Arini Dwi Lestari | 229*

## **KESEHATAN IBU & ANAK DAN KESEHATAN REPRODUKSI**

*Hubungan Usia Kehamilan dengan Kejadian Keputihan pada Ibu Hamil — Marni Br Karo, A'is Nuraisah, Puri Kresna Wati, Asriati | 239*

*Hubungan Status Pekerjaan dan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019* — Asfira Sugiarto, Wa Ode Sitti Nur Zalmayah, Waanasari | 243

*Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Minat Ibu Bersalin Ditolong oleh Tenaga Nonmedis di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya, Kabupaten Kolaka Timur* — Fitriana, Arbiyah, Asminah | 249

*Pengaruh Faktor Interpersonal terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu* — Indah Handriani, Wa Anasari, Fitriana | 255

*Penyuluhan Sadari dan Pemeriksaan Metode IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) Desa Andepali Kecamatan Sampara Kabupaten Konawe* — Murni Safitri M., Anisa Luthfia, Mahla Ayu Pratiwi, Venna Marlinda | 263

## **PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU**

*Praktik dan Keyakinan tentang Pembuangan Obat-Obatan yang Tidak Digunakan oleh Masyarakat di Indonesia* — Azan Cahyadi, Susi Ari Kristina, Chairun Wiedyaningsih, Restu Nur Hasanah | 269

*Perilaku Seks Pranikah pada Remaja: Studi pada SMAN 2 Kendari* — Fikki Prasetya, Siti Hadrayanti Ananda, Linda Ayu Rizka Putri | 273

*Pengaruh Penggunaan Gadget terhadap Interaksi Sosial pada Anak Autis di UPTD Pelayanan Autis Dikbud Sulawesi Tenggara* — Muhammad Kamal, Nurul Syahriani Salahuddin, Misdyananti | 279

*Efektivitas Edukasi Kesehatan tentang Sayur dengan Vegetabel Card terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari* — Ari Nofitasari, Islaeli | 285

*Hubungan Pengetahuan dengan Cara Pencegahan Keputihan pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Dewi Sartika* — La Ode Alifariki, Saida, Adius Kusnan | 289

*Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Keteraturan Membayar Iuran pada Peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari* — Sri Mulyani | 295

*Studi Implementasi Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) di Kota Kendari* — Yusuf Sabilu, Jafriati, Nurmaladewi, Rastika Dwiyananti Liaran, Syawal Kamiluddin Saptaputra, Adryan Fristiody Lubis | 303

*Identifikasi Masalah Kesehatan Berbasis Perilaku di Wilayah Pesisir Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari* — Hartati Bahar, Hariati Lestari | 312

## **KESEHATAN UMUM**

*Gambaran Kualitas Hidup Penderita Eks Kusta di Kabupaten Kolaka* — Hariati Lestari | 322

*Determinan Pemilihan Pertolongan Persalinan di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara* — Fifi Nirmala, Junaid, Suntrisnawati, Jusniar Rusliafa, Nurmaladewi, Nurnashriana Jufri | 333

*Anti Streptolisin O (Asto) Sebagai Penanda Infeksi Bakteri Grup A Streptococcus B Hemolyticus Pada Penderita Tonsilitis Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari* — Sri Aprilianti, Angriani Fusvita | 341







## PRAKATA

Segala puji bagi Allah Swt. yang telah memberikan nikmat dan karunia-Nya sehingga Prosiding Seminar Nasional Kesehatan “Penguatan dan Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Era Revolusi Industri 4.0”, Kendari, 29 Oktober 2019 dapat diterbitkan. Tema tersebut dipilih dengan alasan untuk memberikan perhatian dunia akademik tentang pentingnya pengembangan dan peningkatan mutu SDM di bidang kesehatan, dalam menghadapi industrialisasi 4.0 di bidang kesehatan sehingga mampu menghadapi perkembangan yang terjadi di tingkat nasional maupun global, khususnya MEA (Masyarakat Ekonomi Asean).

Buku prosiding ini memuat sejumlah artikel hasil penelitian dari berbagai bidang kajian dalam bidang kesehatan mengenai potensi-potensi yang dihasilkan oleh peneliti-peneliti yang berprofesi di bidang kesehatan yang telah dipresentasikan pada seminar nasional yang dilaksanakan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo. Para akademisi nasional telah banyak menghasilkan penelitian dalam bidang kesehatan. Namun, masih banyak yang belum dipublikasikan secara luas sehingga tidak dapat diakses oleh masyarakat yang membutuhkan. Atas dasar tersebut, seminar nasional ini menjadi salah satu ajang bagi para akademisi nasional untuk mempresentasikan hasil penelitian sekaligus bertukar informasi dan memperdalam masalah-masalah yang dibahas dalam penelitian masing-masing, serta mengembangkan kerja sama yang berkelanjutan.

Atas terselenggaranya acara seminar ini, kami mengucapkan terima kasih atas dukungan Bapak Ibu semua, terutama kepada Rektor Universitas Halu Oleo, Direktur Sistem Informasi Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo, Plt. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, pembicara dan moderator, jajaran panitia, para pemakalah, serta seluruh peserta seminar. Semoga apa yang kita perbuat ini bermanfaat bagi kemajuan kita pada masa depan.

**Nani Yuniar**

Ketua Panitia Pelaksana



# **EPIDEMIOLOGI**



# FAKTOR DETERMINAN STATUS GIZI BALITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LALOWARU KECAMATAN MORAMO UTARA

## *DETERMINANT FACTORS OF TODDLER NUTRITIONAL STATUS IN LALOWARU PUBLIC HEALTH CENTRE AREA OF NORTH MORAMO DISTRICT*

I Putu Sudayasa<sup>1</sup>, Rezki Purnama Yusuf<sup>2</sup>, Hasniah Bombang<sup>3</sup>

Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo<sup>1</sup>

Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo/Rumah Sakit Umum Daerah  
Bahteramas Sulawesi Tenggara<sup>2</sup>

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Email : [dr.putusudayasa@uho.ac.id](mailto:dr.putusudayasa@uho.ac.id)<sup>1</sup>

### ABSTRAK

Menurut WHO, masalah gizi bertanggung jawab atas 3,5 juta kematian balita pertahun dan ditemukan lebih dari 25% balita pada negara berkembang. Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara melaporkan jumlah gizi kurang di Konawe Selatan pada tahun 2015 sebanyak 549 kasus. Masalah gizi dipengaruhi oleh faktor penyebab langsung dan tidak langsung. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor determinan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Lalowaru, Kecamatan Moramo Utara, Kabupaten Konawe Selatan. Penelitian ini merupakan analitik observasional dengan rancangan cross sectional. Sampel penelitian adalah ibu dan balita berusia 12-59 bulan, sebanyak 82 responden, dipilih secara simple random sampling. Variabel bebas adalah tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi dan personal hygiene. Data dianalisis dengan uji chi-square ( $p < 0,05$ ). Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu ( $p\text{-value}=0,011$ ,  $CC=0,293$ ), tingkat pendapatan keluarga ( $p\text{-value} = 0,005$ ,  $CC=0,323$ ), pengetahuan ibu tentang gizi ( $p\text{-value}=0,039$ ,  $CC=0,249$ ), dan personal hygiene ( $p\text{-value}=0,000$ ,  $CC=0,399$ ) dengan status gizi balita. Simpulan penelitian ini bahwa terdapat hubungan tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi dan personal hygiene dengan status gizi balita. Sarannya, agar lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat yang rutin, teratur dan berkesinambungan.

**Kata kunci:** balita, status gizi, pendapatan, pendidikan, pengetahuan ibu, personal hygiene

### ABSTRACT

*According to WHO, the problem of nutrition is responsible for 3.5 million deaths of toddlers and found more than 25% of toddlers in developing countries. The Southeast Sulawesi Health Service reported 549 cases of malnutrition in South Konawe. Nutrition problems are influenced by direct and indirect causative factors. This study aims to analyze the determinants of the nutritional status of toddler in Lalowaru Public Health Center working area, North Moramo District, Konawe Selatan Regency. This research was an observational analytic with cross sectional design. The research sample was mothers and toddlers aged 12-59 months, as many as 82 respondents, selected by simple random sampling. The independent variable is the level of mother's education, level of family income, mother's knowledge about nutrition and personal hygiene. Data were analyzed by chi-square test ( $p < 0.05$ ). The results showed a relationship between maternal education level ( $p\text{-value}= 0.011$ ,  $CC=0.293$ ), family income level ( $p\text{-value}=0.005$ ,  $CC 0.323$ ), maternal knowledge about nutrition ( $p\text{-value}=0.039$ ,  $CC=0.249$ ), and personal hygiene ( $p\text{-value}=0,000$ ,  $CC=0.399$ ) with the nutritional status of toddlers. The conclusion of this research, there were a relationship between mother's education level, family income level, mother's knowledge about nutrition and personal hygiene with the nutritional status of toddlers. The suggestion is to further improve the quality of maternal and child health services through the implementation of routine, regular and sustainable community nutrition improvement programs.*

**Keywords:** toddlers, nutritional status, income, education, mother's knowledge, personal hygiene

### PENDAHULUAN

Masalah gizi menjadi pilar dasar perkembangan sosial dan ekonomi dunia. Oleh karena itu, dalam hal permasalahan gizi, menempatkan anak dengan status gizi kurang sebagai sasaran dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs).<sup>1</sup> pada usia balita, terutama 1000 hari pertama kehidupan, merupakan waktu

yang krusial untuk memenuhi kebutuhan gizi karena proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat pada periode ini. Hal ini menyebabkan, kelompok usia balita sangat rentan terhadap permasalahan gizi khususnya kekurangan zat gizi.<sup>2</sup> Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bila menjadi bersifat permanen, akan berpotensi menjadi gizi buruk. Lebih lanjut lagi, gizi buruk pada anak balita berdampak pada penurunan tingkat kecerdasan atau *IQ*. Setiap anak gizi buruk mempunyai risiko kehilangan *IQ* 10-13 poin. Dampak yang diakibatkan, meningkatnya angka kejadian kesakitan bahkan kematian. Balita yang masih dapat bertahan hidup akibat kekurangan gizi permanen, kualitas hidup selanjutnya mempunyai tingkat yang sangat rendah dan tidak dapat diperbaiki, meskipun pada usia berikutnya kebutuhan gizinya sudah terpenuhi.<sup>3</sup>

Menurut data *World Health Organization* (WHO), masalah gizi (malnutrisi) bertanggung jawab atas 3,5 juta kematian pada balita per tahun dan ditemukan pada lebih dari 25 persen balita pada negara berkembang.<sup>4</sup> pada tahun 2012, WHO menetapkan tujuan untuk menurunkan 40 persen jumlah balita gizi kurang pada tahun 2025.<sup>2</sup> Indonesia menempati urutan 4 besar negara dengan angka kejadian gizi kurang tertinggi pada balita.<sup>2</sup> Hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menunjukkan Provinsi Sulawesi Tenggara menempati 18 besar dari 33 provinsi di Indonesia, dengan permasalahan status gizi kurang.<sup>5</sup>

Faktor-faktor penyebab status gizi kurang dapat dilihat dari penyebab langsung, tidak langsung, pokok permasalahan, dan akar masalahnya. Faktor penyebab langsung meliputi makanan tidak seimbang dan infeksi, sedangkan faktor penyebab tidak langsung meliputi ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Menurut profil kesehatan puskesmas Lalowaru tahun 2015, Kecamatan Moramo Utara dengan wilayah kerja 10 desa, tercatat bahwa jumlah status gizi balita yang kurang dan buruk sebanyak 43 balita.<sup>6</sup> Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor determinan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Lalaowaru, Kecamatan Moramo Utara.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan rancangan penelitian *cross sectional* untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan status gizi balita. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari-April 2017, di wilayah kerja Puskesmas Lalowaru. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu dan balita berusia 12- 59 bulan, sebanyak 82 responden, dipilih secara *simple random sampling*. Analisis statistik dengan uji *chi-square*, *p-value* <0.05.

## **HASIL PENELITIAN**

Berdasarkan hasil penelitian distribusi frekuensi responden, berdasarkan status gizi balita diketahui bahwa sebanyak 45 atau 54,9 % balita berstatus kurang gizi dan 37 atau 45,1 % balita berstatus gizi normal. Menurut tingkat pendidikan ibu menunjukkan bahwa sebanyak 59 atau 72 % ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan sebanyak 23 atau 28 % ibu dengan tingkat pendidikan tinggi. Berdasarkan tingkat pendapatan keluarga menunjukkan bahwa sebanyak 62 atau 75,6 % keluarga memiliki pendapatan yang rendah dan sebanyak 20 keluarga atau 24,4 % keluarga dengan pendapatan yang tinggi. Berdasarkan pengetahuan ibu tentang gizi dikemukakan bahwa sebanyak 63 atau 76,8 % ibu dengan pengetahuan gizi yang kurang dan sebanyak 19 atau 23,2 % Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik. Berdasarkan *personal hygiene* dapat dikemukakan bahwa sebanyak 35 atau 42,7 % dengan *personal hygiene* kurang dan sebanyak 47 atau 57,3 % dengan *personal hygiene* yang baik.

Hasil analisis data pada tabel 1, menunjukkan bahwa dari seluruh responden yaitu 82 responden, terdapat 59 responden (72%) dengan tingkat pendidikan rendah, 38 responden (64,4 %) diantaranya memiliki anak dengan gizi kurang dan 21 responden (35,6%) memiliki anak dengan gizi baik. Sedangkan terdapat 23 responden (28 %) dengan tingkat pendidikan tinggi, 7 responden (30,4%) diantaranya memiliki anak dengan gizi kurang dan 16 responden (69,6 %) memiliki anak dengan gizi baik. Hasil uji bivariat diperoleh *p-value*=0.011 (*p-value* <0.05), menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi balita.

Pada hasil analisis dengan kategori tingkat pendapatan keluarga yaitu terdapat 62 responden (75,6%) dengan tingkat pendapatan keluarga yang rendah, 40 responden (64,5%) diantaranya memiliki



anak dengan gizi kurang dan 22 responden (35,5%) memiliki anak dengan gizi baik. Sedangkan dari 20 responden (24,4%) dengan tingkat pendapatan tinggi, 5 responden (25,0%) memiliki anak dengan gizi kurang dan 15 responden (75,0%) memiliki anak dengan gizi baik. Hasil uji bivariat diperoleh  $p\text{-value}=0.005$  menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dan status gizi balita.

Hasil analisis dengan kategori pengetahuan ibu tentang gizi menunjukkan bahwa dari seluruh responden yaitu 82 responden, terdapat 63 responden (76,8%) dengan pengetahuan gizi yang kurang, 39 responden (61,9%) diantaranya memiliki anak dengan gizi kurang dan 24 responden (38,1%) memiliki anak dengan gizi baik. Sedangkan dari 19 responden (23,2%) dengan pengetahuan gizi yang baik, 6 responden (31,6%) memiliki anak dengan gizi kurang dan 13 responden (68,4%) memiliki anak dengan gizi baik dengan  $p\text{-value}=0.039$ , menunjukkan ada hubungan signifikan antara pengetahuan ibu dengan status gizi balita..

Hasil analisis karakteristik *personal hygiene* menunjukkan terdapat 35 responden (42,7%) dengan *personal hygiene* dengan kriteria kurang, 28 responden (80,0%) diantaranya memiliki anak dengan gizi kurang dan 7 responden (20,0%) memiliki anak dengan gizi baik. Sedangkan dari 47 responden (57,3%) dengan *personal hygiene* dengan kriteria baik, 17 responden (36,2%) memiliki anak dengan gizi kurang dan 30 responden (63,8%) memiliki anak dengan gizi baik dengan  $p\text{-value}=0.000$ , menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara *personal hygiene* dengan status gizi balita.

**Tabel 1**  
**Analisis Faktor Determinan Tingkat Pendidikan Ibu, Tingkat Pendapatan Keluarga, Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan *Personal Hygiene* dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Lalowaru**

Karakteristik Responden	Status Gizi				Total	P-value	CC
	Gizi kurang		Gizi baik				
	n	%	n	%			
1. <b>Tingkat pendidikan ibu</b>						<b>0.011</b>	<b>0.293</b>
Rendah	38	64.4	21	35.6	59		
Tinggi	7	30.4	16	69.6	23		
2. <b>Tingkat pendapatan keluarga</b>						<b>0.005</b>	<b>0.323</b>
Rendah	40	64.5	22	35.5	62		
Tinggi	5	25.0	15	75.0	20		
3. <b>Pengetahuan ibu tentang gizi</b>						<b>0.039</b>	<b>0.249</b>
Kurang	39	61.9	24	38.1	63		
Baik	6	31.6	13	68.4	19		
4. <b><i>Personal hygiene</i></b>						<b>0.000</b>	<b>0.399</b>
Kurang	28	80.0	7	20.0	35		
Baik	17	36.2	30	63.8	47		

## PEMBAHASAN

Hasil uji bivariat yang menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan gizi kurang pada balita di wilayah kerja puskesmas Lalowaru Kecamatan Moramo Utara. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri, Sulastris dan Lestari (2015) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 1-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Padang, menunjukkan hubungan yang signifikan antara status gizi dengan tingkat pendidikan ibu ( $p=0,022$ ) dimana status gizi kurang lebih banyak berasal dari kelompok ibu berpendidikan rendah yaitu 47,7% dibandingkan dengan kelompok ibu yang berpendidikan tinggi yaitu 35%.<sup>7</sup> Tingkat pendidikan terutama tingkat pendidikan ibu dapat memengaruhi derajat kesehatan karena pendidikan ibu berpengaruh terhadap kualitas pengasuhan anak. Tingkat pendidikan yang tinggi membuat seseorang mudah untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku sehari-hari. Disamping itu tingkat pendidikan yang tinggi memungkinkan dapat meningkatkan tingkat pendapatan keluarga dan dapat meningkatkan daya beli berbagai sumber bahan makanan yang dibutuhkan. Pendidikan diperlukan untuk memperoleh informasi yang dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang.<sup>8</sup>

Berdasarkan hasil analisis determinan faktor tingkat pendapatan keluarga dengan gizi kurang pada balita menunjukkan adanya hubungan signifikan. Menurut teori, jika suatu keluarga memiliki

pendapatan yang besar serta cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi anggota keluarga maka pemenuhan gizi pada balita dapat terjamin. Sementara pendapatan yang rendah menyebabkan daya beli rendah sehingga tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan dan pada akhirnya berakibat buruk pada status gizi anak<sup>7</sup>. Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Handini (2015) yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendapatan dengan status gizi, dimana *p-value* 0,009 untuk distribusi sampel BB/U, 0,010 untuk distribusi sampel berdasarkan TB/U, dan 0,009 untuk distribusi sampel berdasarkan BB/TB.<sup>9</sup>

Berdasarkan hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa *p-value*=0.039, yang menginterpretasikan bahwa terdapat hubungan pengetahuan ibu tentang gizi dengan gizi kurang pada balita. Penelitian ini sejalan dengan Oktavianis (2016) didapatkan hasil bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan gizi ibu yang rendah dengan status gizi kurang pada balita dibandingkan dengan ibu yang berpengetahuan tinggi.<sup>10</sup> Pengetahuan yang dimiliki ibu berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan keluarga khususnya pada anak balita. Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi menyebabkan keanekaragaman makanan berkurang. Keluarga akan lebih banyak membeli barang karena pengaruh kebiasaan, iklan dan lingkungan. Selain itu, gangguan gizi juga disebabkan karena kurangnya kemampuan ibu untuk menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari.<sup>8</sup>

Perilaku kebersihan diri dapat dipengaruhi oleh nilai serta kebiasaan yang dianut individu, disamping faktor budaya, sosial, norma agama, tingkat pendidikan, status ekonomi, dan lain sebagainya. Adanya masalah pada kebersihan diri akan berdampak pada kesehatan dan status gizi seseorang.<sup>11</sup>

Berdasarkan hasil analisis *personal hygiene* dengan gizi kurang pada balita menunjukkan ada hubungan yang signifikan. Penelitian ini sejalan dengan (Purnama, 2016) menyebutkan bahwa ada hubungan antara *personal hygiene* dengan status gizi balita di Kecamatan Prambon dengan sampel 52 balita yang dipilih dengan propotional random sampling serta menggunakan analisis statistik *chi square* dan didapatkan *p value*=0,001.<sup>11</sup>

## SIMPULAN

Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi dan *personal hygiene* dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Lalowaru, Kecamatan Moramo Utara.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak perlu diadakan program perbaikan gizi masyarakat secara rutin, teratur dan berkesinambungan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. United Nations. 2015. *Transforming Our World : The 2030 Agenda For Sustainable Development*. New York: United Nations.
2. UNICEF. 2013. *Improving Child Nutrition : The Achievable Imperative for Global Progress*. New York: UNICEF.
3. Devi, M. 2010. *Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan*. Jurnal Teknologi dan Kejuruan, Vol.33, No.2, September 2010: 183-192.
4. Bantamen G, Belaynew W, Dube J,. 2014. *Assessment of Factors Associated with Malnutrition among Under Five Years Age Children at Machakel Woreda, Northwest Ethiopia : A case Control Study*. Departement of Public Health, Debre Marckos University. Ethiopia.
5. Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan dasar 2013*. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan: Kementrian Kesehatan RI tahun 2013.
6. Puskesmas Lalowaru. 2015. *Profil Kesehatan Puskesmas Lalowaru tahun 2015*. Andoolo : Puskesmas Lalowaru.
7. Putri,R.F, Sulastri, D., Lestari,Y. 2015. "*Faktor \_ Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang*". Jurnal Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; Padang.
8. Liasnyah,T.M. 2015. *Malnutrisi pada Anak Balita*. Volume II No.1. Maret 2015.
9. Handini, D. 2013. "*Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijambe*". Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
10. Oktavianis. 2016. "*Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi pada Balita di Puskemas Lubuk Kilangan*". Jurnal Human Care. Vol 1.No 3 Tahun 2016
11. Purnama,A.P. 2016. "*Hubungan praktik pengasuh terkait hygiene sanitasi dan kecukupan gizi dengan status gizi balita di kecamatan Prambon Kabupaten Nganjuk*". Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

# PREVALENSI DIABETES MELITUS DAN HIPERTENSI BERDASARKAN HASIL SKRINING BERBASIS TIME SERI KELURAHAN JAGIR KECAMATAN WONOKROMO KOTA SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR

## PREVALENCE OF DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSI BASED ON TIME – SERIES BASED ON SCREENING IN JAGIR VILLAGE, WONOKROMO DISTRICT SURABAYA CITY OF EAST JAVA PROVINCE

Irma<sup>1\*</sup>, Harleli<sup>2</sup>, Fithria<sup>3</sup>, Jusniar Rusli Afa<sup>4</sup>, Asnia Zainuddin<sup>5</sup>, Yasnani<sup>6</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Haluoleo Kendari<sup>1-6</sup>

<sup>1</sup>Email : irmankedtrop15@gmail.com

### ABSTRAK

Diabetes Mellitus (DM) dan Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang bersifat degeneratif dengan faktor predisposisi utamanya adalah life style dan faktor lingkungan serta perilaku. Life style yang kurang sehat seperti kurangnya aktivitas, tidak berolahraga secara teratur, kebiasaan merokok, obesitas dan konsumsi lemak atau kolesterol yang tinggi dan tidak terkontrol. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi, gambaran kejadian DM dan Hipertensi berdasarkan ciri demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan). Jenis penelitian ini adalah penelitian deksriptif dengan pendekatan observasional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua warga masyarakat yang ada di RW I Kelurahan Jagir yang berumur di atas 30 tahun dengan jumlah sampel sebanyak 74 orang yang diambil dengan non random sampling yaitu dengan teknik accidental sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi DM 9,5% dan Hipertensi 37,8%. Gambaran responden berdasarkan umur : sebagian besar yaitu 71,43% penderita DM dan 85,71% penderita Hipertensi merupakan umur > 45 tahun, jenis kelamin sebagian besar yaitu 71,43% penderita DM dan 67,86% penderita adalah perempuan, berdasarkan pendidikan sebagian besar 57,14% penderita DM dan 78,57% penderita Hipertensi berpendidikan tinggi dan berdasarkan pekerjaan sebagian besar yaitu 71,43% penderita DM dan Hipertensi sama - sama merupakan orang yang masih aktif dalam bekerja. Keluhan yang paling banyak dialami responden adalah polidipsia dan poliuria (85,71%) untuk DM dan keluhan sering merasa pusing - pusing (89,3%) untuk Hipertensi.

**Kata Kunci** : Prevalensi, skrining, Diabettes Melitu, Hipertensi

### ABSTRACT

*Diabetes Mellitus (DM) and Hypertension are non-communicable diseases which are degenerative with the main predisposing factors are life style and environmental well as behavioral factors. Unhealthy life style such as lack of activity, not exercising regularly, smoke habits, obesity and consumption of fat or high cholesterol and uncontrolled. This study aims to know the prevalence, description of the incidence of DM and hypertension based on demographic characteristics (age, sex, education, occupation). This type of research is descriptive research with an observational approach. The population in this research were all live in Jagir Village, aged over 30 years with a total sample of 74 people taken by non-random sampling, namely the accidental sampling technique. The results showed that the prevalence of DM was 9.5% and hypertension was 37.8%. Respondents' description based on age: most of them are 71.43% of sufferers of DM and 85.71% of sufferers of hypertension are > 45 years of age, the majority of sex is 71.43% of sufferers of DM and 67.86% of patients are female, based of education factors majority or 57.14% of people with DM and 78.57% of patients with hypertension are highly educated and based on work most of them are 71.43% of people with DM and hypertension are both people who are still active in working. The most common complaints experienced by respondents were polydipsia and polyuria (85.71%) for DM and complaints often felt dizzy (89.3%) for hypertension.*

**Keywords** : Prevalence, Screening, Diabettes Melitus, Hypertension

### PENDAHULUAN

Dewasa ini telah terjadinya transisi epidemiologi yang paralel dengan transisi demografi dan transisi teknologi di Indonesia dewasa ini telah mengakibatkan perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke

penyakit tidak menular (PTM) meliputi penyakit degeneratif dan *man made diseases* yang merupakan faktor utama masalah morbiditas dan mortalitas<sup>1</sup>.

Terjadinya transisi epidemiologi ini disebabkan oleh perubahan sosial ekonomi, lingkungan dan perubahan struktur penduduk, saat masyarakat telah mengadopsi gaya hidup tidak sehat, misalnya merokok, kurang aktivitas fisik, makanan tinggi lemak dan kalori, serta konsumsi alkohol yang diduga merupakan faktor risiko PTM<sup>2</sup>. Salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius saat ini adalah Hipertensi dan Diabetes Melitus yang disebut sebagai *the silent killer*<sup>1</sup>.

Menurut *World Health Organization* (WHO) dan *the International Society of Hypertension* (ISH), saat ini terdapat 600 juta penderita Hipertensi di seluruh dunia, dan 3 juta di antaranya meninggal setiap tahunnya. Tujuh dari setiap 10 penderita tersebut tidak mendapatkan pengobatan secara adekuat. Penyakit DM dan Hipertensi apa bila tidak terkontrol, akan menyerang target organ, dan dapat menyebabkan serangan jantung, stroke, gangguan ginjal, serta kebutaan. Beberapa penelitian dilaporkan bahwa penyakit Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peluang 7 kali lebih besar terkena stroke, 6 kali lebih besar terkena *congestive heart failure*, dan 3 kali lebih besar terkena serangan jantung.<sup>3-4</sup>

Angka prevalensi Diabetes Melitus dan Hipertensi di Indonesia cenderung mengalami peningkatan, dimana pada tahun 2010 untuk Hipertensi adalah 8,2 % menjadi 9,4% pada tahun 2013 demikian juga dengan prevalensi DM yang juga meningkat dari 1,2% pada tahun 2010 menjadi 1,5% pada tahun 2013. Prevalensi Hipertensi dan DM untuk Provinsi Jawa Timur melebihi angka prevalensi nasional yaitu Hipertensi 10,7% dan DM 1,6%<sup>5</sup>.

Seseorang dengan umur lebih dari 45 harus mulai waspada dan mengontrol keberadaan penyakit Hipertensi dan DM karena pada umur di atas 45 tahun ada kecenderungan peluang menderita DM dan Hipertensi lebih besar. Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 kelompok umur di atas 45 tahun memiliki prevalensi Hipertensi 14,8% sedangkan kelompok umur < 45 tahun memiliki prevalensi 8,1%, demikian juga dengan prevalensi DM yaitu pada umur  $\geq$  45 tahun 3,1 sedangkan umur < 45 tahun hanya sebesar 1,1%<sup>1,4</sup>.

Penyakit tidak menular seperti Hipertensi dan DM sesungguhnya dapat dicegah terutama dengan cara mengontrol semua faktor - faktor yang dapat dirubah. Faktor - faktor penyebab pada penyakit DM dan Hipertensi yang dapat dirubah misalnya pola life style, faktor lingkungan, aktivitas, olahraga. PTM seperti DM dan Hipertensi adalah penyakit yang tidak menampilkan gejala atau tanda terutama pada fase awal terjadinya penyakit. Salah satu cara yang cepat dan tepat untuk mengetahui bahwa seseorang telah mengalami DM dan Hipertensi adalah dengan melakukan skrining

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional untuk mengetahui prevalensi, distribusi kejadian DM dan Hipertensi berdasarkan ciri demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) dan mengetahui keluhan yang dominan pada penderita DM dan Hipertensi serta mengetahui tingkat Spesifisitas dan Sensitivitas hasil skrining dari masing - masing keluhan yang ada. Populasi dalam penelitian ini adalah semua warga masyarakat yang ada di RT VI dan RT VII - RW I Kelurahan Jagir.

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik non random sampling yaitu dengan *accidental sampling* yaitu dengan mengambil warga yang ada pada saat penelitian berlangsung berdasarkan kriteria inklusif yaitu bersedia menjadi responden, umur > tahun dan bertempat tinggal tetap di lokasi penelitian. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 74 orang. Penelitian ini dilakukan di Balai RW I Kelurahan Jagir Kota Surabaya dan dilaksanakan dari jam 09:00 - 13 : 00 WIB pada tanggal 4 sampai 6 Maret 2015.

Alat yang digunakan dalam pemeriksaan kadar gula dalam skrining ini adalah Glukometer dan bahan yang digunakan dalam skrining Diabetes Melitus ini antara lain Stick test reduksi, Lancet atau Jarumteril dan kapas alkohol serta alat tulis berupa polpen dan lembar kuesioner dan alat atau bahan untuk pemeriksaan tekanan darah adalah Tensimeter Air raksa dan Stetoskop serta alat tulis berupa polpen dan lembar kuesioner. Prosedur kerja dari penelitian ini yaitu melakukan skrining dengan tahapan-tahapan pelaksanaan sebagai berikut.

1. Semua warga masyarakat yang hadir diberi penjelasan tentang kegiatan pelaksanaan skrining yaitu pemeriksaan kadar gula darah dan tekanan darah.
2. Semua warga yang bersedia untuk mengikuti skrining diberi lembar *Informed Consent* untuk ditandatangani.
3. Subjek yang berpartisipasi dianamnesis mengenai riwayat kesehatannya pada masa yang lalu dan keluhan sekarang serta hal - hal lainnya sesuai dengan format yang tersedia pada lembar kuesioner.
4. Selanjutnya partisipan di panggil satu per satu oleh kader.
5. Setelah melalui wawancara, partisipan terlebih dahulu diukur tekanan darahnya dengan menggunakan Tensimeter. Pengukuran tekanan darah ini dilakukan pada posisi duduk, sebanyak dua kali pada tangan bagian kanan responden. Hasil pemeriksaan kemudian ditulis dalam lembar kuesioner yang telah disediakan.
6. Setelah diukur tekanan darahnya partisipan langsung disampling atau diambil darahnya untuk pemeriksaan kadar gula darah sewaktu (GDS), dengan tahapan sebagai berikut : (1) Persiapkan atau setel alat (Glukometer dan *Stick test reduksi*) pada posisi yang "ON", (2) Ujung jari tangan yang akan ditusuk dan diambil darahnya dibersihkan dengan kapas alkohol dan dibiarkan sampai kering sendiri (3) Tusuk dengan lancet steril  $\pm$  3 mm, darah dibiarkan keluar sendiri tanpa diperas (4) Tetesan darah yang keluar disentuh pada *Stick test reduksi* persis pada garis merah yang telah disediakan (5) Selanjutnya *Stick test reduksi* dipasang secara tepat pada Glukometer dan tunggu beberapa saat sampai muncul angka dari hasil pemeriksaan pada layar Glukometer.
7. Catat hasil pemeriksaan pada lembar kuesioner yang telah disediakan.

## HASIL

### Ciri Demografi

Ciri demografi yang dianalisis pada penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Menurut analisis deskriptif ciri demografi responden seperti yang tampak pada tabel 1 berikut ini.

**Tabel 1**  
**Hasil Analisis Deskriptif Responden Berdasarkan Ciri Demografi**  
**Di RT VI dan RT VII - RW I Kelurahan Jagir Kota Surabaya Tahun 2015**

Variabel		Hasil Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu				Hasil Pemeriksaan Tekanan Darah			
		DM		Tidak DM		HT		Tidak HT	
		f	%	F	%	f	%	F	%
Umur	45 > Tahun	5	71,43	63	94,03	24	85,71	23	50
	≤ 45 Tahun	2	28,57	4	5,97	4	14,29	23	50
Jenis Kelamin	Laki - laki	2	28,57	18	26,87	9	32,14	11	23,91
	Perempuan	5	71,43	49	73,13	19	67,86	35	76,09
Tingkat Pendidikan	Rendah	3	28,57	13	19,40	6	21,43	10	21,74
	Tinggi	4	57,14	54	80,60	22	78,57	36	78,26
Pekerjaan	Aktif Bekerja	5	71,43	56	83,58	20	71,43	41	89,13
	Tidak Aktif Bekerja	2	28,57	11	16,42	8	28,57	5	10,87
	Jumlah	7	100	67	100	28	100	46	100

Berdasarkan kategori umur, diperoleh hasil bahwa sebagian besar (71,43%) penderitanya DM dan 85,71% penderita Hipertensi adalah merupakan mereka yang berumur > 45 tahun. Karakter jenis kelamin juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 54 (72,97%)

sedangkan laki - laki hanya sebanyak 20 orang (27,03%. Hasil analisis univariat dengan distribusi frekuensi diperoleh hasil responden yang mengalami DM sebanyak 4 orang (57,14%) berpendidikan tinggi dan sebanyak 3 orang (28,57%) responden yang berpendidikan rendah. Responden yang mengalami Hipertensi sebagian besar yaitu 22 orang (78,57%) berpendidikan tinggi dan yang berpendidikan rendah sebanyak 6 orang (21,43%). Sedangkan berdasarkan faktor keaktifan bekerja diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yang menderita DM dan Hipertensi adalah orang yang masih aktif bekerja yaitu 71,43% untuk DM dan 71,43 % untuk Hipertensi.

### Kejadian Diabetes Melitus dan Hipertensi

Analisis deskriptif kejadian penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi didasarkan pada hasil pemeriksaan kadar Gula Darah Sewaktu (GDS) dan pemeriksaan tekanan darah dari seluruh responden dapat dilihat pada tabel 2 dan 3 berikut ini :

Analisis deskriptif responden yang menderita Diabetes Melitus dan Hipertensi berdasarkan kategori pekerjaan dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini.

**Tabel 2**  
**Analisis Deskriptif Responden Berdasarkan Kejadian Diabetes Melitus Sesuai Hasil Pemeriksaan Gula Darah (GDS) di RT VI dan RT VII - RW I Kel. Jagir Kota Surabaya Tahun 2014**

NO	Hasil Pemeriksaan Kadar Gula Darah (GDS)	Jumlah	Persentasi (%)
1.	Diabetes Melitus	7	9,46
2.	Tidak Diabetes Melitus	67	90,54
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden yang menderita DM sebanyak 7 orang (9,46%) dan responden yang tidak menderita DM sebanyak 67 orang (90,54%).

Analisis deskriptif kejadian Hipertensi didasarkan pada hasil akhir pemeriksaan tekanan darah dari seluruh responden dapat dilihat pada Tabel 3 berikut ini.

**Tabel 3**  
**Analisis Deskriptif Responden Berdasarkan Kejadian Hipertensi Sesuai Hasil Pemeriksaan Tekanan di RT VI dan RT VII - RW I Kelurahan Jagir Kota Surabaya Tahun 2015**

NO	Hasil Pemeriksaan Tekanan Darah	Jumlah	Persentasi (%)
1.	Hipertensi	28	37,84
2.	Tidak Hipertensi	46	62,16
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang Hipertensi sebanyak 28 orang (37,84%) dan responden yang tidak Hipertensi sebanyak 46 orang (62,16%).

## PEMBAHASAN

### Ciri Demografi

#### Umur

Dari hasil analisis ciri demografi umur ditemukan bahwa sebagian besar yang mengalami DM dan Hipertensi adalah responden dengan kategori umur > 45 tahun. Ini sesuai dengan teori mengatakan bahwa seseorang yang berusia > 45 tahun memiliki peningkatan risiko terhadap terjadinya DM dan

intoleransi glukosa oleh karena faktor degeneratif yaitu menurunnya fungsi tubuh untuk memetabolisme glukosa. Hasil penelitian ini juga didapatkan bahwa usia responden yang menderita Hipertensi lebih banyak pada  $\geq 45$  tahun, dibandingkan dengan responden yang berumur  $< 45$  tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dari Oktora (2007), didapatkan bahwa lebih dari separuh penderita Hipertensi berusia di atas 45 tahun yaitu sebesar 55,55% dan juga sesuai dengan hasil penelitian Sulistiani (2005) yang menyatakan bahwa prevalensi Hipertensi akan meningkat dengan nyata sesudah umur 45 tahun. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku<sup>6,7,8</sup>.

### **Jenis Kelamin**

Faktor lain yang memberi pengaruh secara tidak langsung terhadap terjadinya suatu penyakit adalah faktor identitas seksual. Identitas seksual atau jenis kelamin dapat memberi andil terhadap terjadinya suatu penyakit karena ada penyakit - penyakit tertentu yang hanya diderita oleh laki - laki, misalnya Hernia Scrotalis atau penyakit yang hanya diderita oleh perempuan misalnya kanker serviks. Berdasarkan hasil skrining Diabetes Melitus terhadap 74 orang responden ini, ditemukan hasil bahwa sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 54 (72,97%) sedangkan laki - laki hanya sebanyak 20 orang (27,03%) seperti yang tampak pada tabel 1.

Berdasarkan tabel 1 juga diperoleh informasi bahwa dari 7 orang penderita Diabetes Melitus sebagian besar adalah perempuan yaitu sebanyak 5 orang (71,43%) adalah perempuan sedangkan responden laki - laki yang terdeteksi sebagai penderita Diabetes Melitus hanya sebanyak 2 orang (28,57%). Temuan ini sejalan dengan penelitian - penelitian terdahulu yang pernah dilakukan di beberapa tempat yang menemukan bahwa risiko terjadinya DM lebih besar pada perempuan dibandingkan dengan laki - laki. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Jonathan (2009) menemukan bahwa dari 30 responden yang diteliti, sebanyak 16 responden (53,33%) adalah perempuan dan responden laki - laki sebanyak 14 orang (46,67%). Penelitian Jonathan (2009) menemukan juga bahwa risiko perempuan terkena DM lebih besar dibanding dengan laki - laki yaitu sebesar 0,9 kali<sup>9</sup>.

Berdasarkan hasil analisis univariat seperti yang juga ada pada tabel 1 juga didapatkan bahwa jenis kelamin penderita Hipertensi lebih banyak pada perempuan. Secara teori orang dengan aktivitas yang kurang lebih besar kemungkinan untuk terserang penyakit Hipertensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rayhani (2005) didapatkan wanita lebih banyak menderita Hipertensi dibandingkan dengan pria yaitu 51% banding 49% dan hasil penelitian Oktora (2007) juga didapatkan wanita lebih banyak menderita Hipertensi dibandingkan dengan pria yaitu 58% banding 42%. Dari beberapa literatur didapatkan berbagai pendapat mengenai hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian Hipertensi<sup>10,6</sup>.

Wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar HDL. Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Menurut Rayhani (2005) didapatkan responden wanita mempunyai risiko 1,53 kali terkena Hipertensi dibandingkan dengan pria.

### **Pendidikan**

Menurut hasil penelitian ini ditemukan bahwa responden yang mengalami DM dan Hipertensi lebih banyak yang berpendidikan dengan kategori pendidikan tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Hasil analisis univariat dengan distribusi frekuensi diperoleh hasil responden yang mengalami DM sebanyak 4 orang (57,14%) berpendidikan tinggi dan sebanyak 3 orang (42,86%) responden yang berpendidikan rendah. Responden yang mengalami Hipertensi sebagian besar yaitu 22 orang (78,57%) berpendidikan tinggi dan yang berpendidikan rendah sebanyak 6 orang (21,43%).

Hal ini dimungkinkan oleh karena penyakit DM dan Hipertensi merupakan penyakit yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya faktor yang tidak dapat dirubah yaitu faktor genetik. Kondisi ini dapat memberikan kita gambaran bahwa tingkat pendidikan dapat memberi pengaruh

terhadap kejadian suatu penyakit termasuk penyakit termasuk penyakit DM, namun faktor pendidikan bukan merupakan faktor yang paling utama terhadap kejadian penyakit. Namun demikian faktor pendidikan dapat berpengaruh secara tidak langsung terhadap kejadian DM utamanya kaitannya dengan pengetahuan tentang diet dan pengaturan pola hidup. Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini adalah penelitian yang pernah dilakukan oleh Oktora (2007) yang menemukan bahwa 58,7% penderita Hipertensi lebih banyak terjadi pada responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi<sup>6</sup>. Banyak hal yang berpengaruh dalam kejadian penyakit Hipertensi seperti kebiasaan konsumsi garam dan lemak yang tinggi. Kebiasaan - kebiasaan hidup yang salah kadang tidak disadari oleh seseorang akan berakibat kurang baik bagi kesehatan seperti kebiasaan dengan asupan garam yang tinggi<sup>11</sup>.

### **Pekerjaan**

Faktor pekerjaan juga memberi kontribusi terhadap terjadinya suatu penyakit. Ada penyakit tertentu yang berkaitan langsung dengan jenis pekerjaan, misalnya penyakit Asma yang lebih rentan terjadi pada buruh parik semen apabila tidak memakai APD (alat pelindung diri) seperti masker. Contoh lain misalnya penyakit Hepatitis, akan lebih rentan terjadi pada seorang tenaga analisis laboratorium jika tidak melindungi diri dengan baik. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Nyenwe tahun 2003 di Port Harcourt, Nigeria mendapatkan 44,2% orang yang masih aktif bekerja berat menderita Diabetes Melitus dan 55,8% orang yang sudah tidak aktif bekerja atau pekerjaannya ringan menderita Diabetes Melitus<sup>12</sup>.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Zahtamal *et al* (2007) mendapatkan 66,0% orang bekerja menderita diabetes dan 34,0% orang yang tidak bekerja menderita diabetes, namun tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kejadian Diabetes Melitus. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zahlatan *et al* (2007) dapat terjadi oleh karena adanya faktor - faktor lain yang berperan dalam kejadian penyakit Diabetes Melitus<sup>17</sup>.

### **Kejadian Diabetes Melitus dan Hipertensi**

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada 74 responden diperoleh hasil bahwa secara prevalensi DM dan Hipertensi di RT VI dan RT VI - RW I Kelurahan Jagir Kota Surabaya masih cukup tinggi yaitu dengan prevalensi DM 9,5% dan Hipertensi 37,8%. Secara lengkap prevalensi DM dan Hipertensi dapat dilihat pada tabel 3. Tingginya prevalensi Hipertensi dan DM ini diduga oleh karena faktor sampel yang diperiksa sebagian besar adalah mereka yang sudah berumur di atas 45 tahun. Hal ini terjadi karena umur mudah masih keluar (lagi ke sekolah, kampus dan bekerja) pada saat penelitian berlangsung.

Hasil penelitian ini juga (tabel 1) menunjukkan bahwa dari 7 responden yang menderita Diabetes Melitus adalah pensiunan yaitu sebanyak 5 orang (71,43%) yang saat ini sudah memiliki tingkat aktivitas yang kurang, sedangkan sebanyak 2 responden (28,57%) merupakan karyawan swasta yang masih aktif. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa orang dengan tingkat aktivitas yang rendah atau inaktivitas memiliki resiko yang lebih besar dibandingkan dengan orang yang masih aktif bekerja atau pekerjaannya secara fisik sudah ringan<sup>12</sup>.

Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Nyenwe tahun 2003 di Port Harcourt, Nigeria mendapatkan 44,2% orang yang masih aktif bekerja berat menderita Diabetes Melitus dan 55,8% orang yang sudah tidak aktif bekerja atau pekerjaannya ringan menderita Diabetes Melitus.<sup>12</sup> Hubungan antara pekerjaan dengan tekanan darah pada penelitian ini ada hubungan yang bermakna ( $p= 0,000$ ), dengan jumlah responden yang tidak bekerja dan menderita Hipertensi 62,5%, sedangkan responden yang bekerja dan menderita Hipertensi sebesar 15,7%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rahajeng (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan Hipertensi<sup>10</sup> Walaupun demikian hasil yang berbeda ditunjukkan oleh Yuliarti (2007) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan Hipertensi. Pekerjaan berpengaruh kepada aktivitas fisik seseorang<sup>14</sup>. Orang yang tidak bekerja memiliki tingkat aktivitas yang cenderung pasif atau kurang bergerak, sehingga dapat meningkatkan kejadian Hipertensi<sup>15</sup>.



Hasil ini menunjukan bahwa kejadian DM pada masyarakat Kelurahan Jagir cukup tinggi yaitu 9,46% karena menurut wawancara responden ada beberapa atau sekitar 35,6% adalah orang – orang yang memiliki riwayat DM dalam keluarganya. Kita ketahui bahwa DM merupakan salah satu penyakit yang sifatnya degeneratif. Seseorang memiliki risiko yang cukup tinggi apa bila ia memiliki riwayat penderita DM dalam keluarganya, terutama dengan riwayat DM tipe 2. Prevalensi penyakit Hipertensi pada penelitian ini cukup tinggi yaitu 37,84%, hal ini bisa terjadi karena sebagian besar responden tidak menyadari kalau mereka sudah berada pada kondisi hipertensi<sup>16,8</sup>.

## SIMPULAN

Prevalensi kejadian DM dan Hipertensi di RT VI dan RT VII-RW I Kelurahan Jagir Kota Surabaya masih tinggi yaitu untuk DM sebesar 9,5% dan Hipertensi sebesar 37,8%. Berdasarkan karakteristik demografi sebagian besar yaitu 71,43% penderita DM dan 85,71% penderita Hipertensi adalah mereka yang berumur > 45 tahun. Sebesar 71,43% penderitanya DM dan 67,86% penderita Hipertensi adalah perempuan dan 57,14% penderitanya DM dan 78,57% penderita Hipertensi berpendidikan tinggi, serta 71,43% penderita DM dan Hipertensi adalah mereka yang aktif bekerja.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes. (2010a). Tahun 2030 prevalensi diabetes melitus di Indonesia mencapai 21,3 juta orang. Jakarta : Direktorat Jendral PP & PL.
2. Bustan, M.N. (2007). Epidemiologi penyakit tidak menular. Jakarta : Rineka Cipta.
3. ADA. (2010). Standar of medical care in diabetic. *Diabetes Care*, 33(1), S11-S61.
4. Joint National Committee on Prevention (2003). Detection, Evaluasi, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*. 2003; 157:2413-2446.
5. Kemenkes. (2010b). Prevalensi Hipertensi di Indonesia. Jakarta : Kemenkes.
6. Oktora R. (2007). Gambaran Penderita Hipertensi yang Dirawat Inap di Bagian Penyakit dalam RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Periode Januari Sampai Desember 2005, Skripsi, FK UNRI, hal 41-42.
7. Sulistiani, Widi. (2005). Analisis faktor risiko yang berkaitan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Kroya I Kabupaten Cilacap tahun 2005. Tesis. Retrieved 18 April 2015, from <http://eprints.undip.ac.id>.
8. Kumar V, Abbas AK, Fausto N.(2005). Hypertensive vascular disease. dalam: *Robn and cotran pathologic basis of disease*, 7th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, p 528-529.
9. Jonathan. A. (2009). Skrining Diabetes Mellitus di Pusbindu Wijaya Kusumah RW 15 Kelurahan Citeureup Kecamatan Cimahi Utara Kota Cimahi Retrieved 20 Februari 2015 [http://repository.maranatha.edu/2080/1/0610055\\_Abstract\\_TOC.pdf](http://repository.maranatha.edu/2080/1/0610055_Abstract_TOC.pdf)
10. Rayhani F. (2005). Epidemiologi penderita hipertensi esensial yang dirawat di bagian Penyakit dalam RS DR. M. Djamil Padang Periode 1 Januari 2002 - 31 Desember 2003. Skripsi. Padang. 2005.
11. Widayanto D. (2008). Apa manfaat garam sebagai bahan pengawet. Retrieved 13 April 2015 from [http://id.answers.yahoo.com/question/index;\\_ylt=Aj3eh2PdCnd0po.ZrHRTkNLVRg](http://id.answers.yahoo.com/question/index;_ylt=Aj3eh2PdCnd0po.ZrHRTkNLVRg)
12. Harding, anne Hellen et all. (2003). Dietary fat and the risk of clinic type 2 diabetes. *American Journal of Epidemiology*. Vol.159. No, 1.
13. Rahajeng, E. (2009). prevalensi hipertensi dan determinannya. *Majalah Kedokteran Indonesia*.
14. Yuliarti, Dwiretno. (2007). Faktor- faktor yang berhubungan dengan hipertensi pada usia lanjut di posbindu kota bogor tahun 2007. Tesis. Depok: Program Pasca Sarjana FKM UI.
15. Abdullah, Masqon. (2005). Faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada kelompok usia lanjut di kecamatan pegandon kabupaten kendal. Thesis, Retrieved 23 April 2015 from <http://eprints.undip.ac.id>. FKM UNDIP.

16. Bophelo.(2002). Diabetes and hypertension a guideline for health workers in a phc setting. Leshoto.
17. Zahtamal, Chandra, F., & Restuasturi, T. (2007). *Faktor- faktor risiko pasien diabetes melitus*. Retrieved 14 April 2015 from <http://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article>. Riau: Universitas Riau.

# DETERMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI PADA PELAJAR SMPN 12 LEPO-LEPO KOTA KENDARI TAHUN 2018

## DETERMINANTS ASSOCIATED WITH NUTRITION STATUS IN STUDENTS OF SMPN 12 LEPO-LEPO KENDARI CITY 2018

Jummu Huwriyati<sup>1</sup>, Wahyu Fajriana Hipta<sup>2</sup>, Irma<sup>3</sup>

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Institut Teknologi dan  
Kesehatan Avicenna<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Email : [jhuwriyati@gmail.com](mailto:jhuwriyati@gmail.com)

### ABSTRAK

Gizi adalah keadaan tubuh yang di akibatkan oleh konsumsi, penyerapan, dan penggunaan makanan. Berdasarkan data Riskesdas RI (2013), penilaian status gizi berdasarkan IMT di kota Kendari cakupan status gizi bervariasi setiap tahunnya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui determinan yang berhubungan dengan status gizi pada pelajar SMPN12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan cross sectional. Jenis pengambilan sampel dengan tehnik proportional sampling. Data diolah secara univariat dan bivariat. Hasil uji tatistik diperoleh tidak ada hubungan jenis kelamin dengan status gizi siswa nilai  $\rho$  Value 0,116. Ada hubungan pendidikan orang tua dengan status gizi siswa nilai  $\rho$  Value 0,012. Ada hubungan pola makan dengan status gizi siswa nilai  $\rho$  Value 0,006. Ada hubungan status ekonomi dengan status gizi siswa nilai  $\rho$  Value 0,001. Sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin terhadap status gizi siswa, ada hubungan antara pendidikan orang tua, pola makan dan status ekonomi siswa di SMPN 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2017. Disarankan bagi guru SMPN 12 Lepo-Lepo untuk selalu memberikan pengetahuan tentang gizi. Bagi siswa khususnya untuk memperhatikan pola makan sehat agar tidak kurang gizi atau indeks massa tubuh kurang dari 18,4 Kg

**Kata Kunci :** Jenis kelamin, pendidikan orang tua, pola makan, status ekonomi, status gizi siswa, indeks massa tubuh.

### ABSTRACT

*Nutrition is the state of the body caused by consumption, absorption, and food use. Based on data Riskesdas RI (2013), assessment of nutritional status based on IMT In Kendari city coverage of nutritional status varies every year. The purposed of this studied to determine the determinants associated with nutritional status in students SMPN12 Lepo-LepoKendari City Year 2017. This studied used analytical methods with cross sectional approach. Type of sampling with proportional sampling technique univariate and bivariate data. Statistical test results obtained no relationship of gender with nutritional status of students value  $\rho$  Value 0.116. There is relationship of parent education with student's nutritional status value  $\rho$  Value 0,012. There is relationship of eating pattern with nutritional status of student value  $\rho$  Value 0,006. There is relationship of economic status with student's nutritional status value  $\rho$  Value 0,001. So it is concluded that there is no relationship of gender to nutritional status of student, there is relation between parent education, eating pattern and economic status of student at SMPN 12 Lepo-LepoKendari City Year 2017. It is recommended for teacher of SMPN 12 Lepo-Lepo to always give knowledge about nutrition. for students especially to pay attention to healthy diet so that no less nutrition or body mass index less than 18,4kg*

*Keywords: Gender, parent education, diet, economic status, nutritional status of students, body mass index.*

### PENDAHULUAN

Gizi merupakan bagian dari sektor kesehatan yang penting dan mendapat perhatian serius dari pemerintah. Gizi yang baik merupakan pondasi bagi kesehatan masyarakat. Pengaruh masalah gizi terhadap pertumbuhan, perkembangan, intelektual dan produktivitas menunjukkan besarnya peranan gizi bagi kehidupan manusia. Jika terjadi gangguan gizi, baik gizi kurang maupun gizi lebih,

pertumbuhan tidak akan berlangsung optimal. Kekurangan zat gizi menyebabkan seseorang mudah terkena infeksi dan jatuh sakit, sedangkan kelebihan zat gizi akan meningkatkan risiko penyakit degeneratif di masa yang akan datang.

Indonesia sampai kini masih dihadapkan pada empat masalah gizi utama yang meliputi kekurangan energi protein, kekurangan vitamin A, anemia gizi besi dan kekurangan yodium. Namun di beberapa kota besar ditemukan masalah gizi yang berlebih, sehingga Indonesia dihadapkan pada "Beban Ganda Masalah Gizi". Masalah gizi bukan saja dapat terjadi pada seluruh kelompok usia di sepanjang daur kehidupan, lebih dari itu masalah gizi yang terjadi pada suatu kelompok usia akan berpengaruh pada periode kelompok usia berikutnya (intergenerational impac). Tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh status gizi ibu ketika janin masih berada dalam kandungan. Selanjutnya, status gizi anak berusia dibawah lima tahun (balita) akan memengaruhi kualitas pada saat usia sekolah, remaja dan seterusnya.

Remaja adalah sumber daya manusia yang paling potensial dalam sebuah negara karena remaja merupakan generasi penerus bangsa. Remaja akan menjadi sumber daya manusia yang berkualitas jika sejak dini terpenuhi kebutuhan gizinya (Ramadani, 2010). Menurut World Health Organization (WHO), remaja adalah anak yang mencapai umur 10-19 tahun. pada tahun 1995 menunjukkan bahwa seperlima dari penduduk dunia adalah remaja. Sekitar 900 juta berada di negara berkembang. di Indonesia berdasarkan Sensus Penduduk tahun 2000 jumlah remaja (usia 15-24 tahun) adalah 40.407.628 atau 20,08% dari jumlah penduduk Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar seperlima penduduk Indonesia adalah remaja berusia 15-24 tahun (Hidayat, 2005). Kementerian Kesehatan tahun 2006 melansir bahwa jumlah remaja berumur 10-19 tahun sekitar 43 juta atau 19,61% dari jumlah penduduk, Sedangkan data 2008 menyebutkan, jumlah remaja sekitar 62 juta.

Remaja rentan mengalami masalah gizi karena merupakan masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, fisiologis, dan psikososial. Disamping itu kelompok ini berada pada fase pertumbuhan yang pesat (Growth Spurt) sehingga dibutuhkan zat gizi yang relatif lebih besar jumlahnya (Aritonang, 2011). Perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan menuntut penyesuaian asupan energi dan zat gizi pada remaja. Aktivitas fisik yang tinggi juga meningkatkan kebutuhan energi dan zat gizi. Selain itu tidak sedikit remaja yang makan berlebihan dan akhirnya mengalami obesitas atau sebaliknya remaja yang membatasi makan karena kecemasan akan bentuk tubuh sehingga mengalami kekurangan gizi (Badriah, 2011).

Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) menunjukkan jumlah remaja yang mengalami obesitas cukup tinggi dan cenderung meningkat seiring pertambahan usia, misalnya di DKI Jakarta prevalensi obesitas meningkat menjadi 6,2% pada anak usia 6-12 tahun, pada anak remaja usia 12-18 tahun dan 11,4%. Diketahui pula bahwa kasus obesitas pada remaja banyak ditemukan pada wanita (10,2%) dibanding laki-laki (3,1%) (Aritonang, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian Santy (2012), diketahui prevalensi status gizi kurang berdasarkan IMT pada remaja putri SMUN dan MAN (Madrasah Aliyah Negeri) di Kota Padang sebesar 30,7%. Sementara hasil penelitian Permaisih (2003), diketahui bahwa prevalensi remaja dengan IMT kurang berkisar 30 - 40% gizi kurang, baik dari segi kuantitas dan kualitas yang menyebabkan gangguan pada proses pertumbuhan, produksi tenaga, pertahanan tubuh, struktur dan fungsi otak serta perilaku.

Obesitas menjadi masalah yang serius bagi remaja karena cenderung berlanjut hingga dewasa dan merupakan salah satu faktor risiko penyakit kardiovaskular, diabetes melitus, artritis, penyakit kantong empedu, berbagai jenis kanker, gangguan fungsi pernafasan, dan berbagai gangguan kulit (Aritonang, 2011). Status gizi remaja berhubungan dengan berbagai macam faktor yang memengaruhinya, diantaranya adalah asupan energi dan zat gizi, jenis kelamin, pendidikan, kebiasaan konsumsi serat (buah dan sayur), aktivitas fisik, perilaku merokok, dan faktor genetik yaitu status gizi orang tua remaja (Robert dan Williams, 2000; dan Brown, 2010).

Hasil penelitian Santy (2012) pada remaja putri SMUN dan MAN (Madrasah Aliyah Negeri) di Kota Padang diketahui tingkat konsumsi energi kurang (<90% AKG) pada remaja putri sebesar 74,7%, konsumsi protein kurang (<90% AKG) sebesar 56,0%, konsumsi lemak kurang (<90% PUGS) sebesar 68,6%, dan konsumsi karbohidrat kurang (<90% PUGS) sebesar 54,8%. Dari penelitian ini diketahui adanya hubungan yang bermakna antara asupan energi dan karbohidrat dengan status gizi remaja putri.

Kebutuhan gizi pada pria lebih besar di bandingkan wanita sehingga porsi tiap kali makan porsinya lebih banyak. pada wanita konsep citra tubuh sangat penting sehingga banyak dari mereka yang menunda makan bahkan mengurangi porsi makannya dari yang dianjurkan agar tampak sempurna postur tubuhnya. Namun hal tersebut dapat menyebabkan masalah kesehatan bagi remaja pada umumnya (Barker, 2010). Dari beberapa penelitian di Amerika Serikat, diketahui bahwa rata-rata asupan energi anak laki-laki cenderung meningkat tajam hingga kira-kira 3470 kkal/hari pada usia 16 tahun. Dari usia 16-19 tahun, asupan energi menurun hingga 2900 kkal/hari. pada anak perempuan, asupan energi meningkat sampai usia 12 tahun yaitu 2250 kkal/hari, kemudian menurun sampai usia 18 tahun yaitu 2200 kkal/hari (Soetarjo, 2011).

Menurut data Riskesdas RI (2013), kelompok umur 13-15 tahun penilaian status gizi berdasarkan IMT, prevalensi nasional kurus pada remaja umur 13-15 tahun adalah 11,1% terdiri dari 3,3% sangat kurus dan 7,8% kurus. Prevalensi sangat kurus terlihat paling rendah di Bangka Belitung (1,4%) dan paling tinggi di Nusa Tenggara Timur (9,2%). Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 nilai tertinggi gizi baik Provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 72,2%, gizi kurang sebesar 15,9%, gizi buruk 8,0% dan gizi lebih sebesar 3,9%. Gizi baik tertinggi terdapat di kabupaten Wakatobi yakni sebesar 94,40% dan terendah di Wakatobi sebesar 3,9%. Gizi buruk tertinggi terdapat di buton yakni sebesar 14,7% terendah di Wakatobi yakni hanya mencapai 0,2% (Depkes RI, 2013).

Beberapa hasil penelitian determinan yang berhubungan dengan status gizi antara lain jenis kelamin, pendidikan, pola makan, dan status ekonomi terhadap status gizi yang dilakukan pada siswa dikabupaten semarang 2016 menunjukkan ada pengaruh faktor jenis kelamin, faktor pendidikan, dan faktor status ekonomi ditemukan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap status gizi. Oleh karena itu peneliti ingin melihat hubungan antara jenis kelamin, pendidikan, dan status ekonomi.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui variabel bebas dan terikat dilakukan dalam waktu bersamaan pada suatu periode tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa SMPN 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018 di SMPN 12 Lepo-Lepo yaitu sebanyak 809 orang. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 101 siswa.

## HASIL

### Karakteristik Responden Kelas

**Tabel 4.1**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Kelas di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Kelas	Jumlah	
		n	%
1	I	38	37.6
2	II	34	33.7
3	III	29	28.7
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti responden yang sebagian besar kelas I sebanyak 38 orang (37,6%), kemudian responden kelas II sebanyak 34 orang (33,7%) dan yang sebagian kecil responden kelas III sebanyak 29 orang (28,7%).

## Umur

**Tabel 4.2**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Umur di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Umur	Jumlah	
		n	%
1	10-14	55	54.5
2	15-17	46	45.5
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti responden yang sebagian besar berumur 10-14 Tahun sebanyak 55 orang (54,5%) dan sebagian kecil responden berumur 15-17 Tahun sebanyak 46 orang (45,5%).

## Pekerjaan Ayah

**Tabel 4.3**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Pekerjaan Ayah	Jumlah	
		n	%
1	Wiraswasta	49	48.5
2	PNS	27	26.7
3	Lainnya	25	24.8
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti pekerjaan ayah yang sebagian besar bekerja Wiraswasta sebanyak 49 orang (48,5%), kemudian pekerjaan ayah sebagai PNS sebanyak 27 orang (26,7%) dan yang sebagian kecil pekerjaan ayah sebagai Lainnya sebanyak 25 orang (24,8%).

## Pekerjaan Ibu

**Tabel 4.4**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Pekerjaan Ibu	Jumlah	
		n	%
1	Wiraswasta	29	28.7
2	PNS	15	14.9
3	Lainnya	57	56.4
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti pekerjaan Ibu yang sebagian besar bekerja lainnya sebanyak 57 orang (56,4%), kemudian pekerjaan Ibu sebagai Wiraswasta sebanyak 29 orang (28,7%) dan yang sebagian kecil pekerjaan ibu sebagai PNS sebanyak 15 orang (14,9%).

## Analisis Univariat

### Status Gizi (Indeks Massa Tubuh)

**Tabel 4.5**  
**Distribusi Status Gizi IMT Siswa di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	IMT	Jumlah	
		n	%
1	BB Ideal	39	38,6
2	BB Tidak Ideal	62	61,4
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti berdasarkan IMT sebagian besar responden yang memiliki BB Tidak Ideal sebanyak 62 orang (61,4%), dan sebagian kecil responden yang memiliki BB Ideal sebanyak 39 (38,6%).

#### Jenis kelamin

**Tabel 4.6**  
**Distribusi Jenis Kelamin Siswa di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Jenis Kelamin	Jumlah	
		N	%
1	Laki-laki	47	46.5
2	Perempuan	54	53.5
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 54 orang (53,5%) dan yang sebagian kecil berjenis kelamin laki-laki sebanyak 47 orang (46,5%).

#### Pendidikan Orang Tua

**Tabel 4.7**  
**Distribusi Pendidikan Orang Tua Siswa di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Pendidikan Orang Tua	Jumlah	
		n	%
1	Tinggi	79	78,2
2	Rendah	22	21,8
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti sebagian besar orang tua responden yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 79 orang (78,2%), dan sebagian kecil orang tua responden yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 22 orang (21,8%).

#### Pola Makan

**Tabel 4.8**  
**Distribusi Pola Makan Siswa di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Pola Makan	Jumlah	
		n	%
1	Baik	55	54.5
2	Kurang baik	46	45.5
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti sebagian besar responden dengan pola makan baik sebanyak 55 orang (54,5%) dan sebagian kecil dengan pola makan kurang sebanyak 46 orang (45,5%).

#### Status Ekonomi

**Tabel 4.9**  
**Distribusi Status Ekonomi Orang Tua Siswa di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

No	Status Ekonomi	Jumlah	
		n	%
1	Baik	49	49.5
2	Cukup	52	50.5
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100</b>

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti sebagian besar responden dengan status ekonomi cukup sebanyak 52 orang (50,5%) dan sebagian kecil dengan status ekonomi baik sebanyak 49 orang (49,5%).

### Analisis Bivariat

#### Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Gizi

**Tabel 4.10**  
**Hubungan Jenis Kelamin (Indeks Massa Tubuh) dengan Status Gizi Siswa**  
**Di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

Jenis Kelamin	Status Gizi				Jumlah		Nilai Chi Square
	BB Ideal		BB Tidak Ideal				
	n	%	n	%	n	%	P-Value
Laki-Laki	22	22,2	25	25,2	47	47,4	0,116
Perempuan	17	17,4	37	37,2	54	54,6	
Total	39	39,6	62	100	101	100	

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 101 responden, laki-laki yang memiliki status gizi (IMT) BB ideal sebanyak 22 orang (22,2%), responden perempuan yang memiliki status gizi (IMT) BB Ideal sebanyak 17 (17,4%). Sedangkan responden laki-laki yang memiliki status gizi (IMT) BB Tidak Ideal sebanyak 25 orang (25,2%), serta responden perempuan yang memiliki status gizi (IMT) BB Tidak Ideal sebanyak 37 orang (37,2%).

Hasil uji statistik Regresi Logistik Sederhana diperoleh nilai P- Value 0,116. Maka H<sub>0</sub> diterima dan H<sub>a</sub> ditolak artinya tidak ada hubungan antara Jenis Kelamin dengan Status Gizi siswa (IMT) pada taraf kepercayaan 95 % ( $\alpha = 0,05$ )

#### Hubungan Pendidikan Orang Tua dengan Status Gizi

**Tabel 4.11**  
**Hubungan Pendidikan Orang Tua (Indeks Massa Tubuh) dengan Status Gizi Siswa**  
**Di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

Pendidikan Orang Tua	Status Gizi				Jumlah		Nilai Chi Square
	BB Ideal		BB Tidak Ideal				
	n	%	n	%	n	%	P-Value
Tinggi	36	36,4	43	43,4	79	79,8	0,012
Rendah	3	3,19	19	19,3	22	22,2	
Total	39	79,7	62	22,4	101	100	

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 101 responden, orang tua yang memiliki pendidikan tinggi dengan status gizi (IMT) BB ideal sebanyak 36 orang (36,4%), Orang tua yang memiliki pendidikan rendah dengan status gizi (IMT) BB ideal sebanyak 3 orang (3,19%), Sedangkan orang tua yang memiliki pendidikan tinggi dengan status gizi (IMT) BB ideal sebanyak 43 orang (43,4%), serta orang tua yang memiliki pendidikan rendah dengan status gizi (IMT) BB ideal sebanyak 19 orang (19,3%),

Hasil uji Regresi Logistik Sederhana diperoleh nilai P-Value 0,012. Maka H<sub>0</sub> ditolak dan H<sub>a</sub> diterima artinya ada hubungan antara pendidikan orang tua dengan Status Gizi siswa (IMT) pada taraf kepercayaan 95 % ( $\alpha = 0,05$ )



## Hubungan Pola Makan dengan Status Gizi

**Tabel 4.12**  
**Hubungan Pola Makan (Indeks Massa Tubuh) dengan Status Gizi Siswa**  
**Di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

Pola Makan	Status Gizi				Jumlah		Nilai <i>Chi Square</i>
	BB Ideal		BB Tidak Ideal		n	%	<i>P-Value</i>
	n	%	n	%			
Baik	28	28,8	27	27,3	55	56,1	0,006
Kurang baik	11	11,3	35	35,1	46	43,9	
Total	39	40,1	62	62,4	101	100	

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa dari 101 responden, siswa yang memiliki pola makan baik dengan status gizi BB Ideal sebanyak 28 orang (28,8%), serta siswa yang memiliki pola makan Kurang baik dengan status gizi BB Ideal sebanyak 11 orang (11,3%). Sedangkan siswa yang memiliki pola makan baik dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 27 orang (27,3%), serta siswa yang memiliki pola makan Kurang dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 35 orang (35,1%).

Hasil uji statistik Regresi Logistik Sederhana diperoleh nilai *P-Value* 0,006. Maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada hubungan antara pola makan dengan Status Gizi siswa (IMT) pada taraf kepercayaan 95 % ( $\alpha = 0,05$ ).

## Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi

**Tabel 4.13**  
**Hubungan Status Ekonomi (Indeks Massa Tubuh) dengan Status Gizi Siswa**  
**Di SMPN 12 Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2018**

Status Ekonomi	Status Gizi				Jumlah		Nilai <i>Chi Square</i>
	BB Ideal		BB Tidak Ideal		n	%	<i>P-Value</i>
	n	%	n	%			
Baik	27	27,2	22	22,2	49	100	0,001
Cukup	12	12,4	40	40,1	52	100	
Total	39	39,5	62	62,3	101	100	

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa dari 101 responden, siswa yang memiliki status ekonomi baik dengan status gizi BB Ideal sebanyak 27 orang (27,2%), serta siswa yang memiliki status ekonomi kurang dengan status gizi BB Ideal sebanyak 22 orang (12,4%). Sedangkan siswa yang memiliki status ekonomi baik dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 22 orang (22,2%), serta siswa yang memiliki status ekonomi kurang dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 40 orang (40,1%).

Hasil uji statistik Regresi Logistik Sederhana diperoleh nilai *P-Value* 0,001. Maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada hubungan antara status ekonomi dengan Status Gizi siswa (IMT) pada taraf kepercayaan 95 % ( $\alpha = 0,05$ ).

## PEMBAHASAN

### Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Gizi

Berdasarkan hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti di SMPN 12 Lepo-Lepo Kota Kendari mayoritas responden yang berjenis kelamin perempuan dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak sebanyak 37 orang (37,2%) dan yang berjenis kelamin laki-laki dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 25 orang (25,5%).

Hal ini dinyatakan jenis kelamin adalah perbedaan seks yang didapat sejak lahir yang dibedakan antara laki-laki dan perempuan. Menurut Firda (2010), jenis kelamin menentukan besar kecilnya kebutuhan gizi bagi seseorang karena pertumbuhan dan perkembangan individu sangat berbeda antara laki-laki dan perempuan. Dalam keluarga biasanya anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi dalam distribusi makanan daripada anak perempuan.

Jenis kelamin adalah variabel yang menentukan besar kecilnya kebutuhan gizi seseorang karena pertumbuhan dan perkembangan individu sangat berbeda antara laki-laki dan perempuan. Kebutuhan gizi pada pria lebih besar dibandingkan wanita sehingga porsi tiap kali makan porsinya lebih banyak. Pada wanita konsep citra tubuh sangat penting sehingga banyak dari mereka yang menunda makan bahkan mengurangi porsi makannya dari yang dianjurkan agar tampak sempurna postur tubuhnya. Namun hal tersebut dapat menyebabkan masalah kesehatan bagi remaja pada umumnya (Barker, 2005).

Menurut hasil analisis penelitian jenis kelamin hubungan tentang status gizi siswa (IMT) tidak begitu erat kaitannya terhadap status gizi siswa, karena tidak semestinya perempuan lebih sedikit pola makannya dibanding laki-laki, ada juga laki-laki yang pola makannya 2 kali sehari.

### **Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi**

Berdasarkan hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti di SMPN 12 Lepo-Lepo Kota Kendari mayoritas siswa yang memiliki status gizi BB Tidak Ideal dengan pendidikan orang tua Tinggi sebanyak 43 orang (43,4%), dan siswa yang memiliki status gizi BB Tidak Ideal dengan pendidikan orang tua Rendah sebanyak 19 orang (19,3%).

Hal ini dinyatakan Pendidikan merupakan salah satu sumberdaya yang penting bagi keluarga untuk mendukung pengetahuan seseorang dalam menerima informasi yang pada akhirnya dapat membentuk perilakunya. Semakin rendah pendidikan orang tua, maka semakin rendah pula pengetahuannya dan orang tua yang berpendidikan rendah akan lebih sulit menjelaskan kepada seorang anak tentang masalah-masalah yang terjadi pada anaknya terutama masalah yang terjadi jika anaknya kekurangan gizi karena mereka sendiri belum mengerti. Dan orang tua tidak bisa memberikan informasi yang lebih luas kepada anaknya. Berbeda dengan orang tua yang berpendidikan tinggi misalnya lulusan perguruan tinggi, pengetahuan mereka akan lebih tinggi karena mereka lebih banyak mendapatkan informasi-informasi dan pendidikan mengenai gizi, sehingga mereka lebih mudah menjelaskan kepada anaknya dan anak akan mudah mengerti dan cepat menerapkan dalam kehidupan sehari-harinya.

Berdasarkan hasil penelitian pendidikan orang tua dalam status gizi siswa (IMT) sangat diperlukan karena Pendidikan menjadi wahana yang menjembatani kesenjangan antara tingkat pengetahuan dan status gizi anak. Oleh karena itu tingkat pendidikan dan keterampilan sangat memengaruhi status gizi siswa (IMT).

### **Hubungan Pola Makan dengan Status Gizi**

Berdasarkan hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti di SMPN 12 Lepo-Lepo Kota Kendari mayoritas responden memiliki pola makan Kurang baik dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 40 orang (40,1%) dan yang memiliki pola makan baik dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 22 orang (22,2%).

Hal ini dinyatakan Pola makan remaja akan menentukan jumlah zat-zat gizi yang diperlukan oleh remaja untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Jumlah makanan yang cukup sesuai dengan kebutuhan akan menyediakan zat-zat gizi yang cukup pula bagi remaja guna menjalankan kegiatan fisik yang sangat meningkat. Pola makan pada dasarnya merupakan variabel yang secara langsung berhubungan dengan status gizi. (Hendrayati et al, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian pola makan siswa yang kurang atau kurang dari 2 kali memiliki BB kurang dibandingkan siswa yang makan 3 kali sehari mereka memiliki BB Ideal.

### **Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi**

Berdasarkan hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa dari 101 responden yang diteliti di SMPN 12 Lepo-Lepo Kota Kendari mayoritas responden memiliki status ekonomi cukup dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 40 orang (64,5%) dan yang memiliki status ekonomi baik dengan status gizi BB Tidak Ideal sebanyak 11 orang (28%).

Status ekonomi keluarga adalah kemampuan perekonomian suatu keluarga dalam memenuhi setiap kebutuhan hidup seluruh anggota keluarga (Sumardi dan Dieter, 2005). Tingkat ekonomi seseorang berhubungan erat dengan berbagai masalah kesehatan dan sangat berperan penting dengan masalah status gizi (Notoadmojo, S, 2007: 21). Orang dengan tingkat ekonomi rendah akan lebih berkonsentrasi terhadap pemenuhan kebutuhan dasar yang menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Sebaliknya orang dengan tingkat ekonomi tinggi akan mempunyai kesempatan lebih besar dalam menempuh pendidikan dimana orang dengan tingkat ekonomi tinggi akan lebih mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki sehingga akan memperhatikan kesehatan diri dan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian status ekonomi dalam sebuah keluarga sangat memengaruhi terhadap status gizi anak, karena jika orang tua memiliki status ekonomi cukup maka pola makan anak teratur dan apa yang diinginkan oleh anak dapat tercapai.

## **SIMPULAN**

Berdasarkan penelitian dengan judul “determinan yang berhubungan dengan status gizi pada pelajar smpn 12 lepo-lepo kota kendari tahun 2018” dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin Terhadap status gizi siswa di SMP Negeri 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018.
2. Ada hubungan antara pendidikan orang tua Terhadap status gizi siswa di SMP Negeri 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018.
3. Ada hubungan antara pola makan Terhadap status gizi siswa di SMP Negeri 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018.
4. Ada hubungan antara status ekonomi Terhadap status gizi siswa di SMP Negeri 12 Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2018

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Almtsier. 2010. Prinsip Dasar Ilmu Gizi, Edisi Revisi. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
2. Arisman. 2010. Buku Ajar Ilmu Gizi, Gizi dalam Daur Kehidupan Edisi 3. EGC. Jakarta
3. Aritonang. 2011. Hubungan Intensitas Menonton Televisi dengan Asupan Energi dan Status Gizi Remaja. Prosding Temu Ilmiah Kongres XIV Persagi
4. Badriah,. 2011. Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, PT Refika Aditama. Bandung.
5. Barker, Helen M..2010. Nutrition and Dietetics for Health Care. Tenth Edition. Uk :Churchil Livingstone.
6. Brown. 2010. Klasifikasi Status Gizi
7. Budiyanto 2010. Kebiasaan Makan Utama
8. Depkes. 2013. Riskesdas Tahun 2013. Umur dan Jenis Kelamin
9. Depertemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat UI, 2014 pendidikan orangtua
10. (Farida. 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur pada Remaja di Indonesia Tahun 2007.
11. Gibson. 2010. Penilaian status gizi pengukuran antropometri
12. Hartanto & Kodim. 2010. Pengaruh Status Gizi Anak di Bawah Lima Tahun Terhadap Nilai Belajar Verbal dan Numerik. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasioanl. Vol. 3 No. 4
13. Hartriyanti & Triyanti. 2011. Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat UI. PT. Grafindo Persada. Jakarta
14. Hartriyanti & Triyanti. 2011. Indikator Tinggi Badan Menurut Umur
15. Huda. 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Lebih pada Remaja Akhir di Indonesia (Analisi Data Riskesdas Tahun 2007).
16. Insel, et al. 2011. Nutrition Fouthrt Edition. Jones and Bartlett Publisher. LLC
17. Jatmiko 1998. Faktor Sosial Ekonomi
18. Khomsan. 2014. Pangan dan Gizi untuk Kesehatan. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta
19. Kementerian Kesehatan RI, 2013 pola makan

20. Kusumajaya. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Remaja (SLTP dan SLTA) di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2010 (Penilaian Data Sekunder Penilaian Status Gizi Anak Sekolah dan Remaja di 10 Kota Besar di Indonesia).
21. Mariani. 2013. Pengaruh pola konsumsi makanan modern terhadap kejadian obesitas pada remaja SLTP Kesatrian Kota Bogor. Provinsi Jawa Barat. [Tesis]. FKM-UI. Depok
22. Moehyi. 2010. Kebiasaan Konsumsi Jajanan
23. Notoatmodjo. 2013. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
24. Notoatmodjo. 2007. Status Ekonomi
25. Pratiwi. 2010. Hubungan POerilaku dan Pengetahuan Diet Serta Asupan Zat Gizi pada Remaja Putri yang Melakukan Diet di 4 SMA Terpilih Kota Depok tahun 2010.
26. Ramadani. 2010. Konsumsi Suplemen Makanan dan Faktor-Faktor yang Berhubungan Paa Remaja SMA Islam AL- Azhar 3 Jakarta Selatan tahun 2010. Journal of public health. Vol.01 No. 02
27. Robert & William. 2010. Pengaruh Terhadap Kebiasaan Makan
28. Rijanti. 20012. Hubungan Konsumsi Makanan dan Faktor-faktor lain dengan Status Gizi Anak Sekolah dasar di SD PSKD Kwitang VIII Depok Tahun 2012.
29. Santy. 2012. Determinan Indeks Massa tubuh Remaja Putri di Kota bukit Tinggi tahun 2012. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.1, No.3
30. Soetarjo. 2011. Gizi Usia Remaja, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
31. Sulistyoningsih. 2011. Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak, Graha Ilmu, Yogyakarta.
32. Supariasa. 2010. Penilaian Status Gizi. EGC. Jakarta
33. Sedioetama. 2011. Ilmu Gizi Unuk Mahasiswa dan Profesi. Jilid I. PT Dian Rakyat. Jakarta
34. Soekantri. 2011. Penilaian Status Gizi (Gizi dalam daur Kehidupan). PT. Gramadia Pustak Utama. Jakarta
35. Soetjningsih, 1998. Tumbuh Kembang Anak. EGC. Jakarta
36. Widajanti. 2011. Survey Konsumsi Gizi. BP UNDIP. Semarang

# BEBERAPA FAKTOR RISIKO KEJADIAN FILARIASIS

## RISK FACTORS FOR FILARIASIS

La Ode Liaumin Azim<sup>1</sup>, Suhartono<sup>2</sup>, Djoko Tri Hadi Lukmono<sup>3</sup>, M. Sakundarno Adi<sup>4</sup>, Martini<sup>5</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1</sup>

Program Studi Magister Epidemiologi, Program Pascasarjana, Universitas Diponegoro<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>Email: alymelhamed09@gmail.com

### ABSTRAK

Latar Belakang : Filariasis menginfeksi 120 juta orang di daerah tropis dan daerah subtropis dengan sekitar 40 juta orang menjadi cacat dan lumpuh, serta 66% dari orang yang berisiko terkena penyakit ini tinggal di kawasan Asia Tenggara termasuk Indonesia. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan berbagai faktor lingkungan, sosial ekonomi dan perilaku yang merupakan faktor risiko terhadap kejadian filariasis. Tujuan : Untuk membuktikan berbagai faktor lingkungan dan perilaku yang merupakan faktor risiko terhadap kejadian filariasis. Metode : Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan kasus kontrol. Jumlah sampel 70 yang terdiri dari 35 kasus dan 35 kontrol. Variabel umum yang diteliti adalah faktor lingkungan, sosial ekonomi dan perilaku. Analisis data menggunakan chi square, Odds Ratio (OR) dan regresi logistic. Hasil : Variabel yang terbukti sebagai faktor risiko terhadap kejadian filariasis adalah kebiasaan keluar rumah pada malam hari ( $p = 0,011$ ; OR = 4,147; CI = 1,391-12,368), kebiasaan tidak menggunakan kelambu ( $p = 0,029$ ; OR = 3,824; CI = 1,147-12,752) dan keberadaan breeding place di sekitar rumah ( $p = 0,029$ ; OR = 3,404; CI = 1,134-10,218) Simpulan : : Probabilitas kejadian filariasis jika memiliki kebiasaan keluar rumah malam hari, memiliki kebiasaan tidak menggunakan kelambu saat tidur malam dan terdapat breeding place di sekitar rumah adalah sebesar 83%.

**Kata kunci** : *Filariasis, Nyamuk, Habitat Nyamuk, Kebiasaan Keluar Rumah Malam Hari, Penggunaan Kelambu*

### ABSTRACT

*Background: Filariasis has been reported to infect 120 millions of people living in both tropical and sub-tropical areas. Among these numbers, 40 millions live with paralysis and disability and 66% of them live in Southeast Asian region, including Indonesia. This study aimed to prove risk factors for the disease, i.e. environment, social, economy, and behavior. Method: This study applied an observational method with a case-control design. There were 70 samples under studied, divided into 35 case samples and 35 control samples. Variables to be examined were environmental, social, economic, and behavioral factors. The study analyzed the data with Chi Square, Odds Ratio (OR) and logistic regression. Results: The study found the following risk factors for filariasis: outdoor activities at night ( $p=0.011$ ; OR=4.147; CI=1.391-12.398), mosquito net installation ( $p=0.029$ ; OR=3.824; CI=1.147-12.752), breeding place nearby houses ( $p=0.029$ ; OR=3.404; CI=1.134-10.218).*

*Conclusion: The study obtained the filariasis incidence probability rate of 83% dealing with outdoor activities at night, mosquito net installation, and breeding place.*

**Keywords:** *Filariasis, Mosquito, Breeding Places, Outdoor Activities at Night, Mosquito Net Installation.*

### PENDAHULUAN

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh cacing filariasis (mikrofilaria) yang dapat menular dengan perantara nyamuk sebagai vektor. Penyakit ini bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapat pengobatan dapat menimbulkan cacat menetap seumur hidup berupa pembengkakan pada tangan, kaki, glandula mammae, dan scrotum, serta menimbulkan dampak psikologis bagi penderita dan keluarganya.<sup>(1,2)</sup>

World Health Organization (WHO), menyebutkan filariasis mengancam hampir 1,1 miliar orang di 73 negara di seluruh dunia<sup>(3)</sup> Filariasis Menginfeksi hampir 120 juta orang di daerah tropis dan daerah

subtropis dengan sekitar 40 juta orang menjadi cacat dan lumpuh, serta 66% dari orang yang berisiko terkena penyakit ini tinggal di kawasan Asia Tenggara yang mencakup 11 negara termasuk Indonesia<sup>(6)</sup> Pembiayaan program eliminasi filariasis dalam kurung waktu 2000-2007 secara konservatif diperkirakan sebesar US \$ 24 miliar<sup>(4)</sup> Kerugian akibat filariasis di Indonesia diperkirakan mencapai 43 trilyun rupiah dalam setahun, jika tidak dilakukan program pengendalian filariasis<sup>(2)</sup> Cacat tubuh akibat infeksi filariasis dapat menimbulkan stigma sosial, serta kerugian ekonomi dari hilangnya pendapatan dan peningkatan biaya pengobatan. Orang dengan cacat filariasis cenderung akan dijauhi oleh orang-orang sekitarnya<sup>(7)</sup>

Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep) tahun 2012 melaporkan, telah terjadi penemuan secara tidak sengaja oleh tim Mass Blood Survey Malaria di Pulau Doang-Doangan Caddi, bahwa sediaan darah untuk penyakit malaria ternyata mengandung cacing filaria jenis *Brugia Malayi*. Dari penemuan ini maka diambil langkah-langkah untuk eliminasi filariasis tingkat Kabupaten Pangkep. Salah satu kegiatan pertama eliminasi filariasis adalah melaksanakan survei cepat penemuan kasus filariasis di Pulau Doang-Doangan Caddi dan Pulau Bangko-Bangkoang Desa Kanyurang Kecamatan Liukang Kalmas Kabupaten Pangkep. pada tahun yang sama Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan melakukan pemeriksaan survei darah jari (SDJ) untuk seluruh masyarakat Pulau Doang-Doangan Candi dan Pulau Bangko-Bangkoang Desa Kanyurang. Dari 205 sampel darah yang diperiksa ditemukan sebanyak 86 sampel positif filariasis (mikrofilaria rate 38,04%) dengan 7 diantaranya sudah menunjukkan gejala klinis berupa pembekakan kaki dan tangan. Kemudian pada tahun 2014 Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep kembali mengadakan SDJ untuk 500 sampel yang dipilih secara acak pada Pulau Doang- Doangan Candi dan hasilnya 34 sampel positif filariasis (mikrofilaria rate 5,7%)<sup>(9)</sup>

Wilayah Pulau Doang-doangan Caddi sebagian di daerah pesisir dan sebagian di daerah hutan yang terletak di tengah pulau, masyarakat sekitarnya menggantungkan hidup pada pekerjaan nelayan dan petani rumput agar, terdapat rawa serta lago-lagoan sebagai tempat persinggahan dan perindukan nyamuk yang bisa menularkan penyakit filariasis<sup>(10)</sup> Kondisi sanitasi lingkungan sekitar yang tidak dijaga berupa genangan air, parit atau selokan dapat menjadi tempat perkembangbiakan nyamu.<sup>(11)</sup> dalam teori kesehatan lingkungan, penduduk atau masyarakat yang tinggal dalam kawasan yang tertutup atau terisolasi maka akan menghadapi berbagai masalah kesehatan yang lebih berakar atau bounded kepada ekosistem dimana masyarakat bertempat tinggal.<sup>(12)</sup>

Banyak faktor risiko yang mampu memicu timbulnya kejadian filariasis. Beberapa diantaranya adalah faktor lingkungan. Faktor lingkungan merupakan salah satu yang memengaruhi kepadatan vektor filariasis (nyamuk). Lingkungan yang kotor dapat dijadikan tempat potensial untuk perkembangbiakan dan tempat istirahat nyamuk sehingga kepadatan nyamuk akan meningkat<sup>(11)</sup>. Lingkungan biologik meliputi keberadaan tanaman air, keberadaan ikan predator, keberadaan semak-semak dan keberadaan ternak. Sedangkan lingkungan fisik meliputi genangan air, keberadaan parit, keberadaan lagon-lagon, keberadaan air sawah dan rawa. Lingkungan fisik maupun biologi yang sesuai dengan vektor tertentu akan meningkatkan kepadatan vektor filariasis. Nyamuk *Cx.quinquefasciatus* berkembang biak pada saluran air berpolusi atau tercemar bahan organik. Larva *Cx.quinquefasciatus* banyak dijumpai di air terpolusi, saluran air, selokan dan genangan air yang berhubungan langsung dengan tanah<sup>(15)</sup>.

Penelitian mengenai faktor risiko filariasis sudah banyak dilakukan, namun tidak banyak studi atau penelitian khusus yang dilakukan oleh para ahli kesehatan tentang kesehatan masyarakat kepulauan, bahkan untuk filariasis di Pulau Doang- Doangan Caddi belum pernah dilakukan penelitian sejak ditemukannya pertamakali di Tahun 2012. Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti bermaksud untuk meneliti mengenai "Beberapa Faktor Risiko Kejadian Filariasis Studi Pulau Doang-Doangan Caddi Kabupaten Pangkep Provinsi Sulawesi Selatan".

## METODE

Jenis penelitian ini adalah *observational analytic* dengan desain *Case-Control Study*. Sebagai populasi adalah semua orang di Pulau Doang-Doangan Caddi yang telah diperiksa sediaan darahnya pada Survei Darah Jari (SDJ) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep. Sampel adalah semua orang yang

dinyatakan positif mikrofilaria hasil pemeriksaan survei darah jari (SDJ) sedangkan kontrol adalah semua orang yang dinyatakan negatif yang ditandai dengan tidak ditemukannya mikrofilaria dalam sediaan darah yang diperiksa.

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari sampel kasus dan sampel kontrol dengan perbandingan 1:1 yaitu sejumlah 35 sampel kasus dan 35. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*, sedangkan untuk kelompok kontrol, sampel diambil secara *simple random sampling* dengan mengacak sederhana.

Alat yang digunakan sebagai pengumpulan data dalam penelitian ini adalah *Check List* dan kuesioner. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka peneliti menggunakan uji analitik dengan chi square (analisis bivariat) dan *regresi logistic* (analisis multivariat) karena dalam penelitian ini skala datanya adalah nominal sehingga penelitian ini merupakan penelitian dengan analisis statistik non- parametric

## HASIL

Pulau Doang-Doangan Caddi adalah salah satu pulau yang berada di wilayah kerja Desa Kanyurang Kecamatan Liukang Kalmas yang terletak kurang lebih 103 mil dari Pelabuhan Paotere Makassar dengan jarak tempuh  $\pm$  14-18 jam dengan perahu motor milik masyarakat. Desa Kanyurang terdiri atas 3 pulau yaitu Doang-doangan Caddi, Bangko-bangkoang dan Butung-butungan

Penelitian dilakukan periode Mei hingga Juni 2016 terhadap 70 responden. Karakteristik responden dalam penelitian ini terlihat pada tabel 1. Sedangkan untuk analisis bivariat antara variabel-variabel yang berhubungan dengan kejadian filariasis terangkum pada tabel 2.

Pada tabel 1. Terlihat gambaran subyek penelitian meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan. Jenis kelamin laki-laki pada kelompok kasus tertinggi sebanyak 62,9% sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 54,3%. Kelompok umur yang paling banyak pada kelompok kasus adalah 34-42 tahun dengan persentase sebesar 34,3%, sedangkan pada kelompok kontrol tertinggi pada umur 43-51 tahun sebesar 25,7%. sebagian besar responden pada kelompok kasus dan kontrol memiliki pendidikan tamat SD sebesar 40,0% dan 45,7%, pekerjaan yang dimiliki responden paling banyak bergerak di bidang nelayan dan petani rumput agar.

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin, Umur,**  
**Tingkat Pendidikan dan Status\_Pekerjaan**

No.	Karakteristik Responden (n = 70)	Kejadian Filariasis			
		Kasus		Kontrol	
		n	%	n	%
1	Jenis Kelamin				
	Laki-laki	22	62,9	19	54,3
	Perempuan	13	37,1	16	45,7
	Total	35	100,0	35	100,0
2	Umur				
	Mean	33,43		36,11	
	Median	36,00		38,00	
	Minimum	7,00		7,00	
	Maksimum	70,00		65,00	
3	Tingkat Pendidikan				
	Tidak sekolah	5	14,3	4	11,4
	SD	14	40,0	16	45,7
	SMP	11	31,4	6	17,1
	SMA	5	14,3	7	20,0
	PT	0	0,00	2	5,7
	Total	35	100,0	35	100,0

No.	Karakteristik Responden (n = 70)	Kejadian Filariasis			
		Kasus		Kontrol	
		n	%	n	%
4	Status Pekerjaan				
	Tidak bekerja	2	5,7	3	8,6
	Pelajar	7	20,0	4	11,4
	Petani	9	25,7	7	22,9
	Nelayan	13	37,1	11	31,4
	Pedagang	0	0,0	1	2,9
	Ibu rumah tangga	4	11,4	8	20,0
	PNS	0	0,0	1	2,9
	Total	35	100,0	35	100,0

**Tabel 2**  
**Rangkuman Hasil Analisis Bivariat Hubungan Antara Variabel Independen dan Variabel *Confounding* dengan Kejadian Filariasis**

No.	Variabel Dependen	p-value	OR	95%CI
1	Keberadaan <i>breeding place</i> di sekitar rumah	0,016**	3,273	1,224-8,748
2	Keberadaan <i>resting place</i> di dalam rumah	0,131*	2,167	0,788-5,957
3	Tingkat pendidikan	0,124*	2,683	0,740-9,762
4	Tingkat penghasilan	0,467	0,702	0,270-1,824
5	Kepadatan hunian	0,329	1,614	0,615-4,233
6	Riwayat tinggal serumah dengan penderita filariasis	0,710	1,778	0,391-8,092
7	Penggunaan kawat kasa	0,232*	2,077	0,618-6,985
8	Penggunaan obat anti nyamuk	0,056*	2,538	0,969-6,650
9	penggunaan kelambu	0,022**	3,368	1,164-9,744
10	Kebiasaan keluar malam hari	0,004**	4,231	1,550-11,546
11	Kebiasaan menggunakan baju panjang dan celana panjang pada saat keluar malam	0,192*	1,994	0,701-5,672
No.	Variabel <i>confounding</i>	p-value	OR	95%CI
1	Jenis kelamin	0,150*	2,010	0,773-5,223
2	Umur	0,382	0,598	0,187-1,908
3	Jenis Pekerjaan	0,151*	2,000	0,772-5,180

Keterangan

\* : Variabel yang menjadi kandidat dalam uji regresi logistik ( $< 0,25$ )

\*\* : Variabel yang berhubungan dengan variabel dependen ( $p < 0,05$ ) sekaligus menjadi kandidat dalam uji regresi logistik.

Berdasarkan tabel 2 di atas terlihat bahwa terdapat 3 variabel yang berhubungan dengan kejadian filariasis di Pulau Doang- Doangan Caddi, diantaranya : keberadaan habitat nyamuk (pvalue:0,016), kebiasaan keluar malam hari (p-value: 0,004), kebiasaan menggunakan kelambu (p-value: 0,022). Hasil analisis bivariat ini lalu dilanjutkan dengan analisis multivariat yang bertujuan untuk mengetahui variabel bebas apa saja yang dapat menjadi faktor prediktor terjadinya filariasis. Variabel bebas yang memenuhi persyaratan regresi logistik yang akan dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat ( $p < 0,25$ ), Hasil analisis multivariate terlihat pada Tabel 3.



**Tabel 3**  
**Rangkuman Hasil Analisis Multivariat Bermakna Secara Statistik**

Variabel	B	p-value	OR	95%CI
Kebiasaan keluar rumah malam hari	1,422	0,011	4,1	1,4-12,3
Penggunaan kelambu	1,341	0,029	3,9	1,1-12,8
keberadaan <i>breeding place</i>	1,225	0,029	3,4	1,1-10,2
Constant	-2,380	0,050	0,001	

Hasil pemodelan akhir uji regresi logistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan keluar rumah malam hari dengan kejadian filariasis ( $p= 0,011 < 0,05$ ). Keluar rumah pada malam hari memiliki risiko 4,147 kali lebih besar untuk menderita filariasis dibandingkan dengan yang tidak memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari.

Hasil pemodelan akhir uji regresi logistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penggunaan kelambu dengan kejadian filariasis ( $p= 0,029 < 0,05$ ). Responden yang tidak menggunakan kelambu saat tidur malam hari memiliki risiko 3,824 kali lebih besar untuk mengalami filariasis dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan menggunakan kelambu saat tidur malam hari.

Hasil pemodelan akhir uji regresi logistik menunjukkan bahwa keberadaan terdapat hubungan antara keberadaan *breeding place* dengan kejadian filariasis ( $p= 0,029 < 0,05$ ). Responden yang memiliki *breeding place* di sekitar rumahnya memiliki risiko 3,404 kali lebih besar untuk mengalami filariasis dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki *breeding place* di sekitar rumahnya.

## PEMBAHASAN

### **Keberadaan Habitat Nyamuk (*breeding place*) di Sekitar Rumah**

Berdasarkan uji statistik dengan analisis multivariat hubungan antara keberadaan habitat nyamuk (*breeding place*) di sekitar rumah dengan kejadian penyakit filariasis didapatkan nilai ( $p\text{-value} : 0,029$ ;  $OR = 3,404$ ;  $95\% CI = 1,134-10,218$ ), maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara keberadaan habitat nyamuk (*breeding place*) di sekitar rumah dengan kejadian penyakit filariasis. Responden yang terdapat habitat nyamuk (*breeding place*) di sekitar rumahnya memiliki risiko 3,024 kali lebih besar terkena penyakit filariasis dibandingkan dengan responden yang tidak terdapat habitat nyamuk (*breeding place*) di sekitar rumahnya.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kurniawati di Kabupaten Muaro Jambi menunjukkan bahwa responden yang kondisi di sekitar lingkungan rumahnya terdapat habitat nyamuk mempunyai risiko 5,412 kali untuk terjangkit penyakit filariasis dibandingkan dengan responden yang kondisi lingkungan di sekitar rumahnya tidak terdapat habitat nyamuk<sup>(13)</sup>.

Asosiasi ini terjadi karena genangan air di sekitar rumah akan menjadi *breeding place* bagi nyamuk di dalam daur hidupnya, nyamuk membutuhkan air bahkan dengan air yang jumlahnya sangat sedikit (50cc) nyamuk sudah dapat menggunakannya sebagai habitat. Jarak terbang nyamuk pada umumnya adalah 1-2 km<sup>(14)</sup>. Jadi, dengan keberadaan genangan air pada jarak tersebut akan mendekatkan manusia dengan nyamuk vektor filariasis sehingga risiko terkena filariasis pada orang yang tinggal dekat genangan air lebih tinggi dibandingkan orang yang tinggal jauh dari genangan air. Pengendalian vektor filariasis di Thailand yang dilakukan berfokus pada perbaikan lingkungan salah satunya dengan perbaikan drainase dengan maksud mengurangi *breeding places* nyamuk dapat menurunkan angka infeksi filariasis dari 16,65% menjadi 0,9%.

Hasil penelitian yang dilakukan Ardias di Kabupaten Sambas juga menjelaskan bahwa habitat nyamuk merupakan faktor risiko untuk terjadinya filariasis 11,074 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang tidak mempunyai habitat nyamuk<sup>(15)</sup>. Nasrin, membuktikan bahwa responden yang rumahnya dekat dengan rawa memiliki risiko 3,151 kali untuk terkena filariasis dibandingkan dengan responden yang rumahnya jauh dari rawa-rawa<sup>(16)</sup>.

Penularan penyakit filariasis lebih sering dilaporkan di daerah berawa. Oleh karena itu salah satu upaya untuk memutuskan mata rantai penularan filariasis adalah dengan menimbun genangan air yang

merupakan *breeding places* nyamuk. Perubahan lingkungan tersebut menyebabkan hilangnya habitat nyamuk, sehingga menurunkan endemisitas bahkan mengeliminasi filariasis di suatu daerah.

Hasil identifikasi habitat nyamuk ditemukan beberapa tempat ideal perindukan nyamuk, Pulau Doang- Doangan Caddi merupakan daerah pesisir sebagai habitat nyamuk, antara lain rawa, lagon-lagon, kubangan dan hutan yang letaknya sangat dekat dengan pemukiman warga. Dasar perairan berupa lumpur, kondisi air agak tergenang dengan sedikit aliran, tanaman sekitar berupa pohon kelapa, pisang dan sebagian besar adalah hutan bakau.

Vektor filariasis di Pulau Doang- Doangan Caddi adalah jenis *Anopheles maculatus*. Hal ini sangat logis karena kondisi lingkungan yang banyak terdapat rawa dan lagon-lagon dan ditumbuhi oleh tumbuhan air yang mengapung di sekitar rumah dan pemukiman penduduk dan terkena langsung oleh sinar matahari. Kondisi ini sangat cocok untuk bionomic nyamuk *Anopheles maculatus*<sup>(17)</sup>

Nyamuk *Anopheles maculatus* dapat berkembang biak dalam kolam-kolam air tawar yang bersih, air kotor, air payau maupun air-air yang tergenang dipinggiran laut yang langsung mendapat sinar matahari. Larva *An. maculatus* dapat tumbuh dan berkembang dengan baik pada perairan terbuka baik mengalir maupun tidak mengalir, dan dengan dasar berupa batu atau tanah<sup>(18)</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan keberadaan rawa atau lagon- lagon sangat berpengaruh terhadap kejadian filariasis. Hal ini dapat dijelaskan bahwa di rawa/lagon-lagon/kubangan, kepadatan nyamuk *Anopheles maculatus* lebih tinggi, karena rawa/kubangan/parit merupakan tempat yang disenangi oleh nyamuk untuk berkembang biak. dengan demikian semakin dekat jarak rawa/kubangan/parit/lagon-lagon dengan rumah maka semakin sering pula terjadi seseorang kontak dengan nyamuk.

Hasil penelitian ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa tempat perkembangbiakan nyamuk adalah genangan-genangan air, baik air tawar maupun air payau, tergantung dari jenis nyamuknya. Air ini tidak boleh tercemar harus selalu berhubungan dengan tanah<sup>(19)</sup>

#### **Kebiasaan Keluar Rumah Malam Hari.**

Berdasarkan hasil analisis multivariat hubungan antara kebiasaan keluar rumah pada malam hari dengan kejadian penyakit filariasis didapatkan nilai ( $p$ -value = 0,011; OR : 4,147; 95% CI : 1,391-12,368), maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan keluar rumah pada malam hari dengan kejadian penyakit filariasis. Responden yang memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari memiliki risiko 4,147 kali lebih besar untuk terkena penyakit filariasis dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Helwan di Kabupaten Kubu Raya, yang menyatakan bahwa responden yang memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari berisiko terkena filariasis sebesar 3,5 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki kebiasaan keluar rumah malam hari ( $p$ -value = 0,001).<sup>(65)</sup> Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Sapada, dengan nilai ( $p$ -value = 0,021; OR = 2,444; CI95% = 1,198-4,986) yang menyebutkan bahwa seseorang yang sering keluar rumah pada malam hari berisiko 2,444 kali lebih besar terkena penyakit filariasis dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari<sup>(20)</sup>

Hasil penelitian diketahui bahwa masyarakat Pulau Doang-Doangan Caddi memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari. Kebiasaan keluar rumah tersebut bukan hanya dilakukan karena pekerjaan sebagai nelayan dan petani rumput laut yang selalu dilakukan pada malam hari, namun juga karena budaya masyarakat untuk berkumpul bersama melaksanakan salah satu kegiatan keagamaan berupa barazanji. Barazanji merupakan nama suatu kampung di Irak, namun di Indonesia khususnya di Sulawesi Selatan, barazanji itu adalah nama suatu kitab tertua yang menceritakan sejarah Nabi Besar Muhammad Sallallahu Alaihi Wasallam. Barazanji di Sulawesi Selatan telah bersejarah dalam keikutsertaannya untuk merebut kemerdekaan pada zaman penjajahan<sup>(21)</sup> Pembacaan kitab barazanji merupakan tradisi Islam yang terus dipertahankan oleh umat muslim Sulawesi Selatan. Untuk Pulau Doang-Doangan Caddi barazanji rutin dilaksanakn di Masjid setiap malam jum'at selama kurang lebih 2 jam dan sebagian besar peserta barazanji hanya memakai pakaian rapi dan tidak menggunakan obat nyamuk oles untuk melindungi diri dari gigitan nyamuk. Selain kegiatan barazanji yang sudah menjadi

budaya yang dilaksanakan setiap malam hari, masyarakat juga sering keluar rumah dan berkunjung ke tetangga untuk sekedar mengobrol. Kebiasaan ini dilakukan karena mayoritas penduduk beragama Islam. Kebiasaan keluar rumah malam hari banyak dilakukan oleh masyarakat antara jam 19.00-22.00 WIB.

dengan kondisi inilah kejadian filariasis di Pulau Doang-Doangan Caddi masih merupakan permasalahan kesehatan, pada umumnya nyamuk mempunyai aktivitas menggigit pada malam hari termasuk jenis *An. maculatus*. hanya sebagian kecil yang aktif menggigit pada siang hari. Berdasarkan waktu menggigit *Anopheles maculatus* mempunyai aktivitas menggigit pada permulaan malam, sesudah matahari terbenam sampai dengan matahari terbit. Hal ini berkaitan dengan kebiasaan untuk berada di luar rumah sampai larut malam. pada umumnya nyamuk *Anopheles maculatus* mempunyai aktivitas menggigit pada malam hari baik didalam maupun di luar rumah. Jumlah kepadatan per orang per jam di luar rumah selalu lebih tinggi dibandingkan dengan di dalam rumah, karenanya *An. maculatus* disebut bersifat exsophagic (suka menggigit di luar ruangan). Hasil ini serupa dengan penelitian Shinta, yang menyatakan bahwa *An. maculatus* lebih banyak menghisap darah di luar rumah dari pada di dalam rumah, puncak kepadatan tertinggi pada tengah malam<sup>(22)</sup>

Berdasarkan waktu menggigit beberapa jenis nyamuk mempunyai aktivitas pada permulaan malam, sesudah matahari terbenam sampai dengan matahari terbit. Sebagian besar nyamuk mempunyai dua puncak aktivitas pada malam hari, puncak aktivitas menggigit pertama terjadi sebelum tengah malam dan puncak kedua menjelang pagi hari. Hal ini berkaitan dengan kebiasaan untuk berada di luar rumah sampai larut malam dan vektornya bersifat eksofilik dan eksofagik akan memudahkan gigitan nyamuk. Kebiasaan responden untuk keluar rumah pada malam hari saat nyamuk *Anopheles maculatus* aktif menggigit akan meningkatkan risiko kejadian penyakit filariasis. Faktor tersebut terkait erat dengan spesies nyamuk yang ada. Aktivitas keluar rumah yang tinggi pada malam hari akan membuka peluang yang lebih besar untuk kontak dengan nyamuk *Anopheles maculatus* sehingga berisiko menderita penyakit filariasis.

### **Kebiasaan Menggunakan Kelambu Saat Tidur**

Berdasarkan hasil analisis multivariat antara penggunaan kelambu dengan kejadian penyakit filariasis didapatkan nilai ( $p\text{-value} = 0,029$ ;  $OR = 3,824$ ;  $CI\ 95\% = 1,147-12,752$ ), maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara penggunaan kelambu saat tidur malam hari dengan kejadian penyakit filariasis. Responden yang memiliki kebiasaan tidak menggunakan kelambu saat tidur malam hari berisiko 3,824 kali lebih besar menderita penyakit filariasis dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan memakai kelambu saat tidur pada malam hari.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardias, yang menyatakan bahwa responden yang tidak memiliki kebiasaan menggunakan kelambu saat tidur pada malam hari memiliki risiko 3,735 kali lebih besar untuk menderita penyakit filariasis dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan menggunakan kelambu saat tidur pada malam hari<sup>(15)</sup>

Hasil penelitian diperoleh bahwa masyarakat Pulau Doang-Doangan Caddi masih sangat sedikit yang menggunakan kelambu di rumahnya. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan masyarakat tentang manfaat kelambu dalam mencegah penularan penyakit yang berbasis vektor (nyamuk) termasuk penyakit filariasis. Selain itu letak geografis yang terletak di tengah pulau jauh dari perkotaan juga ikut memengaruhi ketersediaan barang-barang sebagai kebutuhan hidup masyarakat termasuk ketersediaan kelambu. Untuk kelambu sendiri, masyarakat harus membelinya sewaktu berkunjung ke Kota Makassar.

Pemakaian kelambu sangat efektif dan berguna untuk mencegah kontak dengan nyamuk. Penggunaan kelambu ini juga dipengaruhi oleh kondisi kelambu itu sendiri, seandainya kondisi kelambu yang digunakan itu rusak (sobek, jahitan lepas). Prinsip penggunaan kelambu adalah upaya untuk mencegah kontak dengan nyamuk, jenis kelambu manapun yang digunakan oleh responden pada saat tidur, tetap menjadi upaya penting dalam rangka mencegah penularan penyakit filariasis, namun penggunaan kelambu tidak akan berarti kalau tidak diikuti dengan pemakaian yang rutin oleh seseorang.

Faktor kebiasaan menggunakan kelambu pada waktu tidur secara teoritis memiliki kontribusi dalam pencegahan filariasis, karena pada umumnya aktivitas menggigit nyamuk tertinggi pada malam

hari. Mengingat hal tersebut di atas, perludilakukan upaya berupa mensosialisasikan penggunaan kelambu yang baik, dalam rangka pencegahan gigitan nyamuk sebagai salah satu program pemberantasan penyakit filariasis.

## SIMPULAN

Berdasarkan survei darah jari (SDJ) didapatkan 26 positif filariasis. Variabel yang terbukti sebagai faktor risiko adalah kebiasaan ke luar rumah pada malam hari, kebiasaan tidak menggunakan kelambu sewaktu tidur malam hari dan keberadaan habitat nyamu (*breeding place*) di sekitar rumah. Responden yang memiliki kebiasaan keluar rumah pada malam hari, tidak memakai kelambu saat tidur pada malam hari dan rumahnya memiliki habitat nyamuk (*breeding place*), memiliki probabilitas terkena filariasis sebesar 83%.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Zulkoni A. Parasitologi. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
2. Depkes RI. Menuju Eliminasi Filariasis 2020. Jakarta: Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kemenkes RI; 2015. p. 2442–7659.
3. Depkes RI. Rencana Nasional Program Akselerasi Eliminasi Filariasis di Indonesia. Jakarta: Direktorat P2B3, Ditjen PP & PL Kemenkes RI; 2010.
4. WHO. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. 2013;
5. Bal M, Sahu PK, Mandal N, Satapathy AK. Maternal Infection Is a Risk Factor for Early Childhood Infection in Filariasis. 2015;1–9.
6. Bagcchi S. India Tackles Lymphatic Filariasis: The Indian Government has instigated an ambitious plan to tackle this disabling disease with a combination of a high-profile campaign and mass drug administration. Sanjeet Bagcchi reports. [Internet]. Vol. 15, The Lancet Infectious Diseases. Elsevier Ltd; 2015. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)70116-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)70116-7)
7. Depkes RI. Filariasis di Indonesia. Buletin Jendela Epidemiologi. 2010;1:2087–1546.
8. Dinkes Prov Sulsel. Laporan Tahunan. Makassar; 2016.
9. Dinkes Kab Pangkep. Laporan Tahunan. Pangkep: PP & PL; 2015.
10. Desa Kanyurang. Profil Desa Kanyurang. 2015.
11. Depkes RI. Pedoman Promosi Kesehatan dalam Eliminasi Filariasis. Jakarta: Ditjen PP & PL; 2006.
12. Achmadi U.F. Horison Baru Kesehatan Masyarakat Indonesia. Jakarta: Rieneka Cipta; 2008.
13. Kurniawati E. Hubungan Faktor Lingkungan dan Perilaku Masyarakat dengan Kejadian Filariasis di Wilayah Puskesmas Muaro Jambi Provinsi Jambi. 2014
14. Sucipto CD. Vektor Penyakit Tropis. 2011
15. Ardias, Onny S, Hanani DY. Faktor Lingkungan dan Perilaku Masyarakat yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Sambas Environmental and Community Behavior Factor Associated With The Incidence of Filariasis in Sambas District. Kesehatan Lingkungan Indonesia. 2012;11(2):199–207.
16. Nasrin. Faktor-Faktor Lingkungan dan Perilaku yang Berhubungan dengan Kejadian Filariasis di Kabupaten Bangka Barat. Diponegoro; 2008.
17. Brown WH. Dasar Parasitologi Klinis. 3rd ed. Nugroho, editor. Jakarta: Gramedia;1979.
18. Santoso NB, Hadi UK, Sigit S, Koesharto F. Karakteristik Habitat Larva Anopheles maculatus & Anopheles balabacensis di Daerah Endemik Malaria, Kecamatan Kokap, Kulonprogo Daerah Istimewa Yogyakarta. Seminar Nasional Entomologi dalam Perubahan Lingkungan dan Sosial. 2004
19. Depkes RI. Ekologi dan Aspek Perilaku Vektor. Depkes RI, editor. 2007;
20. Sapada IE, Anwar C, Priadi DP. Community Behavioral Factors Associated with Cases of Clinical Filariasis in Banyuasin Districts of South Sumatera Indonesia. International Journal Advances in Chemical Engginering Biological Sciences. 2014;1(2).
21. Baco S. Sejarah Barazanji. 2nd ed. Makassar: Yayasan Foslamic Pusat Makassar; 2006.
22. Shinta, Sukowati S, Pradana A, Marjana P. Beberapa Aspek Perilaku Anopheles Macalatus Theobald di Pituruh, Kabupaten Purworejo, Jawa Tengah. Buletin Peneliti Kesehatan.2013;41(3):131–41.

# PATH ANALYSIS FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN GIZI KURANG DI WILAYAH PESISIR KELURAHAN PETOAHA KOTA KENDARI

## PATH ANALYSIS DETERMINANT FACTORS UNDERNUTRITION IN THE COASTAL AREA OF PETOAHA VILLAGE, NAMBO DISTRICT IN KENDARI CITY

Fitri Rachmillah Fadmi<sup>1</sup>, La Djabo Buton<sup>2</sup>

Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKES Mandala Waluya Kendari<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Email : [Fitri.rachmillahfadmi@gmail.com](mailto:Fitri.rachmillahfadmi@gmail.com)

### ABSTRAK

Masalah gizi kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Nambo 3 tahun terakhir mengalami peningkatan yang signifikan. Jumlah balita yang mengalami gizi kurang tahun 2016 sebanyak 130 kasus, tahun 2017 sebanyak 241 kasus dan meningkat drastis di tahun 2018 sebanyak 483 kasus dengan jumlah kasus terbanyak berada pada Kelurahan Petoaha. Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengetahui besarnya pengaruh faktor determinan kejadian gizi kurang pada balita di Wilayah Pesisir Kelurahan Petoaha Kecamatan Nambo Kota Kendari. Jenis penelitian Penelitian dilakukan menggunakan metode observasional analitik dengan rancangan cross sectional yaitu penelitian yang mengukur variabel bebas dan variabel terikat yang terjadi pada objek penelitian, diukur dalam waktu yang bersamaan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data balita gizi kurang di Kelurahan Petoaha Kecamatan Nambo Kota Kendari. Hasil path analysis diperoleh nilai  $X^2$  yang diperoleh yaitu 0.77 dan nilai  $p$ -value = 0.37887 >  $\alpha$  (0.05) dan nilai RMSEA = 0.000, maka model sudah fit dengan data. Selanjutnya hasil analisis berdasarkan path dengan model estimate dan  $t$ -value menunjukkan 4 faktor yang saling berpengaruh yakni pendapatan terhadap gizi kurang memperoleh nilai  $t_{hitung} = 3.25 > 1.96$ , pengetahuan terhadap gizi kurang memperoleh nilai  $t_{hitung} = 5.06 > 1.96$ , pengetahuan terhadap asupan gizi memperoleh nilai  $t_{hitung} = 2.10 > 1.96$  dan asupan gizi terhadap Gizi Kurang memperoleh nilai  $t_{hitung} = 2.16 > 1.96$ . Diharapkan dapat menjadi informasi bagi para penentu kebijakan, sehingga dapat dilakukan upaya-upaya preventif dan promotif secara dini kepada masyarakat untuk mengatasi gizi kurang.

**Kata kunci** : Gizi, Path, Analysis, Determinan, Pesisir

### ABSTRACT

*The problem of undernutrition in the working area of the Nambo Community Health Center in the last 3 years has improved significantly. The number of children under five with undernutrition in 2016 was 130 cases, in 2017 there were 241 cases and increased dramatically in 2018 by 483 cases with the highest number of cases depending on Petoaha Village. The purpose of this study was to study the effect of determinants of undernutrition in children under five in the Coastal Region of Petoaha Village, Nambo District, Kendari City. This type of research is conducted using analytic observational methods with cross sectional design that is a study that measures the independent variables and variables carried out in the study, taken at the same time. The population in this study is the data of malnourished children under five in Petoaha Village, Nambo District, Kendari City. The results of the path analysis obtained  $X^2$  value obtained is 0.77,  $p$ -value = 0.37887 >  $\alpha$  (0.05) and RMSEA value = 0.000, then the model is in accordance with the data. Furthermore, the results of the analysis based on the path with the estimation of the model and  $t$ -value showed 4 interrelated factors between income less obtaining a  $t_{count} = 3.25 > 1.96$ , knowledge of nutrition lacking a  $t_{count} = 5.06 > 1.96$ , knowledge the nutritional intake value of  $t_{count} = 2.10 > 1.96$  and nutritional intake of Less Nutrition obtained  $t_{count} = 2.16 > 1.96$ . It is hoped that this will provide information for policy makers so that preventive efforts and early promotion can be made for the community to overcome undernutrition.*

**Keywords** : Paper, Conference, Research, Community Service, Proceeding

## PENDAHULUAN

Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia. Makanan yang diberikan sehari-hari harus mengandung zat gizi sesuai kebutuhan, sehingga menunjang pertumbuhan yang optimal dan dapat mencegah penyakit defisiensi, keracunan dan timbulnya penyakit-penyakit yang dapat mengganggu kelangsungan hidup anak<sup>(1)</sup>. Gizi juga mempunyai peran besar dalam daur kehidupan. Setiap tahap daur kehidupan terkait dengan satu set prioritas nutrisi yang berbeda. Semua orang sepanjang kehidupan membutuhkan nutrisi yang sama, namun dengan jumlah yang berbeda. Nutrisi tertentu yang didapat dari makanan, melalui peranan fisiologis yang spesifik dan tidak tergantung pada nutrisi yang lain, sangat dibutuhkan untuk hidup dan sehat. Kebutuhan akan nutrisi berubah sepanjang daur kehidupan, dan ini terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan masing-masing tahap kehidupan<sup>(2)</sup>.

Masalah gizi adalah gangguan kesehatan seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh ketidakseimbangannya pemenuhan kebutuhannya akan zat gizi yang diperoleh makanan. Masalah gizi terjadi setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi. Salah satu masalah gizi yang sangat memprihatinkan yang terjadi masyarakat adalah masalah gizi kurang<sup>(3)</sup>.

Situasi Global berdasarkan data *World Health Organisation* (WHO) pada tahun 2017 menunjukkan bahwa jumlah kematian anak di bawah usia 5 tahun mencapai 5,9 juta diseluruh dunia<sup>(4)</sup>. Sedangkan UNICEF melaporkan sebanyak 167 juta anak usia pra-sekolah di dunia yang menderita gizi kurang (*underweight*) sebagian besar berada di Asia Selatan<sup>(5)</sup>.

Data Riskesdas menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi balita gizi buruk adalah 4,9% dan gizi kurang sebesar 13% atau secara nasional prevalensi balita gizi buruk dan gizi kurang adalah sebesar 17,9%, keduanya menunjukkan bahwa baik target rencana pembangunan jangka menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi 20%, maupun target *millennium development Goals* pada 2015 18,5% telah tercapai. Namun masih terjadi disparitas antar provinsi yang perlu mendapat penanganan masalah yang sifatnya spesifik di wilayah rawan. Menurut Kepala Libangkes Kemenkes Trihono mengatakan, bahwa dari data Riskesdas 2013 kecenderungan di setiap provinsi pada 2013 balita kurang gizi berjumlah 19,6% hal ini naik dari 18,4 %. Sedangkan daerah yang paling tinggi angka balita kekurangan gizi ialah NTT sekitar 34%<sup>(6)</sup>.

Masalah kekurangan gizi juga terjadi Provinsi Sulawesi Tenggara. Data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara menunjukkan bahwa kasus gizi kurang pada tahun 2014 mencapai 250 kasus walaupun jumlah ini menurun dibanding pada tahun 2013 yakni 333 kasus. Sedangkan pada tahun 2015 kasus gizi buruk masih mencapai jumlah 245 kasus. Kasus gizi kurang ini ditemukan di semua Kabupaten dan Kota di Provinsi Sulawesi Tenggara<sup>(7)</sup>.

Data Dinas Kesehatan Kota Kendari menunjukkan bahwa tahun 2016 jumlah kasus gizi kurang mencapai 75 kasus, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2017 dengan jumlah kasus sebanyak 48 kasus dan tahun 2018 dengan jumlah kasus sebanyak 45 kasus. Namun masalah gizi kurang di Kota Kendari masih tetap menjadi masalah kesehatan yang sangat memprihatinkan walaupun mengalami penurunan yang signifikan dalam 3 tahun terakhir karena masih menjadi urutan pertama jumlah kasus gizi kurang terbanyak di Kota Kendari, dengan kasus tertinggi berada pada wilayah kerja Puskesmas Nambo. Masalah gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Nambo 3 tahun terakhir mengalami peningkatan yang signifikan. Jumlah balita yang mengalami gizi kurang tahun 2016 sebanyak 130 kasus, tahun 2017 sebanyak 241 kasus dan meningkat drastis di tahun 2018 sebanyak 483 kasus dengan jumlah kasus terbanyak berada pada Kelurahan Petoaha<sup>(8)</sup>.

Berdasarkan kasus di atas peneliti mencoba meneliti bagaimana cara mengetahui gizi kurang dengan melihat pengetahuan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pola asuh ibu. dalam penelitian ini akan dikaji suatu analisis statistik yang dapat mendeteksi besarnya pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap kejadian gizi kurang. Salah satu analisis statistik yang dapat digunakan untuk menganalisis hubungan sebab akibat dari beberapa variabel adalah analisis jalur (*Path Analysis*).

Analisis jalur ialah suatu teknik untuk menganalisis hubungan sebab akibat yang terjadi pada regresi berganda jika variabel bebasnya memengaruhi variabel tergantung tidak hanya secara langsung tetapi juga secara tidak langsung. Pengaruh terhadap suatu peubah yang tidak selamanya didominasi oleh satu peubah bebas atau beberapa peubah bebas secara langsung. Sering terjadi sifat pengaruh itu tidak langsung, yaitu melalui satu peubah yang paling dekat dengan peubah terikat (*dependent variable*) yang biasa disebut peubah perantara. Salah satu analisis yang digunakan dalam melihat pola hubungan tersebut adalah analisis jalur (*path analysis*). Analisis Jalur merupakan suatu metode yang mengkaji pengaruh (efek) langsung maupun tidak langsung dari peubah-peubah yang dihipotesiskan sebagai akibat pengaruh perlakuan terhadap peubah tersebut. Analisis tersebut digunakan untuk melukiskan dan menguji model hubungan antara peubah yang berbentuk sebab akibat (*correlation and causality*). Korelasi berarti hubungan statistik antara seperangkat peubah yang menjadi penyebab suatu kesimpulan. Hubungan tersebut digambarkan dalam bentuk diagram jalur untuk memudahkan perumusan suatu teori kedalam bentuk model jalur. Spesifikasi model diperlukan dalam memeriksa hubungan beberapa peubah pada model jalur, seperti dalam kasus regresi beranda<sup>(9)</sup>.

Banyak hubungan yang berbeda dalam satu paket peubah yang dapat dihipotesiskan dengan banyak parameter yang berbeda berdasarkan beberapa kajian teori lainnya. Asumsi ini memungkinkan seseorang untuk memikirkan model regresi sebagai model jalur yang dapat menyiratkan sebab akibat. dalam analisis jalur, atau lebih umum lagi dalam pemodelan persamaan struktural (SEM), semua peubah didefinisikan sebagai istilah acak dan terminologi baru. Perbedaan pertama yang dibuat antara peubah dalam model adalah antara peubah acak yang diamati dan tidak teramati. peubah yang diamati disebut peubah manifest yang diamati secara langsung dan peubah laten adalah konstruksi hipotetis yang tidak diukur atau diamati secara langsung. Selain peubah manifest dan laten, peubah dalam analisis jalur disebut endogen, eksogen, dan error (residu). Besarnya pengaruh peubah eksogen terhadap peubah endogen dimaknai koefisien jalur ( $\rho$ ) yang merupakan simbol parameter koefisien korelasi sederhana. Nilai tersebut menjadi dasar dalam menentukan besarnya pengaruh suatu peubah terhadap peubah lain baik secara langsung maupun tidak langsung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Path Analysis faktor kejadian gizi kurang pada balita di Wilayah Pesisir Kelurahan Petoaha Kecamatan Nambo Kota Kendari.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian Penelitian dilakukan menggunakan metode observasional analitik dengan rancangan *cross sectional* yaitu penelitian yang mengukur variabel bebas dan variabel terikat yang terjadi pada objek penelitian, diukur dalam waktu yang bersamaan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data balita gizi kurang di Kelurahan Petoaha Kecamatan Nambo Kota Kendari. Variabel penelitian dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan independen. Variabel dependen adalah gizi kurang. Sedangkan variabel independen meliputi pengetahuan ibu, tingkat pendapatan keluarga, pola asuh ibu, riwayat ASI eksklusif, pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis jalur (*path analysis*). *Path analysis* atau analisis jalur digunakan untuk menganalisis pola hubungan diantara variabel. Model ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh langsung maupun tidak langsung seperangkat variabel bebas (eksogen) terhadap variabel (endogen). Koefisien jalur (*path*) adalah koefisien regresi yang distandarkan, yaitu koefisien regresi yang dihitung dari basis data yang telah diset dalam angka baku (*Z-score*)<sup>(10)</sup>.

## **HASIL**

### **Karakteristik Responden**

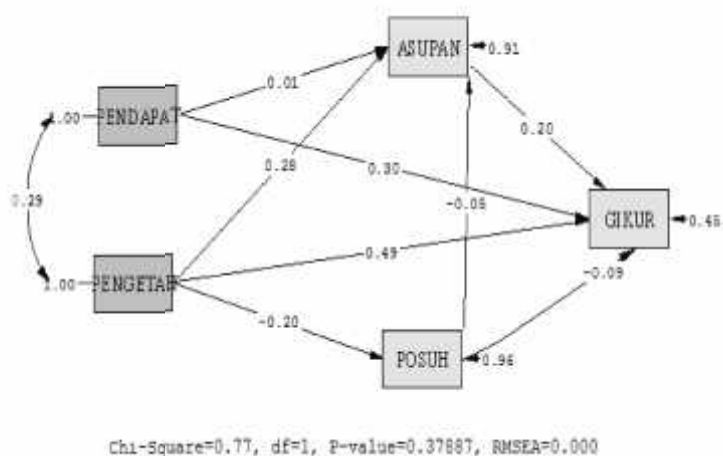
Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur 31 – 35 tahun dengan jumlah 13 responden (21%), berpendidikan SMP dan SMA dengan jumlah masing-masing sebanyak 23 responden (37.1%), memiliki balita dengan status gizi kurang sebanyak 39 responden (62.9%), asupan gizi balita dengan kekurangan berat sebanyak 25 responden (40.3%), berpendapatan keluarga rendah dengan jumlah 28 responden (45.2%), pengetahuan ibu yang rendah dengan jumlah 30 (48.4%) responden dan sebagian besar pola asuh ibu juga rendah sebanyak 27 (43.5%) responden.

**Tabel 1**  
**Karakteristik Responden**

Variabel	n	%	
<b>Umur</b>	< 20	9	14.5
	21 - 25	10	16.1
	26 - 30	8	12.9
	31 - 35	13	21.0
	36 - 40	7	11.3
	41 - 45	12	19.4
	> 46	3	4.8
<b>Pendidikan</b>	SD	16	25.8
	SMP	23	37.1
	SMA	23	37.1
	Perguruan Tinggi	0	0.0
<b>Status Gizi</b>	Gizi Kurang	39	62.9
	Gizi Baik	23	37.1
<b>Asupan Gizi</b>	Berat	25	40.3%
	Sedang	24	38.7%
	Ringan	13	21.0%
<b>Pendapatan Keluarga</b>	Rendah	34	54.8%
	Sedang	18	29.0%
	Tinggi	10	16.1%
<b>Pengetahuan Ibu</b>	Rendah	32	51.6%
	Sedang	20	32.3%
	Tinggi	10	16.1%
<b>Pola Asuh Ibu</b>	Rendah	37	59.7%
	Sedang	16	25.8%
	Tinggi	9	14.5%

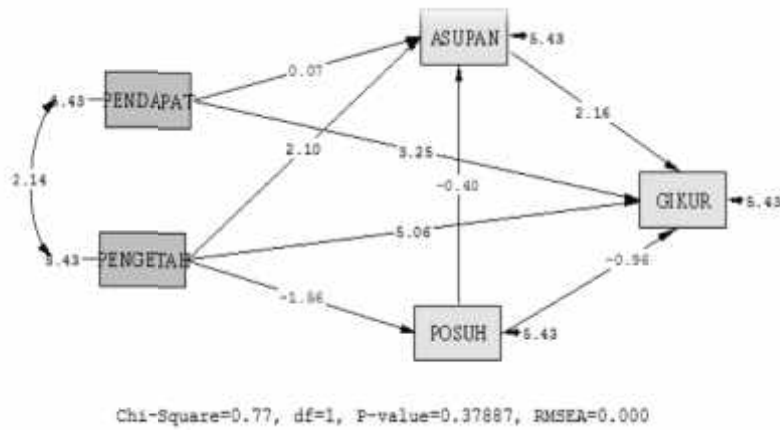
**Path Analysis**

Analisis jalur atau Path Analysis merupakan perluasan dari analisis regresi linier berganda atau analisis regresi yang digunakan untuk mengukur hubungan kausalitas antar variabel.



**Gambar 1**  
**Diagram Lintas Model berdasarkan estimator**





**Gambar 2**  
**Diagram Lintas Model berdasarkan estimator t-value**

Gambar 1 dan 2 menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  digunakan untuk menguji seberapa dekat matriks hasil dugaan dengan matriks data asal. Semakin kecil nilai ukur ini, maka model yang digunakan semakin baik. Nilai  $X^2$  yang diperoleh yaitu 0.77 dan nilai p-value = 0.37887 >  $\alpha$  (0.05), maka model sudah fit dengan data. Artinya bahwa matrik input dengan matrik hasil estimasi tidak berbeda sehingga model sudah fit dengan data. Selanjutnya dari output diperoleh nilai RMSEA = 0.000. nilai RMSEA adalah ukuran statistik yang wajib dipenuhi dalam uji kecocokan model. Nilai RMSEA dikatakan baik jika nilainya lebih kecil dari 0.05, reasonable jika lebih kecil dari 0.08. dengan demikian disimpulkan bahwa berdasarkan nilai RMSEA yang diperoleh maka model dikatakan fit.

Besarnya pengaruh indikator dari yang paling besar ke yang paling kecil berturut-turut dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2**  
**Kontribusi Indikator**

Variabel Respon	Indikator	Kontribusi	Nilai $t_{hitung}$
Gizi Kurang	Pengetahuan Ibu	0,49	3,25
	Pendapatan Keluarga	0,30	5,06
	Asupan Gizi	0,20	2,16
Asupan Gizi	Pola Asuh	-0,09	-0,96
	Pengetahuan	0,28	2,10
	Pendapatan Keluarga	0,01	0,07
	Pola Asuh	-0,05	-0,40

Tabel 2 menunjukkan menunjukkan bahwa dari seluruh indikator Gizi kurang dengan nilai t lebih besar dari (1,96) yakni Pengetahuan Ibu, Pendapatan Keluarga dan asupan gizi. Sedangkan indikator asupan gizi dengan nilai t lebih besar dari (1,96) yakni pengetahuan.

**PEMBAHASAN**

**Hubungan antara Pengetahuan dan Gizi Kurang**

Jalur pengetahuan terhadap gizi kurang memperoleh nilai  $t_{hitung} = 5.06 > 1.96$ , dengan pengaruh sebesar 49%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan cukup memiliki pengaruh positif terhadap gizi kurang. Pengetahuan dan pendidikan ibu menjadi salah satu faktor yang dapat menentukan status gizi keluarga, karena pendidikan tersebut dapat membantu sampainya informasi mengenai kesehatan gizi.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah menyerap informasi maupun menerapkan pengetahuannya khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. dengan demikian diharapkan semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin baik pula pengetahuannya. Akan tetapi

beberapa penelitian menyebutkan bahwa balita dengan status gizi kurang berasal dari ibu yang berpendidikan tinggi. Hal ini dapat dikarenakan ibu tidak menerapkan pengetahuan yang ia miliki<sup>(11)</sup>. Pengetahuan mengenai gizi tidak hanya dipengaruhi oleh jenjang pendidikan yang ditempuh tetapi juga dipengaruhi oleh 65 faktor-faktor lain seperti kemudahan dalam akses informasi gizi dengan media masa maupun kemampuan dalam menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari<sup>(12)</sup>.

Tingkat pendidikan seseorang juga dapat menentukan cara berfikir dari seseorang tersebut. Hal tersebut dikarenakan seseorang yang berpendidikan tinggi biasanya mempunyai wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang dengan pendidikan rendah. Meskipun demikian, seseorang dengan pendidikan rendah belum tentu memiliki wawasan yang sempit karena apabila seseorang tersebut aktif dalam mencari dan mendapatkan informasi yang diinginkan maka wawasan dari seseorang yang berpendidikan rendah tersebut akan sama baiknya dengan seseorang yang berpendidikan tinggi<sup>(13)</sup>.

### **Hubungan antara Pendapatan Keluarga dan Gizi Kurang**

Jalur pendapatan terhadap gizi kurang memperoleh nilai  $t_{hitung} = 3.25 > 1.96$  dengan besar pengaruh sebesar 30%, hal ini menunjukkan bahwa pendapatan cukup memiliki pengaruh positif terhadap gizi kurang. Pendapatan keluarga dapat memengaruhi status gizi pada balita, jika suatu keluarga memiliki pendapatan yang besar serta cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi anggota keluarga maka dijamin kebutuhan gizi pada balita akan terpenuhi. Kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, tentunya terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan, dan daya beli keluarga. Apabila pendapatan keluarga baik, dengan demikian keluarga tersebut dapat memberikan asupan gizi yang layak untuk balita. Hal ini berkaitan dengan status ekonomi keluarga terkait dengan kemampuan keluarga membeli bahan makanan<sup>(14)</sup>.

Pendapatan yang rendah akan memengaruhi banyak hal seperti pola konsumsi makanan menjadi kurang bergizi, demikian dengan pemeliharaan kesehatan, biaya sakit tidak mampu, dan bila sakit tidak segera berobat. Salah satu yang menyebabkan pendapatan keluarga menjadi rendah adalah tingkat pendidikan yang terlampaui rendah. Tingkat pendidikan khususnya pendidikan ibu dapat berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak selain itu juga memengaruhi derajat kesehatan karena unsur pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan orang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikan dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari. Kemiskinan juga adalah merupakan suatu keadaan yang dilukiskan sebagai kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang paling pokok seperti pangan, pakaian, tempat berteduh dan lain-lain. Salah satu akibat kurangnya kesempatan kerja adalah rendahnya pendapatan masyarakat<sup>(15)</sup>.

### **Hubungan antara Pengetahuan Ibu dan Asupan Gizi Balita**

Jalur pengetahuan terhadap asupan gizi memperoleh nilai  $t_{hitung} = 2.10 > 1.96$ , dengan pengaruh sebesar 28%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan cukup memiliki pengaruh positif terhadap asupan gizi. Hal ini berkaitan dengan teori yang mengatakan bahwa tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam memilih makanan yang menentukan mudah tidaknya seseorang memahami manfaat kandungan gizi dari makanan yang dikonsumsi<sup>(16)</sup>.

### **Hubungan antara Asupan Gizi dan Gizi Kurang**

Jalur asupan gizi terhadap Gizi Kurang memperoleh nilai  $t_{hitung} = 2.16 > 1.96$ , hal ini menunjukkan bahwa pendapatan memiliki pengaruh positif terhadap gizi kurang. Menurut Supariasa, status gizi dipengaruhi secara langsung oleh tingkat konsumsi energi yang diperoleh dari karbohidrat, protein, dan lemak. Energi diperlukan untuk pertumbuhan, metabolisme, utilisasi bahan makanan dan aktivitas. Kebutuhan energi terutama dibentuk oleh karbohidrat dan lemak, sedangkan protein untuk menyediakan asam amino bagi sintesis protein sel dan hormon serta enzim untuk mengukur metabolisme. Makanan diperlukan oleh manusia untuk menunjang pertumbuhan, mempertahankan hidup, dan melakukan aktivitas fisik. Apabila konsumsi makanan kurang dari kebutuhan tubuh maka cadangan makanan yang terdapat di dalam tubuh yang disimpan dalam otot dan lemak akan digunakan. Kekurangan asupan ini

apabila berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama maka akan mengakibatkan menurunnya berat badan dan kekurangan zat gizi lain<sup>(17)</sup>.

Penurunan berat badan yang berlanjut akan menyebabkan keadaan gizi kurang yang akan berakibat terhambatnya proses pertumbuhan dan perkembangan. Dampak lain yang dapat timbul seseorang mudah terjangkit penyakit menular serta penurunan prestasi akademik. Sedangkan konsumsi makanan secara berlebih dapat mengakibatkan kenaikan berat badan dan apabila terus berlanjut maka akan menyebabkan kegemukan dan resiko penyakit degenerative. Status gizi yang baik ini tidak terlepas dari nilai angka kecukupan gizi (energi). Anak yang sehat dalam keadaan gizi baik karena cukup makanan yang bermutu mengalami pertumbuhan badan dengan berat badan sesuai umur yang disebut berat sehat. dengan kata lain status gizi yang baik dapat dilihat dari nilai AKE yang baik<sup>(18)</sup>.

## **SIMPULAN**

Kesimpulan penelitian ini adalah faktor yang berhubungan dengan gizi kurang adalah pengetahuan ibu, pendapatan dan asupan gizi. Sedangkan faktor yang berhubungan dengan asupan gizi adalah pengetahuan ibu.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Soekirman. Taking the Indonesian nutrition history to leap into betterment of the future generation: development of the Indonesian Nutrition Guidelines. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2011;20(3):447-51.
2. Kurniasari FN, Harti LB, Ariestiningsih AD, Wardhani SO, Nugroho S. Buku Ajar: Gizi dan Kanker: Universitas Brawijaya Press; 2018.
3. Merryana Adriani S, Kes M. Pengantar gizi masyarakat: Prenada Media; 2016.
4. Unicef. WHO, World Bank Group (2017) Levels and trends in child malnutrition. USA: UNICEF, WHO & World Bank Group. 2017.
5. Gupta P, Zhao D, Guallar E, Ko F, Boland MV, Friedman DS. Prevalence of glaucoma in the United States: the 2005–2008 national health and nutrition examination survey. *Investigative ophthalmology & visual science*. 2016;57(6):2905-13.
6. Penelitian B. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. Lap Nas. 2013;2013(1):384.
7. Tenggara DKPS. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2015. Kendari: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. 2016.
8. Kendari DKK. Profil Dinas Kesehatan Kota Kendari. 2017.
9. Sarwono J. Analisis Jalur (Path Analysis). Jakarta: Gramedia. 2011.
10. Riadi E. Aplikasi LISREL untuk penelitian analisis jalur. Yogyakarta: CV Andi Offset. 2013.
11. Putri RF, Sulastri D, Lestari Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2015;4(1).
12. Khotimah H, Kuswandi K. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Balita di Desa Sumur Bandung Kecamatan Cikulur Kabupaten Lebak Tahun 2013. *Jurnal Obstretika Scienta*. 2015;2(1):55-73.
13. Arbella VM, Widyastuti E, Rahayu S. Hubungan pengetahuan dan sikap ibu tentang keluarga sadar gizi dengan perilaku sadar gizi keluarga balita di Desa Karangsono Kecamatan Kwadungan Kabupaten Ngawi tahun 2013. *Jurnal Kebidanan*. 2015;2(5):47-56.
14. Ulfah M, Fransiska SA. Analisis faktor penyebab langsung dan tidak langsung status gizi anak balita di Desa Tanah Baya Kecamatan Randu Dongkal Kabupaten Pemalang tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*. 2014;2(2):70-7.
15. Saputra W, Nurriszka RH. Faktor demografi dan risiko gizi buruk dan gizi kurang. *Makara kesehatan*. 2012;16(2):95-101.
16. Mulyati T, Ginting FR, Bahagiawati H, Aizahroni A. Hubungan antara Pengetahuan tentang Anemia dengan Asupan Gizi pada Ibu Hamil dengan Resiko Terjadinya Anemia dalam Kehamilan di Puskesmas Kecamatan Kembangan, Jakarta Barat Periode 10-18 Desember 2007. *Ebers Papyrus*. 2018;13(4):169-76.

17. Supriasa I, Bakri B, Fajar I. Penilaian Status Gizi Edisi 2. Jakarta: EGC. 2016.
18. Jati DK, Nindya TS. Asupan Energi dan Protein Berhubungan dengan Gizi Kurang pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Amerta Nutrition*. 2017;1(2):124-32.

# FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS AMONGGEDO BARU 2018

## FACTORS RELATING TO ANEMIA DISEASE OCCURRENCE OF PREGNANT WOMEN AT COMMUNITY HEALTH CENTRE AREA OF NEW AMONGGEDO KONAWA REGENCY 2018

Sitti Hastati<sup>1</sup>, Fita Rahmawati<sup>2</sup>

Program Studi D-III Kebidanan Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna

<sup>1</sup>Email : tatikendari04@gmail.com

### ABSTRAK

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru. Metode penelitian ini yang digunakan adalah penelitian survey deskriptif dengan pendekatan Cross Sectional Study. Populasi dalam penelitian ini adalah semua Ibu Hamil periode Januari-April 2018 berjumlah 46 orang. Sampel diambil dengan teknik total sampling dengan berjumlah 46 orang. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan, sikap, tindakan dan tidak ada hubungan pekerjaan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Analisis chi square pengetahuan  $X_{hitung}$  6,091 dan nilai  $p=0,014$ , sikap  $X_{hitung}$  4,785 dan nilai  $p=0,029$ , tindakan  $X_{hitung}$  5,906 dan nilai  $p=0,015$  dan pekerjaan  $X_{hitung}$  0,399 dan nilai  $p=0,528$ . Saran bagi masyarakat khususnya ibu hamil perlu meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang anemia dan pencegahannya dengan menerapkan pola makan sehat, pemeriksaan antenatal care secara teratur sesuai dengan standar minimal yang ditentukan dan selalu memeriksa kadar hemoglobin untuk mendeteksi secara dini terjadinya anemia.

**Kata Kunci :** Anemia, Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Pekerjaan

### ABSTRACT

*This study aims to factors related to the incidence of anemia in pregnant women of behavioral factors. This type of study is a descriptive survey research approach to Cross Sectional Study. The population in this study were all pregnant women the period January-April 2018 amounted to 46 people. Samples were taken with a sampling technique with total of 46. Result of research showed that there are significant correlation among knowledge, attitudes, and practice to anemia disease occurrence of pregnant women, and there isn't any correlation between occupation and anemia disease occurrence of pregnant women. Analysis of chi square test; knowledge  $X^2_{count}$  6,091 and value of  $p = 0,014$ , Attitudes  $X^2_{count}$  4,785 and value of  $p = 0,029$ , practice  $X^2_{count}$  5,906 and value of  $p= 0,015$  and occupation  $X^2_{count}$  0,399 and value of  $p = 0,528$ . Suggestions for the public, especially pregnant women need to increase the knowledge and insight about anemia and its prevention by implementing a healthy diet, regular antenatal care in accordance with the prescribed minimum standards and always check hemoglobin levels for early detection of anemia.*

**Keywords :** Anemia Disease, Knowledge, Attitudes, Practice, Occupation

### PENDAHULUAN

Berdasarkan data angka kematian ibu di Kabupaten Konawe Tahun 2010 berjumlah 4 orang, dengan kasus perdarahan 1 orang dari Puskesmas Amonggedo, cakupan pemberian tablet fe pada ibu hamil di wilayah Kabupaten Konawe tahun 2010 yaitu Fe 1 berjumlah 4236 (66,9 %) dan Fe3 berjumlah 4429 (69,98 %) dari jumlah sasaran sebesar 6329 orang (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe, 2009).

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survey deskriptif dengan rancangan "Cross Sectional Study", populasi dalam penelitian ini adalah semua Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018, Berdasarkan jumlah kunjungan di register pelayanan posyandu ibu hamil periode Januari-April 2018 berjumlah 46 orang. Jenis sampel dalam penelitian adalah Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018. Jumlah sampel berjumlah 46 orang. Pengambilan secara total sampling.

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Analisis dalam penelitian ini adalah analisis Univariat dan Analisa bivariat.

## HASIL

### Karakteristik Responden

**Tabel 1**  
**Distribusi Tingkatan Umur Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Tingkat Umur	Jumlah	
		N	%
1	25-29 tahun	6	13.0
2	30-34 tahun	32	69.6
3	46-39 tahun	8	17.4
	Total	46	100

**Tabel 2**  
**Distribusi Umur Kehamilan Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No	Umur Kehamilan	Jumlah	
		n	%
1	Triwulan II	30	65.2
2	Triwulan III	16	34.8
	Total	46	100

**Tabel 3**  
**Distribusi Pendidikan Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Pendidikan	Jumlah	
		n	%
1	SD	22	47.8
2	SMP	16	34.8
3	SMU	6	13.0
4	Perguruan Tinggi	2	4.4
	Total	46	100

### Analisis Univariat

**Tabel 4**  
**Distribusi Status Anemia Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Status Anemia	Jumlah	
		n	%
1	Menderita Anemia	27	58.7
2	Tidak menderita Anemia	19	41.3
	Total	46	100

**Tabel 5**  
**Distribusi Pengetahuan Ibu Hamil tentang Anemia di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Pengetahuan	Jumlah	
		n	%
1	Kurang	29	63.0
2	Baik	17	37.0
	Total	46	100

**Tabel 6**  
**Distribusi Sikap Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Sikap	Jumlah	
		n	%
1	Kurang	28	60.9
2	Baik	18	39.1
	Total	46	100

**Tabel 7**  
**Distribusi Tindakan Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Tindakan	Jumlah	
		n	%
1	Kurang	31	67.4
2	Baik	15	32.6
	Total	46	100

**Tabel 8**  
**Distribusi Pekerjaan Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Pekerjaan	Jumlah	
		n	%
1	Tidak Bekerja	36	78.3
2	Bekerja	10	21.7
	Total	46	100

**Analisis Bivariat**

**Tabel 9**  
**Distribusi Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil Di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Pengetahuan	Anemia				Jumlah		Nilai hitung Chi square
		Menderita		Tidak Menderita				
		n	%	n	%	n	%	
1	Kurang	21	45,7	8	17,4	29	63,0	6,091 dan p = 0,014
2	Baik	6	13,0	11	23,9	17	37,0	
	Jumlah	27	58,7	19	41,3	46	100	

**Tabel 10**  
**Distribusi Hubungan Sikap dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil**  
**Di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Sikap	Anemia				Jumlah		Nilai hitung Chi square
		Menderita		Tidak Menderita				
		N	%	N	%	n	%	
1	Kurang	20	43,5	8	17,4	28	60,9	4,785 dan p = 0,029
2	Baik	7	15,2	11	23,9	18	39,1	
Jumlah		27	58,7	19	41,3	46	100	

**Tabel 11**  
**Distribusi Hubungan Tindakan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil**  
**Di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No.	Tindakan	Anemia				Jumlah		Nilai hitung Chi square
		Menderita		Tidak Menderita				
		n	%	n	%	n	%	
1	Kurang	22	47,8	9	19,6	31	67,4	5,906 dan p = 0,015
2	Baik	5	10,9	10	21,7	15	32,6	
Jumlah		27	58,7	19	41,3	46	100	

**Tabel 12**  
**Distribusi Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil**  
**Di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

No	Pekerjaan	Anemia				Jumlah		Nilai hitung Chi square
		Menderita		Tidak Menderita				
		n	%	n	%	n	%	
1	Tidak Bekerja	22	47,8	14	30,4	36	78,3	0,399 dan p = 0,528
2	Bekerja	5	10,9	5	10,9	10	21,7	
Jumlah		27	58,7	19	41,3	46	100	

## PEMBAHASAN

### Pembahasan Univariat

#### Ibu Hamil Anemia di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018

Dari hasil pemeriksaan *hemoglobin* diperoleh bahwa ibu hamil yang kadar *hemoglobin*nya kurang dari normal yaitu ibu hamil trimester II < 10,5 dan ibu hamil trimester III < 11gram %.

#### Pengetahuan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 46 Ibu Hamil yang diteliti berdasarkan pengetahuannya tentang anemia yang kurang berjumlah 29 orang (63,0%) dan ibu hamil yang pengetahuannya tentang anemia baik berjumlah 17 orang (37,0%).



## **Sikap**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 46 ibu hamil yang diteliti berdasarkan sikapnya yang kurang berjumlah 28 orang (60,9%) dan yang baik berjumlah 18 orang (39,1%).

## **Tindakan**

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 46 Ibu Hamil yang diteliti berdasarkan tindakannya yang kurang berjumlah 31 orang (67,4%) dan yang baik berjumlah 15 orang (32,6%).

## **Pekerjaan**

Hasil penelitian ini diperoleh bahwa dari 46 Ibu Hamil yang diteliti berdasarkan pekerjaannya yang tidak bekerja berjumlah 36 orang (78,3%) dan yang bekerja berjumlah 10 orang (21,7%).

## **Pembahasan Bivariat**

### **Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

Berdasarkan analisa hubungan menunjukkan hasil analisis statistik dalam penelitian ini menggunakan nilai Chi square menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian anemia pada ibu hamil dengan nilai hitung Chi square > nilai  $\chi^2$  tabel ( $7,722 > 3,841$ ).

### **Hubungan Sikap dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

Berhubungan dengan tingkat signifikan menunjukkan bahwa nilai  $p < \text{nilai } \alpha$  ( $0,029 < 0,05$ ) artinya ada hubungan signifikan antara sikap dengan kejadian anemia.

### **Hubungan Tindakan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

Berhubungan dengan tingkat signifikan menunjukkan bahwa nilai  $p < \text{nilai } \alpha$  ( $0,015 < 0,05$ ) artinya ada hubungan signifikan antara tindakan dengan kejadian anemia.

### **Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Amonggedo Baru Tahun 2018**

Hasil penelitian ini menunjukkan nilai hitung Chi square < nilai  $\chi^2$  Tabel ( $0,399 < 3,841$ ). Tidak adanya hubungan dalam penelitian ini dapat disebabkan kejadian anemia suatu keadaan yang didasarkan asupan makanan yang mengandung zat besi.

## **SIMPULAN**

Ada hubungan signifikan antara faktor determinan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Saran perlu meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang anemia dan kesehatan pada kehamilan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Herawati, Cucu, Sri Astuti, and STIKes Cirebon. (2010). "Faktor-faktor yang Berhubungandengan Anemia Gizi pada Ibu Hamil di Puskesmas Jalaksana Kuningan Tahun 2010." *Jurnal Kesehatan Kartika* 1.1: 51-8.
2. Hidayah, Wiwit, and Tri Anasari. (2012). "Hubungan kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet fe dengan kejadian anemia di Desa Pageraji Kecamatan Cilongok Kabupaten Banyumas." *Bidan Prada: Jurnal Publikasi Kebidanan Akbid YLPP Purwokerto* 3.02.
3. Nurhidayati, RohmahDyah, S.Kp Sulastri, and S.Kep Irdawati. 2013. *Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Anemia pada Ibu Hamil Diwilayah Kerja Puskesmas Tawang Sari Kabupaten Sukoharjo*. Diss. Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2013.
4. Astriana, Willy. (2017). "Kejadian Anemia pada Ibu Hamil Ditinjau dari Paritas dan Usia." *Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 2.2

5. Zaimy, Silvi, Arni Amir, and Nur Indrawaty Lipoeto. (2018). "PENGARUH PEMBERIAN TERAPI TABLET BESI DAN ASAM FOLAT TERHADAP PERUBAHAN RED CELL DISTRIBUTION WIDTH PADA IBU HAMIL YANG ANEMIA." *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika* 9.2: 101-110.
6. Purwaningtyas, Melorys Lestari, and Galuh Nita Prameswari. (2017). "Faktor kejadian anemia pada ibu hamil." *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)* 1.3: 43-54.
7. Aritonang, Evawany Y., and Sri Rahayu Sanusi. (2018). "Hubungan Pengetahuan Gizi dan Kurang Energi Kronis (KEK) dengan Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Muara Satu Kota Lhokseumawe Tahun 2018."

## **GIZI DAN TEKNOLOGI PANGAN**



# FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DI SMA NEGERI 8 KENDARI

## FACTORS RELATED TO THE INCIDENCE OF ANEMIA AMONG ADOLESCENT GIRLS IN SENIOR HIGH SCHOOL 8 KENDARI

Fithria<sup>1</sup>, Junaid<sup>2</sup>, Rizki Eka Sakti<sup>3</sup>, Harleli<sup>4</sup>, Viona Meydiyanti<sup>5</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo<sup>1-5</sup>

<sup>1</sup> Email : fithria.ahmad@gmail.com

### ABSTRAK

Anemia merupakan masalah gizi yang banyak terdapat di seluruh dunia yang tidak hanya terjadi Negara berkembang tetapi juga di Negara maju. Anemia adalah keadaan dengan kadar hemoglobin, hematokrit dan sel darah merah yang lebih rendah dari nilai normal, yaitu hemoglobin <12g/dL untuk remaja. Tujuan Penelitian adalah mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari. Jenis penelitian yang digunakan adalah Deskriptif Analitik dengan rancangan penelitian cross sectional study, dengan populasi seluruh remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari kelas X dan XI, teknik pengambilan sampel dengan cara simple random sampling dengan jumlah 56 responden di wilayah kerja puskesmas Abeli Kota Kendari Tahun 2018. Untuk variabel independen pengetahuan, pola makan dan asupan makanan menggunakan alat ukur kuisioner, food frequency, dan food recall 24 jam yang dianalisis dengan menggunakan uji Chi-Square dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$ . Untuk variabel dependen Kejadian Anemia menggunakan Alat pengumpulan data yaitu family Dr. (Haemometer digital) untuk uji kadar Hb dalam darah dengan pengukuran langsung pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari. Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa, ada hubungan antara pengetahuan, pola makan dan asupan makanan dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari. Saran bagi remaja putri hendaknya berpengetahuan tentang anemia, berpola makan yang baik dan memperhatikan asupan makanan harian dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya sehingga terbebas dari anemia.

**Kata kunci** : Pengetahuan, pola makan, asupan makanan dan kejadian anemia

### ABSTRACT

*Anemia is a nutritional problem that is prevalent throughout the world that occurs not only in developing countries but also in developed countries. Anemia is a condition with hemoglobin, hematocrit and red blood cell levels that are lower than normal, namely hemoglobin <12g / dL for adolescents. The purpose of this study was to determine the factors associated with the incidence of anemia in young women in Senior High School 8 Kendari. This type of research is a cross sectional descriptive analytic research design, with a population of all young women in Senior High School 8 Kendari class X and XI, sampling techniques by means of simple random sampling with a number of 56 respondents in the working area of Abeli City, Kendari in 2018. For the independent variables of knowledge, diet and food intake using a questionnaire, food frequency, and food recall 24 withdrawals were analyzed using the Chi-Square test with a significance level  $\alpha < 0.05$ . For the dependent variable Genesis Anemia using data collection tools namely Dr. family (Digital haemometer) to test Hb levels in blood by direct measurements on young women in Senior High School 8 Kendari. Based on the results of the study it was concluded that, there was a relationship between knowledge, diet and food intake with the incidence of anemia in young adolescents in SMA 8 Kendari. Advice for young women about knowledge about anemia, having good eating patterns and paying attention to daily food in meeting their nutritional needs is very free from anemia.*

**Keywords** : Knowledge, diet, food intake and incidence of anemia

### PENDAHULUAN

Anemia merupakan masalah gizi di dunia, terutama di negara berkembang termasuk Indonesia. Menurut WHO<sup>1</sup>, angka kejadian anemia pada remaja putri di Negara berkembang sekitar 27%. Riset

Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi anemia di Indonesia yaitu 21,7%. Penderita anemia berumur 5 -14 tahun sebesar 26,4% dan penderita berumur 15-24 tahun sebesar 18,4%<sup>2</sup>. Penderita anemia pada remaja juga dilaporkan tinggi berdasarkan data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2012 dengan rincian yaitu prevalensi anemia pada balita sebesar 40,5%, ibu hamil sebesar 50,5%, ibu nifas sebesar 45,1%, remaja puteri usia 10-18 tahun sebesar 57,1%, dan usia 19-45 tahun sebesar 39,5%. Wanita mempunyai risiko terkena anemia paling tinggi terutama pada remaja puteri. Anemia merupakan suatu keadaan dimana komponen di dalam darah yaitu hemoglobin (Hb) dalam darah jumlahnya kurang dari kadar normal. Remaja puteri memiliki risiko sepuluh kali lebih besar untuk menderita anemia dibandingkan dengan remaja putera. Hal ini dikarenakan remaja puteri mengalami menstruasi setiap bulannya dan sedang dalam masa pertumbuhan sehingga membutuhkan asupan zat besi yang lebih banyak<sup>3</sup>.

Data prevalensi anemia di Sulawesi Tenggara khususnya di Kota Kendari masih sangat sulit ditemukan karena pelaporan dari puskesmas ke Dinas Kesehatan yang berjalan kurang baik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan metode skrining pada siswi di SMA Negeri 3 Kendari ditemukan 30 dari 72 responden atau sekitar 41,7% yang menderita anemia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan metode pemeriksaan kadar hemoglobin pada siswi di SMA Negeri 8 Kendari ditemukan bahwa 47 dari 62 responden atau sebesar 75,8% yang menderita anemia. Hasil survey menunjukkan bahwa dengan melihat pola hidup, prilaku, pekerjaan serta lingkungan tempat tinggal sangat berpotensi besar untuk peningkatan angka kejadian anemia<sup>4</sup>. Kecamatan Nambo merupakan daerah pesisir dan daerah peralihan hasil pemisahan kecamatan Abeli dengan jumlah penduduk miskin 3.255 Penduduknya mayoritas berprofesi sebagai nelayan, buruh, dan pedagang dengan penghasilan rata – rata Rp 1.500.000 perbulan. Fasilitas kesehatan yang terdapat di kecamatan nambo adalah satu Puskesmas dan dua posyandu, dan hanya terdapat satu orang dokter umum sehingga daya jangkau pelayanan kesehatan belum sampai ke beberapa daerah wilayah kerja<sup>5</sup>.

Berdasarkan latar belakang di atas menyebutkan bahwa jumlah penderita anemia pada remaja putri masih tinggi, sehingga peneliti ingin mengetahui “Faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari”. Mengingat anemia pada remaja putri ini memberi dampak yang sangat merugikan untuk masa mendatang, maka pencegahan maupun perbaikan perlu dilakukan.

## METODE

Jenis penelitian ini merupakan penelitian Observasional Analitik dengan desain *cross sectional* dimana rancangan penelitian yang pengukuran dan pengamatannya dilakukan secara simultan pada satu saat (sekali waktu) yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan remaja putri tentang anemia, pola makan, dan asupan makanan dengan variabel terikat yaitu kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari tahun 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja putri kelas X dan XI di SMA Negeri 8 Kendari tahun 2019 dengan jumlah 242 siswi. Penentuan sampel dalam penelitian diambil dengan metode simple random sampling yaitu pengambilan sampel secara acak yang sederhana karena pengambilan sampel anggota populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan starta yang ada pada populasi tersebut. Jadi besar sampel yang diambil untuk penelitian ini adalah 56 siswi. Pengambilan sampel berdasarkan rumus<sup>7</sup>. Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari pengumpulan sampel (remaja putri) dengan menggunakan tes dan pengecekan kadar Hb karena proses ini menentukan benar atau tidaknya penelitian ini secara metodologi.

## HASIL

**Tabel 1 Distribusi Remaja Putri Berdasarkan Umur di SMA Negeri 8 Kendari**

No.	Umur	(n)	Persentase (%)
1.	15	12	21.4
2.	16	37	66.1
3.	17	7	12.5
<b>Total</b>		56	100

**Tabel 2**  
**Hubungan Pengetahuan Tentang Anemia dengan Kejadian Anemia**  
**Pada Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari**

Pengetahuan	Kejadian Anemia				Total		P-Value
	Anemia		Tidak Anemia		N	%	
	n	%	n	%			
<b>Rendah</b>	33	59	0	0	33	59	0,000
<b>Tinggi</b>	5	8.9	18	32.1	23	41	
<b>Total</b>	38	67.9	18	32.1	56	100	

**Tabel 3.**  
**Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Anemia**  
**Pada Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari**

Pola Makan	Kejadian Anemia				Total		P-Value
	Anemia		Tidak Anemia		N	%	
	n	%	n	%			
<b>Berisiko</b>	38	67.9	5	8.9	43	76.8	0,000
<b>Tidak berisiko</b>	0	0	13	23.2	13	23.2	
<b>Total</b>	38	67.9	18	32.1	56	100	

**Tabel 4**  
**Hubungan Asupan Zat Gizi Sarapan (Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat dan Fe)**  
**dengan Kejadian Anemia**

Asupan Zat Gizi Sarapan	Kejadian Anemia				Total		Nilai P	
	Anemia		Tidak		N	%		
	n	%	N	%				
<b>Energi</b>	Tidak cukup	35	62.5	0	0	35	62.5	0,000
	Cukup	3	5.4	18	32.1	21	37.5	
<b>Total</b>		38	67.9	18	32.1	56	100	
<b>Protein</b>	Tidak cukup	29	51.8	0	0	29	51,8	0,000
	Cukup	9	16.1	18	32.1	27	48.2	
<b>Total</b>		38	67.9	18	32.1	56	100	
<b>Lemak</b>	Tidak cukup	23	41	0	0	23	41	0,000
	Cukup	15	26.9	18	32.1	33	59	
<b>Total</b>		38	67.9	18	32.1	56	100	
<b>Karbohidrat</b>	Tidak cukup	38	67.9	12	21.1	50	89	0,001
	Cukup	0	0	6	11	6	11	
<b>Total</b>		38	67.9	18	32.1	56	100	
<b>Fe</b>	Tidak cukup	38	67.9	14	25.1	52	93	0,008
	Cukup	0	0	4	7	4	7	
<b>Total</b>		38	67.9	18	32.1	56	100	

## PEMBAHASAN

### Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan dapat diperoleh melalui pengalaman diri sendiri maupun orang lain. Pengetahuan gizi memegang peranan yang sangat penting di dalam penggunaan dan pemberian bahan makanan yang baik sehingga dapat mencapai keadaan gizi yang seimbang. Tingkat pengetahuan seseorang berhubungan dengan latar pendidikannya. Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap pengetahuan gizi yang diperoleh<sup>4</sup>.

Pada penelitian ini tingkat pengetahuan dikategorikan tinggi dan rendah. pada penelitian ini didapatkan hasil observasi bahwa lebih banyak remaja putri dengan pengetahuan rendah tentang anemia karena belum pernah diadakan penyuluhan tentang bahaya dan pencegahan anemia di SMA Negeri 8 Kendari tahun 2019. Layanan Kesehatan yang berada di Wilayah Kecamatan Abeli belum pernah melakukan penyuluhan ataupun sosialisasi terkait bahaya dan pencegahan anemia. Sehingga pemberian tablet Fe pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari tidak dimanfaatkan sebaik-baiknya oleh remaja putri dengan alasan tidak terlalu penting karna mereka tidak mengetahui bahaya anemia dan manfaat konsumsi tablet Fe terhadap pencegahan anemia.

Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* pada penelitian ini didapatkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian anemia pada remaja putrid di SMA Negeri 8 Kendari. Hal ini sejalan dengan penelitian Penelitian Weliyati (2010) yang menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan anemia dengan kejadian anemia di SMAN Kota Metro dengan nilai  $p=0,001$  dan nilai  $OR=0,317$ . Hal ini berarti pengetahuan remaja putri yang rendah merupakan protektif terhadap anemia sekitar sepertiga (0,371) dibandingkan yang berpengetahuan baik<sup>6</sup>.

Kurangnya pengetahuan tentang anemia, tanda-tanda, dampak dan pencegahannya mengakibatkan remaja mengkonsumsi makanan yang kandungan zat besinya sedikit sehingga asupan zat besi yang dibutuhkan remaja putri tidak terpenuhi. Hal ini meningkatkan resiko remaja putri terkena anemia. Untuk itu penanggulangan anemia pada remaja putri hendaknya mulai diprioritaskan sehingga perlu adanya program khusus penanggulangan anemia. Program penanggulangannya bisa berupa penyuluhan pada remaja putri tentang anemia, dampak anemia, pencegahan anemia dan cara penanggulangan anemia, sehingga remaja putri dapat mencegah diri untuk terhindar dari anemia.

### Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari

Pola makan adalah suatu cara atau usaha dalam pengaturan jumlah dan jenis makanan dengan informasi gambaran dengan meliputi mempertahankan kesehatan, status nutrisi, mencegah atau membantu kesembuhan penyakit<sup>7</sup>.

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa lebih banyak remaja putri SMA Negeri 8 Kendari memiliki pola makan yang berisiko terhadap kejadian anemia. Hasil food recall 24 jam menunjukan bahwa kebiasaan makan yang dilakukan remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari, tidak memenuhi standar Angka Kecukupan Gizi Harian. Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari lebih sering mengkonsumsi gorengan dan snack sebagai pengganti makan siang di Sekolah. Kebiasaan makan yang bervariasi sumber energi, protein, lemak, karbohidrat, dan Fe sangatlah dibutuhkan untuk menunjang aktivitas remaja putri. Terlebih apabila remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari aktif di Organisasi dan Sanggar Seni karna memiliki aktivitas yang padat.

Berdasarkan hasil analisis dengan uji *Chi-square*, didapatkan nilai signifikansi sehingga dapat dinyatakan ada hubungan antara pola makan dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMK Negeri 8 Kendari. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya hasil analisa ada hubungan yang signifikan antara pola makan dengan kejadian anemia pada remaja putri (nilai  $P = 0,000$ )<sup>6</sup>.

Jenis bahan makanan yang seimbang apabila dikonsumsi setiap hari akan memenuhi kebutuhan gizi tubuh remaja. Diet yang seimbang menghasilkan kecukupan asupan nutrient sehingga kejadian



defisiensi nutrisi spesifik berkurang<sup>8</sup>. pada masa remaja yang memiliki pola makan tidak baik akan berisiko 1.2 kali untuk menderita anemia dibandingkan remaja putri yang memiliki pola makan yang teratur dan baik. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kadar hemoglobin adalah asupan zat gizi dan pola makan yang kurang baik. Kurangnya asupan energi bersumber pada makronutrien dan mikronutrien akibat pola makan, sehingga dapat berkontribusi terhadap rendahnya kadar hemoglobin. Energi dibutuhkan dalam proses fisiologi tubuh, jika asupan energi kurang dapat menyebabkan terjadinya pemecahan protein sebagai sumber energi secara terus-menerus<sup>9</sup>.

### **Hubungan Asupan Makanan dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri di SMA Negeri 8 Kendari Asupan Energi Harian**

Asupan energi harian berdasarkan AKG 2013, untuk remaja putri usia 15-18 tahun yaitu 2125 kkal. Wawancara menggunakan *food recall* 24 jam dengan 3 kali pengulangan digunakan dalam penelitian ini untuk mengetahui asupan energi harian pada remaja putri yang dijadikan sampel penelitian. Berdasarkan hasil *food recall* diketahui bahwa asupan energi harian masih tidak mencukupi belum sesuai dengan angka kecukupan gizi bagi bangsa Indonesia yang ditentukan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa lebih banyak remaja putri SMA Negeri 8 Kendari memiliki asupan energi harian yang tidak mencukupi, karena jumlah asupan energi yang sedikit karena hanya satu kali makan berat perhari. yang dimaksudkan makan berat yaitu sumber energi karbohidrat.

Berdasarkan hasil uji *chi-square*, ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan kejadian anemia ( $p = 0,00$ ). Meningkatnya konsumsi makanan olahan yang nilai gizinya kurang, namun memiliki banyak kalori. Konsumsi jenis-jenis junk food merupakan penyebab para remaja rentan sekali kekurangan zat gizi<sup>10</sup>. Energi sangat dibutuhkan remaja untuk proses metabolisme tubuh. Kekurangan asupan zat gizi energi kemungkinan disebabkan karena jumlah asupan yang kurang pada sebagian remaja putri. Padatnya kegiatan sekolah dan tidak diimbangi dengan intake makanan yang cukup. Kontribusi rata-rata zat gizi sumber energi terhadap energi total yaitu karbohidrat 65%, protein 20%, lemak 15%<sup>11</sup>.

### **Asupan Protein Harian**

Pada awal masa remaja kebutuhan protein remaja perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, karena memasuki masa pertumbuhan cepat lebih dulu. Pada masa akhir remaja, kebutuhan protein laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan karena perbedaan komposisi tubuh. Kecukupan protein bagi remaja 1,5-2,0 gram/kg BB/hari<sup>11</sup>.

Asupan protein harian berdasarkan AKG 2013, untuk remaja putri usia 15-18 tahun yaitu 59-69 kkal. Berdasarkan hasil *food recall* diketahui bahwa asupan protein harian ada 51,8% yang tidak mencukupi asupan proteinnya. Hal ini terjadi karena asupan protein merupakan zat makanan yang amat penting bagi tubuh berfungsi sebagai zat pembangun dan pengatur. Asupan protein yang adekuat sangat penting untuk mengatur integritas, fungsi, dan kesehatan manusia dengan menyediakan asam amino sebagai *precursor* molekul esensial yang merupakan komponen dari semua sel dalam tubuh<sup>12</sup>.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan asupan protein dengan kejadian anemia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Papatung SR, dkk (2016), menemukan bahwa terdapat hubungan antara asupan protein dengan kejadian anemia pada remaja putri ( $p=0,003$ )<sup>13</sup>.

Sebagian dari remaja putri menyatakan kurang makan, makanan yang tidak lengkap seperti nasi dan lauk atau nasi dan sayur saja dengan alasan makanan dirumah hanya ada itu. Kemudian untuk makanan sumber protein yang mereka konsumsi yaitu tempe, tahu, hanya di konsumsi apabila makan berat, sedangkan mereka lebih banyak yang makan berat sumber karbohidrat bersamaan sumber protein sekali sehari. Apabila terjadi kekurangan protein dalam tubuh maka akan mengganggu proses transportasi zat besi dalam darah sehingga memengaruhi kadar hemoglobin tubuh<sup>14</sup>.

### **Asupan Lemak Harian**

Asupan lemak harian berdasarkan AKG 2013, untuk remaja putri usia 15-18 tahun yaitu 71 kkal. Berdasarkan hasil *food recall* ditemukan bahwa konsumsi lemak ada 41% yang belum mencukupi asupan lemaknya berdasarkan AKG dan berdasarkan uji statistik menunjukkan hubungan yang signifikan antara asupan lemak dengan kejadian anemia pada remaja putri. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Arisanty dan Yoswenita (2016) asupan lemak dengan kejadian anemia didapatkan nilai  $p = 0,442$  yang artinya tidak ada hubungan antara asupan lemak dengan kejadian anemia<sup>15</sup>.

### **Asupan Karbohidrat Harian**

Karbohidrat merupakan salah satu zat nutrisi yang berfungsi penyedia energi dalam tubuh. Tubuh kita memecah karbohidrat menjadi gula, pati, dan serat. Gula yang masuk ke dalam aliran darah diserap oleh sel-sel tubuh menjadi glukosa dengan bantuan insulin. Serat pati dan serat terbuat dari molekul yang terikat oleh zat gula tersebut, dimana serat merupakan jenis karbohidrat yang sehat dan berguna bagi tubuh, karena dapat membuat kita kenyang lebih lama pada kalori yang lebih sedikit<sup>16</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa remaja yang menderita anemia memiliki asupan karbohidrat yang masih kurang (67,9%). Hal ini sejalan dengan Hasil penelitian menunjukkan persentase responden dengan asupan karbohidrat kurang yang mengalami anemia memiliki jumlah terbesar yaitu 71,4%, sedangkan yang tidak anemia sebesar 28,6%. Asupan karbohidrat baik dan lebih yang mengalami anemia dan yang tidak mengalami anemia memiliki persentase yang sama yaitu sebesar 50,0%<sup>17</sup>.

### **Asupan Fe Harian**

Asupan Fe harian berdasarkan AKG 2013, untuk remaja putri usia 15-18 tahun yaitu 26 mg. Zat besi (Fe) adalah suatu zat dalam tubuh manusia yang erat dengan ketersediaan jumlah darah yang diperlukan. dalam tubuh manusia Fe memiliki fungsi yang sangat penting, yaitu untuk mengangkut oksigen. Fe bergabung dengan protein membentuk hemoglobin di dalam sel darah merah<sup>18</sup>.

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa remaja putri SMA Negeri 8 Kendari memiliki asupan Fe yang belum sesuai dengan AKG (67,9%). Salah satu penyebabnya adalah remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari tidak rutin mengkonsumsi tablet Fe yang diberikan oleh pihak Puskesmas, dengan alasan mereka tidak menganggap hal tersebut penting untuk dilakukan, hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang bahaya anemia dan pencegahan anemia.

Penelitian Susanti Y, dkk menyatakan bahwa kepatuhan dalam mengkonsumsi suplementasi besi secara mingguan memiliki efektivitas yang sama terhadap suplementasi mingguan dan selama masa menstruasi dalam meningkatkan kadar hemoglobin pada remaja putri. Tingginya kepatuhan dalam mengkonsumsi suplementasi secara mingguan dapat meningkatkan kadar hemoglobin remaja putri. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan dalam mengkonsumsi suplementasi mingguan dapat menghasilkan peningkatan kadar hemoglobin yang sama dengan mengkonsumsi suplementasi harian<sup>19</sup>.

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara asupan Fe dengan kejadian anemia ( $p = 0,008$ ). Suplementasi Fe adalah salah satu strategi untuk meningkatkan *intake* Fe yang berhasil hanya jika individu mematuhi aturan konsumsinya. Bentuk strategi lain yang digunakan untuk meningkatkan kepatuhan mengkonsumsi Fe adalah melalui pendidikan tentang pentingnya suplementasi Fe dan efek samping akibat minum Fe<sup>20</sup>.

### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Ada hubungan signifikan antara variabel tingkat pengetahuan remaja putri tentang anemia dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari.
2. Ada hubungan signifikan antara variabel pola makan remaja putri dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari
3. Ada hubungan signifikan antara variabel asupan makanan dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 8 Kendari

#### DAFTAR PUSTAKA

1. NDI, N., AHO, O., & OVI, M. (2010). Anemia among adolescent and young adult women in Latin America and the Caribbean: A cause for concern.
2. Kementerian Kesehatan RI. (2014). Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
3. Tarwoto, W. (2010). *Kebutuhan Dasar manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika
4. Saimin, J., Hafizah, I., Wicaksono, S., Ashaeryanto, A., & Jamaluddin, J. (2019, January). Pemeriksaan Hemoglobin Siswi Sekolah Menengah Umum Negeri 8 di Kelurahan Nambo Kota Kendari. In *Seminar Nasional Teknologi Terapan Berbasis Kearifan Lokal (Vol. 1, No. 1)*.
5. Dinas Kesehatan Provinsi Sultra. (2017). *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara Tahun 2016*. Sulawesi Tenggara: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Weliyati. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMA Negeri Kota Metro*. Skripsi, Jurusan Kebidanan Metro, Poltekkes Tanjungkarang, Lampung
7. Ramadani, H., Puspitasari, D. I., Gz, S., & Nutr, M. (2017). *Perbedaan Asupan Lemak, Karbohidrat dan Pengetahuan Gizi antara Siswa Overweight dan Tidak Overweight di SMK Batik 1 Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta)*.
8. Brown, J. E., Isaccs, J. S., & Krinke, U. B. (2005). *Adolescent Nutrition*. Brown JE, Isaccs JS, Krinke UB, Murtaugh MA, Sharbaugh C, Stang J, Woolridge NH. *Nutrition Through The Life Cycle*. 2nd ed. Belmont, CA: Thomson Wadsworth, 328.
9. Suryani, D., Hafiani, R., & Junita, R. (2017). Analisis pola makan dan anemia gizi besi pada remaja putri Kota Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 10(1), 11-18.
10. Rusilanti, I. A. (2013). *Gizi Terapan*. Edisi Pertama. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
11. Fridawanti, A. P. (2016). *Hubungan antara Asupan Energi, Karbohidrat, Protein, dan Lemak terhadap Obesitas Sentral pada Orang Dewasa di Desa Kepuharjo, Kecamatan Cangkringan, Yogyakarta*. Univeristas Sanata Dharma.
12. Cakrawati, D., & Mustika, N. H. (2012). *Bahan pangan, gizi dan kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
13. Papatungan, S. R. (2016). *Hubungan Antara Asupan Zat Besi dan Protein dengan Kejadian Anemia pada Siswi Kelas VIII dan IX di SMP N 8 Manado*. *Pharmacon*, 5(1).
14. Sediaoetama, A. D. (2010). *Ilmu Gizi untuk mahasiswa dan Profesi Jilid I*. Jakarta. Dian Rakyat.
15. Restuti, A. N., & Susindra, Y. (2016). *Hubungan antara Asupan Zat Gizi dan Status Gizi dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMK Mahfilud Durror II Jelbuk*. *Prosiding*.
16. Departemen Kesehatan RI. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
17. Akib, A., & Sumarmi, S. (2017). Kebiasaan Makan Remaja Putri yang Berhubungan dengan Anemia: *Kajian Positive Deviance*. *Amerta Nutrition*, 1(2), 105-116.
18. Sholicha, C. A., & Muniroh, L. (2019). Hubungan Asupan Zat Besi, Protein, Vitamin C dan Pola Menstruasi dengan Kadar Hemoglobin pada Remaja Putri di SMAN 1 Manyar Gresik [Correlation Between Intake of Iron, Protein, Vitamin C and Menstruation Pattern with Haemoglobin Concentration among Adolescent Girl in Senior High School 1 Manyar Gresik]. *Media Gizi Indonesia*, 14(2), 147-153.

19. Sutanti, Y., Briawan, D., & Martianto, D. (2016). Suplementasi besi mingguan meningkatkan hemoglobin sama efektif dengan kombinasi mingguan dan harian pada remaja putri. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 11(1).
20. Atikah, P. (2011). *Anemia dan Anemia Kehamilan*. NuhaMedika: Yogyakarta.

**GAMBARAN PENERAPAN *FOOD SAFETY* PADA PENYELENGGARAAN  
MAKANAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) KOTA KENDARI**  
***THE OVERVIEW OF FOOD SAFETY IMPLEMENTATION IN FOOD MANAGEMENT  
AT THE GENERAL HOSPITAL OF KENDARI CITY***

**Harleli<sup>1</sup>, Fithria<sup>2</sup>, Hilda Harun<sup>3</sup>, Irma Yunawati<sup>4</sup>, Irma<sup>5</sup>**

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo<sup>1,2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Email : leli.har63@gmail.com

**ABSTRAK**

Rumah sakit sebagai salah satu lembaga pelayanan kesehatan masyarakat dituntut untuk bisa menjaga keamanan pangan untuk pasiennya. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran penerapan food safety pada penyelenggaraan makanan di instalasi gizi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Kendari. Jenis penelitian adalah deskriptif menggunakan metode kualitatif. Sampel dalam penelitian berjumlah 5 orang yaitu kepala instalasi gizi, petugas gizi, pengolah makanan, pramusaji dan pasien. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Data diperoleh melalui wawancara dan observasi. Analisis data dilakukan dengan mengumpulkan hasil wawancara dan observasi melalui kuesioner kemudian dideskripsikan sehingga dapat menggambarkan penerapan food safety pada penyelenggaraan makanan di instalasi gizi RSUD Kota Kendari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan food safety pada penyelenggaraan makanan yang meliputi penyimpanan bahan makanan, pengolahan bahan makanan, suhu makanan sudah terlaksana tetapi belum sesuai peraturan Peraturan Menteri Kesehatan. Kesimpulan penelitian ini adalah penerapan food safety pada penyelenggaraan makanan di instalasi gizi belum optimal karena sebagian penjamah makanan dalam pelaksanaan kegiatan belum sesuai peraturan.

**Kata kunci:** rumah sakit, food safety, penyelenggaraan makanan

**ABSTRACT**

*Hospitals as one of the public health service institutions are required to be able to maintain food safety for their patients. This study aimed to determine the overview of food safety implementation in food management at the nutrition installation of the General Hospital of Kendari City. The type of study was descriptive using qualitative methods. The samples in this study amounted to 5 people, namely the head of the nutrition installation, nutrition officers, food handlers, waiters and patients. The instrument of study used a questionnaire. Data obtained through interviews and observations. Data analysis was carried out by collecting the results of interviews and observations through a questionnaire and then described so that it can illustrate food safety implementation in food management at the nutrition installation of the General Hospital of Kendari City. The results showed that food safety implementation in food management which includes foodstuff storage, foodstuff processing, food temperature has been implemented but has not been by with the regulations of the Minister of Health. The conclusion of this study was food safety implementation in food management at the nutrition installation is not optimal because some food handlers in the implementation of activities are not by with regulations.*

**Keywords:** hospital, food safety, food management

**PENDAHULUAN**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat<sup>1</sup>. Salah satu sarana pelayanan adalah instalasi gizi merupakan tempat pelayanan gizi yang memiliki peranan sangat penting dan menjadi penunjang penilaian akreditasi. Instalasi gizi merupakan unit pengelola pelayanan gizi<sup>2</sup> yang berfungsi sebagai penyelenggara makanan mulai dari penerimaan bahan makanan sampai

pendistribusian makanan ke pasien<sup>3</sup> yang bertujuan menyediakan makanan yang berkualitas sesuai kebutuhan gizi<sup>4</sup>.

Makanan merupakan komponen penting untuk penyembuhan penyakit pasien<sup>5</sup>. Makanan selain harus memenuhi unsur gizi juga keamanannya<sup>6</sup>. Keamanan makanan merupakan kondisi dan upaya yang digunakan untuk mencegah makanan dari cemaran biologis, kimiawi, dan benda lain yang mengganggu<sup>7</sup>. Sesuai peraturan Pemerintah no 28 tahun 2004 tentang keamanan, mutu dan gizi makanan<sup>8</sup>. Makanan yang tidak dikelola sesuai peraturan menteri kesehatan (permenkes) dapat menimbulkan dampak negatif seperti penyakit dan keracunan akibat bahan kimia dan mikroorganisme<sup>9</sup>.

Rumah sakit sebagai salah satu pelayanan kesehatan dituntut mampu mengolah makanan berdasarkan prinsip *hygiene* dan sanitasi makanan<sup>10</sup>. Peranan instalasi gizi sebagai penyelenggara makanan dilaksanakan sesuai dengan Permenkes<sup>1,8</sup>. Makanan yang dikonsumsi oleh pasien harus diperhatikan dari segi keamanan makanan (*food safety*) meliputi tempat penerimaan bahan makanan, ruangan penyimpanan bahan makanan, tempat pengolahan bahan makanan, pemasakan bahan makanan, peralatan pengolahan, alat makan, temperatur, distribusi makanan<sup>11,12</sup> serta *personal hygiene* penjamah makanan<sup>4</sup>. *Personal hygiene* sangat penting untuk mencegah kontaminasi karena penjamah makanan adalah agen berbagai macam penyakit, sehingga diperlukan penerapan *food safety* bertujuan untuk mencegah kontaminasi terhadap bahan makanan, mencegah keracunan makanan, dan meminimalkan penularan penyakit<sup>10,13</sup>. *Food disease* dapat terjadi setiap tahapan pengolahan makanan<sup>14</sup> sehingga mengakibatkan kejadian *foodborne illness* (penyakit bawaan makanan)<sup>15,16</sup>.

*Food safety* di rumah sakit harus diperhatikan karena pasien dalam tahap pengobatan<sup>3</sup>. Pasien lebih rentan terkontaminasi bakteri yang dapat masuk ke dalam tubuh melalui makanan. Apabila makanan pasien terkontaminasi dapat memperpanjang hari perawatan dan dapat menyebabkan infeksi nosokomial sehingga penyembuhan semakin lama<sup>11</sup>. pada penelitian sebelumnya dilakukan oleh Agustria (2010) menunjukkan bahwa penerimaan bahan makanan, penyimpanan, pengolahan, dan penyajian makanan sesuai dengan Kemenkes Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004. Hasil penelitian dapat dijadikan pertimbangan pengambilan keputusan dalam rangka meningkatkan akreditasi rumah sakit.

Berdasarkan pengamatan awal yang dilakukan oleh peneliti ditemukan bahwa sebagian pengelola makanan memakai perhiasan selama bekerja dan tidak memakai penutup kepala. Dapat dikatakan bahwa *food safety* di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Kendari belum sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit terkait dengan penyimpanan bahan makanan, jalur distribusi makanan, dan pengolahan makanan, maka penulis tertarik mengambil penelitian tentang gambaran penerapan *food safety* pada penyelenggaraan makanan di instalasi gizi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis dan rancangan penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif kualitatif yaitu penelitian yang menggambarkan berdasarkan fakta di lapangan serta bertujuan mengidentifikasi penerapan *food safety* pada penyelenggaraan makanan di instalasi gizi disesuaikan dengan peraturan yang berlaku<sup>17</sup>. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar kuesioner untuk wawancara dan observasi. Penelitian dilaksanakan di RSUD Kota Kendari pada bulan September 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah kepala instalasi gizi, ahli gizi, pengolah makanan, pramusaji makanan serta pasien di ruangan. Variabel penelitian adalah penerimaan bahan makanan, penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, penyajian makanan, suhu makanan, *personal hygiene*, serta pengendalian kontaminasi silang. Evaluasi dilakukan dengan cara disesuaikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SX/X/2004, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/MENKES/PER/VI/2011, dengan keadaan di lapangan yaitu di instalasi gizi.

## **HASIL**

### **Karakteristik Dasar Responden**

Karakteristik dasar responden yang diteliti dalam penelitian ini yaitu umur dan jenis kelamin. Karakteristik dasar responden dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1**  
**Karakteristik Dasar Responden**

Karakteristik dasar responden	n	%
Umur		
27 tahun	3	15,7
35 tahun	7	36,8
40 tahun	6	31,6
45 tahun	3	15,7
Jenis kelamin		
Laki-laki	1	5,3
Perempuan	18	94,7

Sebagian besar responden berusia 35 tahun yaitu sebanyak 7 orang (36,8%) dan berjenis kelamin perempuan 18 orang (94,7%) dari jumlah keseluruhan responden sebanyak 19 orang (100%).

### **Penerapan *Food Safety* Penyelenggaraan Makanan**

#### **Gambaran Pemilihan Makanan**

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden (informan), pengolah makanan membeli bahan makanan di pasar dari pedagang sehingga dapat memilih bahan makanan berkualitas, sesuai spesifikasi yang diinginkan. Bahan makanan setelah diterima, disimpan pada rak penyimpanan tetapi tidak diberi tanggal penerimaan. Bahan makanan yang dibeli di pasar selanjutnya diterima di ruang penerimaan. Bahan untuk makanan seperti ayam dan ikan dicuci terlebih dahulu kemudian disimpan dalam kulkas.

#### **Gambaran Ruang Penyimpanan Bahan Makanan**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan bahwa semua bahan makanan kering seperti gula, garam, tepung dan sejenisnya disimpan dalam rak. Jarak lemari penyimpanan bahan makanan dan lantai yaitu 15 cm sedangkan jarak rak tempat penyimpanan bahan makanan dengan langit-langit yaitu 60 cm, serta untuk penyimpanan sudah diterapkan metode *first in first out*.

Penyimpanan basah atau kulkas telah dilengkapi dengan pengaturan suhu, frekuensi pembukaan kulkas dibatasi, membuka kulkas dilakukan pada saat pengambilan bahan makanan untuk diolah, sedangkan bahan makanan mentah dan makanan masak sudah dipisahkan. Pembersihan kulkas dilakukan secara rutin yaitu seminggu sekali, yang bertujuan untuk menjaga kulkas dalam keadaan bersih dan tidak berbau busuk.

#### **Gambaran Pengolahan Makanan**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan bahwa proses pengolahan seperti sayur, ayam dan ikan dicuci pada air mengalir, kemudian dipotong-potong sesuai kebutuhan. Selanjutnya dilakukan pemasakan dan setelah matang, makanan ditempatkan pada wadah tertutup. Area khusus untuk pengolahan makanan ada di dekat tempat pemasakan serta dalam pengolahan makanan tidak menggunakan bahan sintesis.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa pengolah makanan tidak menggunakan perhiasan seperti cincin atau kalung, tetapi berdasarkan hasil observasi peneliti bahwa sebagian penjamah makanan masih menggunakan perhiasan.

#### **Gambaran Penyajian Makanan**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan bahwa makanan yang telah diolah, disajikan dalam wadah yang bersih kemudian ditutup, sedangkan pengolahan makanan tidak melakukan pengukuran suhu pada makanan. Untuk snack, ditempatkan dalam wadah yang tertutup dan setiap jenis makanan ditempatkan dalam wadah yang berbeda dan ditutup, kemudian didistribusikan menggunakan kereta dorong yang tertutup dan tidak melalui jalur khusus untuk didistribusikan makanan ke pasien, karena tidak ada jalur khusus.

### **Gambaran Personal Hygiene**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan bahwa pekerja selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah melakukan pekerjaan, dan pengolahan menggunakan alat untuk memegang makanan yang sudah matang, misalnya pada saat akan memasukkan ayam goreng ke wadah, menggunakan alat berupa jepitan untuk memindahkan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, pengolah makanan menggunakan celemek pada saat pengolahan makanan, tetapi berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa sebagian pengelola makanan tidak menggunakan penutup kepala.

### **Gambaran Kontaminasi Silang**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, makanan mentah dan makanan siap saji telah dipisahkan bertujuan untuk mengurangi kontaminasi pada makanan sedangkan penggunaan alat seperti talenan selalu dibersihkan setelah digunakan dan dicuci pada air mengalir menggunakan sabun untuk menghilangkan kotoran yang menempel pada talenan.

## **PEMBAHASAN**

### **Penerimaan Bahan Makanan**

Hasil wawancara dengan sampel penelitian bahwa penerimaan bahan makanan diawali dengan pembelian bahan makanan langsung di pasar, sehingga lebih mudah memilih bahan makanan yang berkualitas. Menurut Permenkes Nomor 1096 Menkes/Per/VI/2011, dalam proses pembelian bahan makanan diperlukan ketepatan dalam pemilihan bahan makanan<sup>18</sup>. Semua bahan makanan seperti daging, ikan, sayuran dan sebagainya, harus dalam keadaan baik, segar, tidak rusak, tidak berubah warna dan rasa. Hasil observasi penerimaan bahan makanan di instalasi gizi sudah sesuai peraturan.

Untuk pemberian tanggal penerimaan pada bahan makanan, belum dilakukan sehingga tidak sesuai dengan Permenkes nomor 1096/Menkes/Per/VI/2011 yang menyebutkan bahwa untuk makanan yang dikemas harus terdapat label atau tanda khusus.

### **Penyimpanan Bahan Makanan**

Berdasarkan observasi, penyimpanan bahan makanan di instalasi gizi dilakukan di 2 (dua) tempat yaitu penyimpanan gudang kering dan penyimpanan basah atau kulkas. Penyimpanan bahan makanan gudang kering tersimpan rapi dan setiap jenis makanan ditempatkan dalam tempat yang berbeda dan diberi nama di setiap bahan makanan sedangkan penyimpanan bahan makanan basah, dibersihkan terlebih dahulu kemudian disimpan di dalam kulkas.

Penyimpanan bahan makanan di kulkas tertata rapi, dan sudah memasang pengaturan suhu sesuai Permenkes nomor 1096/MENKES/PER/VI/2011. Berdasarkan hasil wawancara, untuk penerapan metode *first in first out* dalam penyimpanan bahan makanan sudah diterapkan.

### **Pengolahan Makanan**

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi diketahui bahwa setelah bahan makanan diterima misalnya sayuran, ayam, dan sejenisnya maka tahapan selanjutnya adalah pencucian yang dilakukan pada air mengalir kemudian untuk sayuran dipotong-potong lalu dilanjutkan proses pemasakan dan penyajian kemudian dilakukan distribusi ke ruangan pasien.

Instalasi gizi RSUD Kota Kendari telah memiliki area khusus untuk pengolahan bahan makanan. Berdasarkan Permenkes Nomor 1096/Menkes/PER/2011 tempat pengolahan makanan atau dapur harus memenuhi syarat *hygiene* sanitasi untuk mencegah risiko pencemaran terhadap makanan dan dapat mencegah masuknya lalat, kecoa, tikus dan hewan lainnya.

### **Penyajian Makanan**

Berdasarkan hasil observasi bahwa penyajian makanan telah menggunakan wadah terpisah dan tertutup. Untuk *snack* disimpan di tempat tertutup, sedangkan makanan utama ditempatkan dalam wadah yang tertutup yang terpisah antara beberapa jenis makanan. Wadah yang digunakan dalam keadaan bersih,



kuat, tidak berkarat dan ukurannya cukup untuk semua jumlah dan ukuran jenis makanan yang akan ditempatkan. Hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 1096/MENKES/PER/2011.

Makanan yang didistribusikan telah menggunakan kereta dorong yang tertutup. Hal tersebut sudah sesuai dengan Kemenkes Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit.

### **Temperatur Makanan**

Berdasarkan wawancara terhadap responden penelitian, diketahui bahwa tidak ada aturan khusus mengenai temperatur makanan yang diterapkan pada saat pemasakan makanan. Tidak dilakukan pengukuran temperatur masakan, hanya dilakukan perkiraan berdasarkan kebiasaan.

Berdasarkan observasi yang dilakukan bahwa tidak ada pengukuran temperatur pada saat pemasakan makanan. Temperatur merupakan aspek kritis pada makanan dan temperatur untuk setiap jenis kematangan pada saat pengolahan makanan berbeda-beda<sup>5</sup>.

### **Personal Hygiene**

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa pekerja telah mengetahui *personal hygiene*. Beberapa bagian telah diterapkan yaitu pekerja sudah mencuci tangan menggunakan sabun sebelum dan sesudah melakukan pekerjaan, serta mencuci tangan dengan sabun setelah ke toilet.

Berdasarkan observasi, pengolah makanan sebagian tidak memakai celemek, masker dan penutup kepala pada saat pengolahan makanan, namun sudah memakai pakaian khusus. Sebagian pekerja tidak memakai sarung tangan pada saat pengolahan makanan, selain itu masih ada pengolah makanan yang memakai cincin/gelang.

Berdasarkan Permenkes Nomor 1096/MENKES/pER/VI/2011 bahwa pekerja pengolah makanan harus menggunakan pakaian khusus atau pakaian kerja pada saat bekerja. Pakaian tersebut harus bersih, serta tidak boleh memakai perhiasan pada saat bekerja karena perhiasan dapat membawa bakteri yang dapat menyebabkan penyakit bawaan pada makanan dan dikhawatirkan jatuh pada makanan yang menjadi bahaya fisik pada makanan.

### **Pengendalian Kontaminasi**

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa pekerja sudah mengetahui kontaminasi silang. Untuk mengatasi terjadinya kontaminasi silang adalah pemisahan bahan makanan mentah dengan makanan masak serta pisau pemotong ikan dan ayam dipisahkan dengan pisau pemotong kue.

Berdasarkan hasil observasi bahwa makanan mentah dan makanan siap saji sudah dipisahkan untuk mengurangi terjadinya kontaminasi silang. Peralatan yang digunakan untuk memasak juga dibersihkan setelah pemakaian, seperti talenan, pisau dan peralatan lainnya yang digunakan.

### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai penerapan *food safety* pada penyelenggaraan makanan di instalasi gizi RSUD Kota Kendari dapat disimpulkan bahwa sebagian penerapan *food safety* pada penyelenggaraan makanan tidak sesuai dengan peraturan yang seharusnya karena kurangnya perhatian dari pekerja misalnya sebagian penjamah makanan tidak menggunakan penutup kepala, masih ada pekerja yang menggunakan perhiasan seperti gelang dan ada pekerja yang tidak menggunakan sarung tangan pada waktu penyajian makanan, penerimaan bahan makanan telah dilaksanakan sesuai peraturan tetapi masih terdapat ketidaksesuaian penerapan dalam penyimpanan bahan makanan seperti tanggal penerimaan tidak dicantumkan serta tidak melakukan pengukuran suhu pemasakan.

Saran bagi instalasi gizi RSUD Kota Kendari yaitu pengelola makanan dapat meningkatkan kesadaran dalam melakukan penerapan *food safety* agar penerapan peraturan dapat terlaksana dan sebaiknya pintu instalasi gizi diganti dengan pintu yang dapat menutup sendiri dan membuka ke arah luar.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014.
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 647 tahun 2011 tentang sarana rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010.
3. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman pelayanan gizi rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013.
4. Emmanuel E, Pierre MG, & Perrodin Y. Groundwater contamination by microbiological and chemical substances released from hospital wastewater: health risk assessment for drinking water consumers. *Environment International*. 2009. 35 (4):718-26.
5. Arisman. *Keracunan makanan*. Jakarta: ECG. 2009.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Keputusan Menteri Kesehatan nomor 715 tahun 2003 tentang persyaratan hygiene sanitasi jasa boga*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004.
7. Buccheri C, Casuccio A, Giammanco S, Giammanco M, La Guardia M & Mammna C. Food safety hospital: knowledge, attitudes and practices of nursing staff of two hospitals in Sicily Italy. *BMC Health Services Research*. 2017. 7(1):45.
8. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2004.
9. Ditjen PPM. *Prinsip hygiene dan sanitasi makanan*. Jakarta: Ditjen PPM. 2001.
10. McSwane et al. *Essentials of foods safety and sanitation*. New Jersey: Prentice Hall. 2000.
11. Georgia P. The significance of the application of hazard analysis critical control point system in hospital catering. *Health Science Journal*. 2010. 4(2).
12. Mahan L, Katleen et al. *Krause's food and the nutrition care process 13 edition*. USA: Elsevier Saunders. 2012.
13. National Anglican Resources Unit. *The anglican church and food safety*. Melbourne: Wamuran. 2005.
14. Motarjeni, Y. 2015. *Penyakit bawaan makanan (terjemahan Andri Hartono)*. Jakarta: EGC. 2015.
15. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 56 tahun 2003 tentang persyaratan hygiene sanitasi rumah makan dan restoran*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2003.
16. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Standar akreditasi rumah sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012.
17. Sugiyono. *Metode penelitian kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta. 2012.
18. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan No 1096/MENKES/PERVI/2011 tentang hygiene sanitasi jasa boga*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011.

# HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DAN PORSI MAKANAN DENGAN SISA MAKANAN DI RSUD KOTA KENDARI

## ASSOCIATION BETWEEN PATIENT CHARACTERISTICS AND FOOD PORTION WITH THE LEFTOVER IN KENDARI PUBLIC HOSPITAL

Riska Mayangsari<sup>1</sup>, Narmi<sup>2</sup>, Dwi sulistiyawati<sup>3</sup>,  
Program Studi S1 Gizi, Stikes Karya Kesehatan<sup>1</sup>  
Program Studi S1 Keperawatan<sup>2</sup>  
Program Studi S1 Gizi, Stikes Karya Kesehatan<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Email : [riska.mayangsari28@gmail.com](mailto:riska.mayangsari28@gmail.com)

### ABSTRAK

Sisa makanan dapat digunakan sebagai salah satu indikator untuk mengevaluasi keberhasilan suatu pelayanan gizi di rumah sakit. Berdasarkan observasi awal yang dilakukan di RSUD Kota Kendari didapatkan bahwa sebanyak 12.500 pasien yang dirawat menyisakan makanan sebanyak 50% dan 75%. Jenis penelitian adalah penelitian analitik dengan desain cross-sectional study. Sampel dalam penelitian adalah pasien rawat inap di gedung Lavender ruang perawatan kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari yang berjumlah 59 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan accidental sampling. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara porsi makanan dengan sisa makanan karena nilai  $p < 0,05$  (0,024). Porsi makanan yang besar sebagai penyebab terjadinya sisa makanan pada pasien di RSUD Kota Kendari.

**Kata kunci** : Pasien, Porsi Makanan, Sisa Makanan

### ABSTRACT

*Leftover food can be used as an indicator to evaluate the success of a nutrition service in a hospital. Based on preliminary observations made at the Kendari Public Hospital it was found that as many as 12,500 patients treated left food as much as 50% and 75%. This type of research is analytic research with a cross-sectional study design. The sample in this study was inpatients in the Lavender building, class III treatment room, Kendari City General Hospital, amounting to 59 people. The sampling technique is done by using accidental sampling. Statistical test results showed that there was a significant relationship between food portions and food scraps because the  $p$  value  $< 0.05$  (0.024). Large food portions as a cause of the occurrence of leftovers in patients at the City Hospital of Kendari.*

**Keywords** : Patients, Food Portions, Leftover

### PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan dalam upaya penyembuhan pasien. Salah satu upaya dalam mendukung tujuan penyembuhan tersebut yaitu dengan melakukan kegiatan pelayanan gizi yang berkualitas, terutama dalam menyediakan makanan dengan kualitas maupun kuantitas yang baik sehingga dapat mencukupi kebutuhan pasien dengan status gizi yang seimbang<sup>1</sup>.

Mutu sebuah instalasi gizi dapat dilihat dari jumlah sisa makanan pasien. Sisa makanan (*food waste*) adalah sisa makanan di piring saat akhir pelayanan makanan yang tidak habis dimakan oleh pasien. Sisa makanan dapat terjadi karena adanya pelayanan makanan yang kurang optimal, sehingga sisa makanan dapat digunakan sebagai salah satu indikator untuk mengevaluasi keberhasilan suatu pelayanan gizi di rumah sakit<sup>23</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 150 rumah sakit di Amerika didapatkan sisa makanan sebesar 38%<sup>4</sup>. Makanan yang tersisa sangat sering terjadi diberbagai rumah sakit Indonesia. Penelitian di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Kota Bandung didapatkan bahwa sisa makanan lunak sebesar 31,2%<sup>5</sup>, di Rumah Sakit Jiwa Madani di Kota Palu sebesar 24,48%<sup>6</sup>, dan RSUP Sanglah Denpasar

dengan rata-rata sisa makanan pasien 14,79% <sup>7</sup>. Berdasarkan observasi awal yang dilakukan di RSUD Kota Kendari didapatkan bahwa sebanyak 12.500 pasien yang dirawat menyisakan makanan sebanyak 50% dan 75%. Sisa makanan yang banyak dapat menimbulkan masalah, yaitu terjadinya “Hospital Malnutrition”<sup>8</sup>.

Ada beberapa penyebab terjadinya sisa makanan yaitu porsi makanan dan jenis kelamin responden, besar porsi makanan adalah banyaknya makanan yang disajikan dan bisa berbeda dari individu satu dengan yang lainnya karena kebutuhan dan kebiasaan makan <sup>91011</sup>. Hasil ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Febianti (2014) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara porsi makanan dengan sisa makanan <sup>12</sup>. Beberapa penelitian menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan sisa makanan <sup>713</sup>.

## METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan menggunakan desain *cross-sectional study*. Sampel dalam penelitian adalah pasien rawat inap di gedung Lavender ruang perawatan kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari yang berjumlah 59 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *accidental sampling*. Identitas pasien dikumpulkan melalui kuesioner. Sisa makanan pasien dikumpulkan dengan metode *comstock*. Metode visual *comstock* terdiri dari skor 0 (0%) jika tidak ada makanan yang tersisa, skor 1 (25%) jika tersisa ¼ porsi, skor 2 (50%) jika tersisa ½ porsi, skor 3 (75%) jika tersisa ¾ porsi, skor 4 (95%) jika tersisa hampir mendekati utuh dan skor 5 (100%) jika tersisa semua atau utuh tidak dimakan oleh pasien <sup>111</sup>. Uji statistik yang digunakan adalah *chi square test*. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

## HASIL

### Jenis Kelamin

**Tabel 1.1**  
Hasil Analisis Uji Exact Fisher Jenis Kelamin dengan Sisa Makanan Pasien Rawat Inap Di RSUD Kota Kendari

Jenis Kelamin	Sisa makanan				<i>p value</i>
	Sedikit		Banyak		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Perempuan	22	56,41	13	65	0,525
Laki-laki	17	43,59	7	35	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	

### Porsi Makanan

**Tabel 1.2**  
Hasil Analisis Uji Exact Fisher Porsi Makanan dengan Sisa Makanan Pasien Rawat Inap Di RSUD Kota Kendari

Porsi makanan	Sisa makanan				<i>p value</i>
	Sedikit		Banyak		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Banyak	5	38,5	8	61,5	0,024
Cukup	34	73,9	12	26,1	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	

## PEMBAHASAN

### Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian responden yang paling banyak menyisakan makanan yaitu jenis kelamin perempuan sebanyak 13 responden (65%) dengan nilai *p value* 0.525. Hal ini sejalan dengan penelitian

Muliani (2013) bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan sisa makanan<sup>13</sup>. Hal ini disebabkan perbedaan kebutuhan energi antara perempuan dan laki-laki, dimana kalori basal perempuan lebih rendah sekitar 5-10% dari kebutuhan basal laki-laki. Perbedaan ini terlihat pada susunan tubuh, aktivitas dimana laki-laki lebih banyak menggunakan kerja otot daripada perempuan sehingga perempuan menyisakan makanan lebih banyak bila dibandingkan dengan laki-laki<sup>14</sup>.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebanyak 17 responden laki-laki dengan sisa makanan sedikit. Laki-laki cenderung memiliki masa perawatan yang paling cepat yaitu sebesar 96,0% dan untuk perempuan sebesar 82,2%, dalam proses perawatan responden berjenis kelamin laki-laki dominan lebih bersemangat dan mau menaati segala program pelayanan keperawatan di rumah sakit umum daerah kota kendari dibandingkan dengan responden berjenis kelamin perempuan hal ini dikarenakan responden perempuan cenderung lebih kritis dalam penilaian makanan.

### **Porsi Makanan**

Berdasarkan hasil penelitian ada hubungan porsi makanan dengan sisa makanan pasien di RSUD Kota Kendari. Penelitian ini serupa dengan yang dilakukan Sari yaitu berdasarkan analisis statistik nilai OR=4,6 yang artinya responden yang mengatakan pasien yang menyatakan porsi makanan banyak memiliki peluang untuk menyisahkan makanan 4,6 kali dibandingkan dengan pasien yang mengatakan cukup<sup>15</sup>.

Besar porsi makanan adalah banyaknya makanan yang disajikan dan bisa berbeda dari individu satu dengan yang lainnya tergantung kebutuhan dan kebiasaan makan<sup>2916</sup>. Kebiasaan makan pasien dapat memengaruhi pasien dalam menghabiskan makanan yang disajikan. Bila kebiasaan makan sesuai dengan makanan yang disajikan baik dalam susunan menu maupun besar porsi, maka pasien cenderung dapat menghabiskan makanan yang disajikan. Sebaliknya bila tidak sesuai dengan kebiasaan makan pasien, maka akan dibutuhkan waktu untuk penyesuaian<sup>17</sup>.

Namun, besar porsi yang disajikan di RSUD Kota Kendari memiliki standar yang sama dari semua jenis diet. Jadi, pemberian porsi makanan responden antara satu dengan yang lain tidak dibedakan. Sebagian pasien berpendapat bahwa kadang-kadang porsi yang disajikan cukup banyak, karna pada saat pemorsian pramusaji yang memorsikan makanan hanya mengira-ngira. Apabila pembuatan standar porsi, standar resep dan standar bumbu tidak ditetapkan dalam tahap perencanaan menu, maka proses pengolahan makanan beresiko kehilangan zat gizi, dan pengolahan bahan makanan menjadi kurang diperhatikan sehingga dapat menurunkan cita rasa masakan dan dapat menjadi salah satu penyebab pasien tidak menyantap masakan yang disajikan<sup>18</sup>.

Penelitian menunjukkan sebagian responden menyatakan porsi makanan dengan kategori banyak memiliki sisa makanan sedikit yaitu sebesar 38,5% hal ini terjadi karena responden memiliki nafsu makan yang cukup besar. Selanjutnya responden yang menyatakan porsi makanan cukup, memiliki sisa makanan banyak sebesar 26,1% dalam hal ini responden tidak menyukai dengan rasa makanan yang ada di RSUD Kota Kendari dan pasien mengonsumsi juga makanan yang dibawa oleh keluarganya sehingga tidak menghabiskan makanan yang disediakan oleh pihak rumah sakit.

### **SIMPULAN**

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara porsi makanan dengan sisa makanan pasien di RSUD Kota Kendari.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Kesehatan Kementerian Republik Indonesia. Pedoman Gizi Rumah Sakit. 2013.
2. The Scottish Government. Food in Hospitals. 2008.
3. Ariyanti V, Widyaningsih EN, Rauf R. Hubungan Antara Karakteristik Sensorik Makanan dengan Sisa Makanan Biasa pada Pasien Rawat Inap RSUD DR Soeratto Gemolong Kabupaten Sragen. *Jurnal Kesehat*. 2017;10(1):17–25.
4. Van Bokhorst-De Van Der Schueren MAE, Roosemalen MM, Weijs PJM, Langius JAE. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutr Clin Pract*. 2012;

5. Haerani Y. Analisis Biaya Sisa Makanan Lunak dan Zat Gizi yang Hilang pada pasien Dewasa Kelas 3 di RSUP DR Hasan Sadikin Bandung. 2012.
6. Irawati I, Prawiningdyah Y, Budiningsari RD. Analisis sisa makanan dan biaya sisa makanan pasien skizofrenia rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu. *J Gizi Klin Indones*. 2010;
7. Wirasamadi NLP, Adhi KT, Weta IW. Analisis Sisa Makanan Pasien Rawat Inap di RSUP Sanglah Denpasar Provinsi Bali. *Public Heal Prev Med Arch*. 2015;3(1):72.
8. Umiyati Y sri. Hubungan ketepatan waktu penyajian dan rasa makanan dengan sisa makanan biasa kelas II dan kelas III di RSUD Soewondo pati surakarta. universitas muhammadiyah surakarta indonesia. 2016.
9. Habiba RA, Adriani M. Hubungan Depresi, Asupan, dan Penampilan Makanan dengan Sisa Makan Pagi Pasien Rawat Inap (Studi Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya) Association between Depression, Intake, and Appearance of Food with the Morning Food Waste among Inpatients (S. *Amerta Nutr*. 2017;198–208.
10. Minantyo H. Dasar Pengolahan Makanan. Graha Ilmu; 2011.
11. Agustina L, Primadona S. Hubungan Antara Rasa Makanan dan Suhu Makanan dengan Sisa Makanan Lauk Hewani pada Pasien Anak di Ruang Rawat Inap RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya Correlation between Food Taste and Temperature with Plate Waste of Animal-based Food among Pediatric Patients. *Amerta Nutr J*. 2018;245–53.
12. Febrianti D, Rahmawati AY, Hendriyani H, Subandriani DN. Perbedaan penilaian cita rasa dan sisa hidangan sayur berdasarkan pengembangan resep pada pasien kelas iii dengan diet biasa di rumah sakit umum daerah kota semarang. 2014;1–13.
13. Muliani U. Faktor faktor yang berhubungan dengan Sisa Makanan Saring Pasien Rawat Inap. *J Keperawatan*. 2013;IX(1):31–6.
14. Priyanto OH. Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Sisa Makanan pada Pasien Rawat Inap Kelas III di RSUD Kota Semarang. 2009;97.
15. Lumbantoruan DBS. Hubungan Penampilan Makanan dan Faktor Lainnya dengan Sisa Makanan Biasa Pasien Kelas 3 Seruni Puri Cinere Depok. 2012;
16. Ginta Siahaan, Efendi Nainggolan DL. Sisa Makanan Pasien Rawat Inap. *Indones J Hum Nutr*. 2015;2(1):48–59.
17. M AA. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Terjadinya Sisa Makanan pada Pasien Rawat Inap di Ruang Penyakit dalam Rsud Cut Nyak Dhien Meulaboh. Universitas Teuku Umar Meulaboh. 2013.
18. Tinah. Hubungan preferensi Makanan Asrama dan Konsumsi Pangan dengan Status Gizi Mahasiswa Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Medan. *J Mutiara Kesehat Masy*. 2017;1(2):31–40.

# HUBUNGAN KONSUMSI LEMAK DAN AKTIVITAS FISIK DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA USIA 45-65 TAHUN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BENU-BENUA TAHUN 2018

## *THE RELATIONSHIP OF FAT CONSUMPTION AND PHYSICAL ACTIVITIES WITH THE INCIDENCE OF HYPERTENSION AMONG PATIENTS AGE 45-65 YEARS OLD IN THE WORKING AREA OF BENU-BENUA PUBLIC HEALTH CENTER IN 2018*

Asnia Zainuddin<sup>1</sup>, Cece Suriani Ismail<sup>2</sup>, Jumakil<sup>3</sup>, Hasni<sup>4</sup>  
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1234</sup>

<sup>1</sup>Email : [asniaz67@gmail.com](mailto:asniaz67@gmail.com)

### **ABSTRAK**

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi tekanan darah adalah rendahnya aktivitas fisik serta asupan lemak yang berlebih. Aktivitas yang kurang akan menyebabkan frekuensi denyut jantung meningkat, sehingga jantung akan bekerja lebih keras. Asupan lemak yang meningkat akan memengaruhi meningkatnya kadar lemak dalam darah sehingga akan terjadi penimbunan lemak dan akan menyumbat pembuluh darah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan konsumsi lemak dan aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada usia 45-65 tahun. Jenis penelitian merupakan observasional dengan pendekatan cross-sectional study. Populasi penelitian adalah masyarakat yang ada di wilayah Puskesmas Benu-Benua yang berusia 45-65 tahun berjumlah 421 orang. Sampel penelitian berjumlah 66 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Analisis data menggunakan uji chi-square, uji ini digunakan untuk menguji hipotesis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan konsumsi lemak dengan kejadian hipertensi pada usia 45-65 tahun dengan p value 0,000 ( $p \text{ value} < 0,05$ ) dan ada hubungan aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada usia 45-65 tahun dengan p value 0,000 ( $p \text{ value} < 0,05$ ). Konsumsi lemak dan aktivitas fisik merupakan faktor kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua.

**Kata kunci** : Hipertensi, Konsumsi Lemak, Aktivitas Fisik

### **ABSTRACT**

*Hypertension is an increase in systolic blood pressure of more than 140 mmHg and diastolic blood pressure of more than 90 mmHg. One factor that can affect blood pressure is low physical activity and excessive fat intake. Lack of activity will cause the heart rate to increase so that the heart will work harder. Increased fat intake will affect increased levels of fat in the blood so that there will be an accumulation of fat and will clog arteries. This study aims to determine the relationship between fat consumption and physical activity with the incidence of hypertension at the age of 45-65 years. This type of research is an observational cross-sectional study approach. The study population is the community in the Benu-Benua Health Center area aged 45-65 years totalling 421 people. The research sample of 66 people with the sampling technique using simple random sampling. Data analysis using the chi-square test, this test is used to test the hypothesis. The results showed that there was a relationship of fat consumption with the incidence of hypertension at the age of 45-65 years with p-value 0,000 ( $p\text{-value} < 0.05$ ) and there was a relationship between physical activity and hypertension at age 45-65 years with p-value 0,000 ( $p\text{-value} < 0.05$ ). Fat consumption and physical activity are factors of hypertension in the working area of the Benua-Benua Health Center.*

**Keywords** : Hypertension, Fat Consumption, Physical Activity

## PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan yang serius. Hipertensi pada umumnya terjadi tanpa gejala, sebagian besar orang tidak merasakan apapun, walaupun tekanan darahnya sudah jauh di atas normal, maka hipertensi juga disebut sebagai pembunuh diam-diam atau *the silent killer*<sup>1</sup>.

Menurut *World Health Organization* (WHO), diseluruh dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4 % orang di seluruh dunia mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara berkembang, termasuk Indonesia<sup>2</sup>.

Prevalensi hipertensi menunjukkan peningkatan setiap tahunnya di Indonesia. Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi meningkat dari 29,6% tahun 2009 menjadi 34,1% pada tahun 2010. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terjadi peningkatan prevalensi hipertensi dari 7,6% tahun 2007 dan pada tahun 2013 menjadi 9,5%<sup>3</sup>.

Hipertensi menyebabkan kematian 45% karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit stroke. Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030<sup>4</sup>.

Berdasarkan Profil Sulawesi Tenggara pada tahun 2018, sebanyak 54.127 orang atau 33,62% penduduk yang berusia 18 tahun mengalami hipertensi. Berdasarkan laporan tahunan Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018, ada 10 penyakit tertinggi di Sulawesi Tenggara menunjukkan bahwa hipertensi masuk di urutan ke-2 dengan jumlah kasus 11.265<sup>5</sup>. Sedangkan data yang diperoleh dari berbagai puskesmas, sebagian besar menunjukkan bahwa hipertensi masuk dalam posisi 5 besar penyakit sebanyak 8.028 kasus<sup>6</sup>. Puskesmas Benu-Benu termasuk salah satu dari lima besar Puskesmas dengan kunjungan hipertensi terbanyak di Kota Kendari.

Peningkatan kasus hipertensi merupakan tantangan bagi pemerintah baik dalam hal pengobatan maupun pencegahan. Faktor-faktor yang memengaruhi peningkatan tekanan darah adalah genetik, umur, jenis kelamin, etnis, obesitas, gaya hidup, dan asupan. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti ingin melakukan penelitian mengenai hubungan konsumsi lemak dan aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada usia 45-65 tahun di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benu tahun 2018.

## METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan adalah observasional dengan desain *cross sectional study*. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *simple random sampling*. Data diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan format kuesioner, yang meliputi data riwayat konsumsi lemak dan aktivitas fisik. Teknis analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik *Chi-Square*, yang bertujuan untuk menjelaskan hipotesis hubungan variabel independen dengan variabel dependen.

## HASIL

### Hubungan Konsumsi Lemak dengan Kejadian Hipertensi pada Usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu Tahun 2018

**Tabel 1. Hubungan antara Konsumsi Lemak dengan Kejadian Hipertensi Pada Usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu- Benu Tahun 2018**

No.	Konsumsi Lemak	Tekanan Darah				Total		Pvalue
		Tidak Hipertensi		Hipertensi		n	%	
		N	%	n	%			
1	Jarang	28	100	0	0,0	28	42,4	0,000
2	Sering	0	0,0	38	100	38	57,6	
Total		28	100	38	100	66	100	



Tabel 1 menunjukkan bahwa responden yang jarang mengkonsumsi lemak dan tidak mengalami hipertensi sebanyak 28 (100%) responden dan responden yang sering mengkonsumsi lemak dan tidak mengalami hipertensi sebanyak 0 (0,0%) responden. Sedangkan responden yang jarang mengkonsumsi lemak dan tidak mengalami hipertensi sebanyak 0 (0,0%) responden dan responden yang sering mengkonsumsi lemak dan mengalami hipertensi sebanyak 38 (100%) responden.

Hasil uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 95% menunjukkan nilai *pvalue* = 0,000 (*pvalue* <0,05). dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara konsumsi lemak dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua.

### Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benua Tahun 2018

**Tabel 2. Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi Usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benua Tahun 2018**

No.	Aktivitas Fisik	Tekanan Darah				Total		Pvalue
		Tidak Hipertensi		Hipertensi		n	%	
		n	%	n	%			
1	Rendah	0	0,0	38	100	38	57,6	0,000
2	Tinggi	28	100	0	0,0	28	42,4	
	Total	28	100	38	100	66	100	

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden yang melakukan aktivitas rendah dan tidak mengalami hipertensi sebanyak 0 (0,0%) responden dan responden yang melakukan aktivitas tinggi dan tidak mengalami hipertensi sebanyak 28 (100%) responden. Sedangkan responden yang melakukan aktivitas rendah dan mengalami hipertensi sebanyak 38 (100%) responden dan responden yang melakukan aktivitas tinggi dan mengalami hipertensi sebanyak 0 (0,0%) responden.

Hasil uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 95% menunjukkan nilai *p value*= 0,000(*p value* < 0,05). dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benua.

### PEMBAHASAN

#### Hubungan antara Konsumsi lemak dengan Kejadian Hipertensi pada Usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benua Tahun 2018

Salah satu faktor penyebab hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah asupan makanan. Hal ini dikarenakan makanan mempunyai peranan yang berarti dalam meningkatkan tekanan darah seperti konsumsi lemak berlebih, konsumsi natrium yang berlebihan, kurangnya aktivitas fisik dan lain-lain. Konsumsi tinggi lemak dapat menyebabkan tekanan darah meningkat. Konsumsi lemak yang berlebihan akan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah terutama kolesterol LDL dan akan tertimbun dalam tubuh<sup>7</sup>.

Hasil penelitian di Puskesmas Benu-Benua menunjukkan bahwa ada hubungan antara konsumsi lemak dengan kejadian hipertensi. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden pada saat penelitian dengan menggunakan *Food Frekuensi Questioner* (FFQ), bahwa responden yang sering mengkonsumsi lemak dan mengalami hipertensi adalah responden yang mengkonsumsi makanan sumber lemak jenuh seperti daging, telur puyuk, mentega, jerohan, dan gorengan setiap harinya. selain itu responden juga lebih sering mengkonsumsi makanan yang bersantan yang dipanasi berkali-kali dan makanan tersebut dikonsumsi lebih dari 1 hari (seperti : rendang, gudeg, dan sambal goreng).

Hasil FFQ rata-rata tingkat konsumsi lemak maka dapat diketahui bahwa jumlah konsumsi responden jauh melebihi standar yang ada. Lemak memang diperlukan oleh tubuh sebagai zat pelindung dan pembangun. Tetapi, apabila konsumsinya berlebihan akan meningkatkan terjadinya plak dalam pembuluh darah, yang lebih lanjut akan menimbulkan terjadinya hipertensi. Mengonsumsi makanan

tinggi lemak jenuh, lemak terhidrogenasi, dan tinggi kolesterol namun rendah *polyunsaturated fatty acid* (PUFA) dalam jumlah yang berlebih dapat berpengaruh terhadap kadar kolesterol dalam darah<sup>2</sup>.

Rata-rata tingkat konsumsi lemak yang didasarkan pada % AKG adalah 141,9%. Berdasarkan hasil tersebut, diketahui bahwa tingkat konsumsi lemak responden jauh melebihi kecukupan gizi yang dianjurkan untuk dikonsumsi oleh tubuh mereka. Pembatasan konsumsi lemak dilakukan agar kadar kolesterol darah tidak terlalu tinggi. Kadar kolesterol darah yang tinggi dapat mengakibatkan terjadinya endapan kolesterol dalam dinding pembuluh darah. Akumulasi dari endapan kolesterol apabila bertambah akan menyumbat pembuluh nadi dan mengganggu peredaran darah. Dengan demikian, akan memperberat kerja jantung dan secara tidak langsung memperparah hipertensi<sup>8</sup>.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rumu<sup>9</sup>, di mana penelitian dilakukan dengan 40 responden dengan menggunakan uji *Chi-Square* dan didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna (signifikan secara statistik dengan nilai  $p(0,000) < \alpha(0,05)$ ) antara asupan lemak dengan tekanan darah pada penderita hipertensi lansia di Perumahan Kusumawardani dan Panti Werdha Pucang Gading Semarang. Dari penelitian dengan hasil yang sama di atas maka dapat disimpulkan bahwa lemak merupakan penyebab terjadinya penyakit hipertensi.

*World Health Organization* (WHO) menganjurkan bahwa konsumsi lemak untuk orang dewasa minimum 20% dari energi total (sekitar 60 gram/hari). Konsumsi lemak pada masyarakat Indonesia masih kurang dari 20% (di bawah kebutuhan minimum), dengan asumsi sebagian besar berasal dari pangan nabati. Walaupun konsumsi lemak yang rendah dan didominasi oleh minyak nabati sekitar 80% dari lemak total, penyakit jantung koroner di Indonesia semakin meningkat dan termasuk penyakit penyebab kematian urutan teratas. Asupan lemak total per hari pada masyarakat perkotaan sebesar 21,96% dan masyarakat pedesaan sebesar 19,08% dari energi total<sup>2</sup>.

Konsumsi lemak yang berlebih dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah terutama kadar kolesterol *low density lipoprotein* (LDL). Kolesterol akan menempel pada dinding pembuluh darah sehingga akan terbentuk *plaque*. *Plaque* akan menyumbat pembuluh darah dan tersebut dapat berpengaruh terhadap kelenturan pembuluh darah. Lemak dapat menyebabkan pembuluh darah menjadi tebal atau menjadi endapan keras yang tidak normal pada dinding arteri sehingga pembuluh darah mendapat pukulan paling berat, jika tekanan darah terus menerus tinggi dan tidak berubah sehingga saluran darah tersebut menjadi sempit dan aliran darah menjadi tidak lancar dan dapat menyebabkan penyakit arteriosklerosis<sup>7</sup>.

Timbunan lemak yang disebabkan oleh kolesterol akan menempel pada pembuluh darah yang lama-kelamaan akan terbentuk *plaque*. Terbentuknya *plaque* dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah atau aterosklerosis. Pembuluh darah yang terkena aterosklerosis akan berkurang elastisitasnya dan aliran darah ke seluruh tubuh akan terganggu serta dapat memicu meningkatnya volume darah dan tekanan darah. Meningkatnya tekanan darah tersebut dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi.

Lemak berhubungan dengan kejadian arteriosklerosis yang bisa menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi. Tekanan darah timbul dari adanya tekanan arteri yaitu tekanan yang terjadi pada dinding arteri. Semakin tingginya grade hipertensi maka semakin tinggi pula tekanan darahnya baik sistole maupun diastole. Peningkatan tekanan darah pada pasien hipertensi merupakan suatu masalah hal ini disebabkan karena peningkatan tekanan darah akan beresiko terhadap terjadinya berbagai komplikasi hipertensi. Kebiasaan mengonsumsi lemak terutama lemak jenuh sangat erat kaitannya dengan peningkatan berat badan yang dapat beresiko terjadinya hipertensi. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah<sup>10</sup>.

Patofisiologi metabolisme lemak sehingga menyebabkan hipertensi adalah dimulai ketika lipoprotein sebagai alat angkut lipida bersirkulasi dalam tubuh dan dibawa ke sel-sel otot, lemak dan sel-sel lain. Begitu juga pada trigliserida dalam aliran darah dipecah menjadi gliserol dan asam lemak bebas oleh enzim lipoprotein lipase yang berada pada sel-sel endotel kapiler.

Kolesterol yang banyak terdapat dalam LDL akan menumpuk pada dinding pembuluh darah dan membentuk plak. Plak akan bercampur dengan protein dan ditutupi oleh sel-sel otot dan kalsium yang akhirnya berkembang menjadi aterosklerosis. Pembuluh darah koroner yang menderita aterosklerosis selain menjadi tidak elastis, juga mengalami penyempitan sehingga tahanan aliran darah dalam

pembuluh koroner juga naik, yang nantinya akan memicu terjadinya hipertensi. Berat badan yang berlebih akan membuat lebih banyak darah yang dibutuhkan yang menyebabkan tubuh memiliki volume darah berlebih untuk memasok oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh. Volume darah yang beredar melalui pembuluh darah akan meningkat, demikian juga tekanan pada dinding arteri<sup>11</sup>.

*Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) merekomendasikan untuk membatasi pemenuhan konsumsi lemak melalui daging/ikan 100 gram/hari (untuk daging unggas dikonsumsi tanpa kulit), telur 1 butir/hari, margarin 2-3 sdt/hari. Lemak tak jenuh mampu menurunkan kadar kolesterol dalam darah dan menekan risiko penyakit jantung. Asalkan dikonsumsi dalam jumlah yang sesuai. Lemak tak jenuh tunggal terdapat pada minyak zaitun, alpukat, dan kacang-kacangan. Sedangkan lemak tak jenuh ganda banyak ditemukan pada ikan salmon, tongkol, dan olahan kedelai<sup>12</sup>.

Kadar lemak produk daging bervariasi sangat luas tergantung pada berbagai faktor seperti spesies, jenis potongan, kondisi pemasakan dan lain sebagainya. Secara umum, kandungan lemak didalam daging merah relative lebih tinggi dari pada unggas ataupun seafood. Kandungan kolesterol didalam daging dan produk daging tergantung pada sejumlah faktor, tetapi umumnya kurang dari 75 mg/100 gram kecuali dalam beberapa organ dalam seperti otak, hati, jantung dan sebagainya yang mengandung kolesterol dalam jumlah yang lebih tinggi. Walaupun kandungan lemak seafood lebih rendah dari daging merah dan unggas, tetapi beberapa jenis seafood mengandung kolesterol dalam jumlah yang relatif lebih tinggi dari daging merah dan unggas, seperti kepiting, udang, dan jeroan<sup>2</sup>.

Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kadar LDL yaitu usia. Memasuki usia menopause, wanita cenderung memiliki kadar LDL yang tinggi akibat dari penurunan kadar hormon estrogen, dimana hormon ini memiliki fungsi menjaga kadar HDL tetap tinggi dan kadar LDL tetap rendah. Kondisi inilah yang menyebabkan wanita sebelum menopause memiliki tingkat proteksi lebih baik dibandingkan ketika telah memasuki usia menopause. Menurunnya hormon estrogen juga menyebabkan jumlah lemak tubuh meningkat, terutama lemak pada bagian pinggul, perut dan dada. Jumlah lemak tubuh yang meningkat, laju metabolisme menurun serta aktivitas fisik yang juga menurun dapat menyebabkan energi yang seharusnya digunakan akan disimpan dalam bentuk timbunan lemak. Timbunan lemak di bagian abdomen menyebabkan RLPP pada wanita menopause cenderung meningkat<sup>2</sup>.

### **Hubungan antara Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Usia 45-65 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Benu-Benu Tahun 2018**

Aktivitas atau olahraga sangat memengaruhi terjadinya hipertensi, dimana pada orang yang kurang aktivitas akan cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung lebih tinggi sehingga otot jantung akan harus bekerja lebih keras pada tiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung memompa maka makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri<sup>2</sup>.

Hasil penelitian di Puskesmas Benu-Benu menunjukkan bahwa ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi. Dari hasil wawancara dengan responden menggunakan kuesioner diketahui bahwa aktivitas fisik rendah yang mereka lakukan seperti pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (memasak, mencuci, menyapu, mengasuh anak), berdagang, dan menjahit. Sedangkan aktivitas fisik responden tinggi seperti menimba air di sumur, berjalan kaki lebih dari 30 menit, jogging, senam dan olahraga-olahraga yang lain (main volley, sepeda, sepak bola, sepak takraw).

Aktivitas fisik umumnya diartikan sebagai gerakan tubuh yang ditimbulkan oleh otot-otot skeletal dan mengakibatkan pengeluaran energi. Bagi yang mempunyai satu atau lebih faktor risiko hipertensi, aktivitas fisik dapat mencegah terjadinya peningkatan tekanan darah. Bagi penderita hipertensi ringan, aktivitas fisik dapat mengendalikan tekanan darah, sehingga mungkin tidak diperlukan lagi pengobatan farmakologis. Olahraga secara teratur idealnya 2-3 kali dalam seminggu dan minimal setengah jam setiap sesi dengan intensitas sedang. Olahraga yang dianjurkan bagi penderita hipertensi yang sifatnya ringan seperti jalan kaki, jogging, bersepeda<sup>13</sup>.

Kurangnya aktivitas fisik meningkatkan risiko menderita hipertensi. Orang yang tidak aktif cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantung harus lebih keras pada setiap kontraksi, makin besar dan sering otot jantung memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri sehingga tekanan darah akan meningkat<sup>10</sup>.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ningsih (2014) tentang faktor resiko kejadian hipertensi pada orang dewasa di wilayah kerja puskesmas Kartoharjo kota Madiun yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada orang dewasa dengan hasil uji statistik *chi-Square* dengan nilai *pvalue* 0,039 ( $\alpha \leq 0,05$ ).

Menurut *World Health Organization* (WHO), aktivitas fisik adalah gerakan fisik yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya dari setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko independent untuk penyakit kronis, dan secara keseluruhan diperkirakan menyebabkan kematian global<sup>14</sup>.

Aktivitas fisik memengaruhi stabilitas tekanan darah. pada orang yang tidak aktif melakukan kegiatan fisik cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras usaha otot jantung dalam memompa darah, makin besar pula tekanan yang dibebankan pada dinding arteri sehingga meningkatkan tahanan perifer yang menyebabkan kenaikan tekanan darah.

WHO merekomendasikan untuk melakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang selama 30 menit/ hari dalam 1 minggu atau 20 menit/ hari selama 5 hari dalam satu minggu dengan intensitas berat untuk mendapatkan hasil yang optimal dari aktivitas fisik atau olahraga. Para ahli epidemiologi membagi aktivitas fisik kedalam 2 kategori, yaitu aktivitas fisik terstruktur (kegiatan olahraga) dan aktivitas fisik tidak terstruktur (kegiatan sehari-hari seperti berjalan, bersepeda dan bekerja<sup>11</sup>).

Aktivitas fisik dapat membantu menurunkan berat badan atau mengurangi lemak visceral. pada dasarnya aktivitas fisik yang rendah serta obesitas berhubungan dengan faktor resiko resistansi insulin dan hiperinsulinemia. Tingginya insulin sodium, peningkatan volume darah, produksi neopinefrin secara berlebihan dan proliferasi otot polos. Perubahan tersebut memiliki dampak terutama pada penentuan tekanan darah yang meliputi cardiac output, resistensi pembuluh darah perifer dan aktivitas system saraf simpatik<sup>11</sup>.

Aktivitas fisik yang teratur membantu meningkatkan efisiensi jantung secara keseluruhan. Mereka yang secara fisik aktif umumnya mempunyai tekanan darah yang lebih rendah dan lebih jarang terkena tekanan darah tinggi. Mereka yang secara fisik aktif cenderung untuk mempunyai fungsi otot dan sendi yang lebih baik, karena organ-organ demikian lebih kuat dan lebih lentur. Aktivitas yang berupa gerakan atau latihan aerobik bermanfaat untuk meningkatkan dan mempertahankan kebugaran, ketahanan kardio-respirator. Contoh dari latihan-latihan aerobik adalah seperti berjalan, jogging, berenang, bersepeda. Latihan aerobik membuat otot-otot tubuh bekerja. Aktivitas fisik berat, sedang maupun ringan tergantung pada jenis kegiatan, intensitas dalam sehari, durasi dan frekuensi kegiatan. Aktivitas fisik berupa olahraga dan kegiatan harian yang dilakukan secara rutin dapat meningkatkan konsentrasi HDL kolesterol dan bermanfaat untuk mencegah timbunan lemak di dinding pembuluh darah (arterosklerosis)<sup>10</sup>.

Kegiatan fisik yang dilakukan secara teratur menyebabkan perubahan-perubahan misalnya jantung akan bertambah kuat pada otot polosnya sehingga daya tampung besar dan kontraksi atau denyutannya kuat dan teratur, selain itu elastisitas pembuluh darah akan bertambah karena adanya relaksasi dan vasodilatasi sehingga timbunan lemak akan berkurang dan meningkatkan kontraksi otot dinding pembuluh darah tersebut<sup>13</sup>.

Aktivitas fisik yang mampu membakar kalori 800-1000 kalori akan meningkatkan high density lipoprotein (HDL) sebesar 4,4 mmHg. Sebagian besar studi epidemiologi dan studi intervensi aktivitas fisik memberikan dukungan tegas bahwa peningkatan aktivitas, durasi yang cukup, intensitas dan jenis sesuai mampu menurunkan tekanan darah secara signifikan, baik dengan tersendiri maupun sebagian bagian dari terapi pengobatan. Aktivitas fisik yang baik dan rutin akan melatih otot jantung dan tahanan perifer yang dapat mencegah peningkatan tekanan darah<sup>14</sup>.

Aktivitas fisik memiliki sifat protektif terhadap kejadian obesitas dengan hipertensi. Aktivitas fisik secara teratur termasuk olahraga aerobik dan latihan kekuatan otot tiga kali/minggu minimal 60 menit ditambah pelajaran olahraga 135 menit/minggu selama 3 bulan mampu menurunkan tekanan darah, BMI Z-skor, lemak total, lemak abdominal, meningkatkan *fat-free mass*, dan kemampuan kardiorespirasi pada anak obesitas pre pubertas. Olahraga berfungsi untuk mengontrol berat badan pada obesitas dan

menstabilkan *heart rate* pada hipertensi atau sindrom metabolik lain karena menggunakan lemak sebagai energy.

Disamping itu, olahraga yang teratur dapat merangsang pelepasan hormone endorfin yang menimbulkan efek euphoria dan relaksasi otot sehingga tekanan darah meningkat. Peningkatan intensitas aktivitas fisik, 30-45 menit perhari penting dilakukan sebagai strategi untuk pencegahan dan pengelolaan hipertensi<sup>13</sup>.

Olahraga secara teratur dan terukur dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolestrol pada pembuluh darah. Semakin banyak aktivitas maka semakin banyak kalori yang digunakan sehingga tubuh menjadi ideal atau justru lebih kurus, tetapi apabila kurang beraktivitas tubuh akan cenderung menyimpan kelebihan kalori sehingga terjadi kelebihan berat badan. Olahraga dapat mengurangi tekanan darah bukan hanya dapat mengurangi berat badan, tetapi juga karena olahraga dapat menyebabkan pertumbuhan pembuluh darah kapiler yang baru dan jalan darah yang baru, sehingga dapat menghindari atau mengurangi penghambatan pengaliran darah<sup>2</sup>.

Peran mekanisme kerja otot dalam melakukan aktivitas fisik sangatlah penting dalam memengaruhi tekanan darah. Proses tersebut terjadi penurunan resistensi pembuluh darah perifer melalui dilatasi arteri pada otot bekerja. Besarnya penurunan resistensi tergantung pada beban dan aktivitas yang dilakukan. Semakin besar beban aktivitas yang dilakukan, maka semakin besar pula ketegangan otot dan tekanan pada pembuluh darah intramuskular. Penderita tekanan darah tinggi dianjurkan untuk melakukan aktivitas yang lebih mementingkan dinamime dan daya tahan tubuh, seperti lari, renang dan bersepeda<sup>10</sup>.

Frekuensi denyut nadi menjadi lebih tinggi dapat disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik sehingga otot jantung harus memompa darah lebih keras. Semakin keras dan sering otot jantung harus memompa aliran darah maka semakin besar tekanan yang harus dihasilkan. Obesitas dapat terjadi sehingga risiko terjadinya hipertensi makin besar. Bertani telah menjadi mata pencaharian mayoritas masyarakat sejak lama dengan didukung oleh tanah yang subur. Kegiatan fisik bila dilakukan secara teratur akan memperkuat otot polos jantung sehingga daya tampung besar, denyutan kuat dan teratur, dan pembuluh darah menjadi lebih<sup>12</sup>.

Studi *cross-sectional* yang dilakukan oleh Siscovik et al (2013) menyatakan bahwa walaupun tekanan darah lebih rendah diantara orang yang aktif/fit dibandingkan dengan orang yang tidak aktif/fit, dampak yang ditimbulkan termasuk kecil. Seseorang yang aktif memiliki rata-rata tekanan diastolik antara 2-5 mmHg lebih rendah dibandingkan dengan orang yang tidak aktif. Oleh karena itu, pengaruh aktivitas fisik terhadap tekanan darah tidak terlalu besar<sup>17</sup>. Dapat disimpulkan responden yang mempunyai aktivitas fisik kurang cenderung lebih besar terkena hipertensi tetapi begitu sebaliknya responden yang memiliki aktivitas tinggi cenderung lebih sedikit berisiko terkena hipertensi.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa kurangnya aktivitas fisik membuat organ tubuh dan pasokan darah maupun oksigen menjadi tersendat sehingga meningkatkan tekanan darah. dengan melakukan berolahraga atau melakukan aktivitas fisik secara rutin sehingga dapat menurunkan atau menstabilkan tekanan darah.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan konsumsi lemak dan aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada usia 45-65 tahun di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benu, disimpulkan bahwa Ada hubungan antara konsumsi lemak dan aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada usia 45-65 tahun di wilayah kerja Puskesmas Benu-Benu pada tahun 2018.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hartono A, 2011. *Hipertensi Sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke*. Majority Vol.5 No.3.
2. WHO, 2016. *Pengaruh pengetahuan, sikap dan Dukungan keluarga terhadap diet hipertensi di desa hulu kecamatan pancur batu tahun 2016*. Ejournal kesehatan Vol.11 No. 1 Tahun 2018.
3. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI. (diakses 19 Desember 2016).

4. Pusat Data dan Kementerian Kesehatan RI. 2014. Infodatin Situasi Kesehatan Jantung Kementerian Kesehatan RI.
5. Dinas Kesehatan Provinsi. *Sulawesi Tenggara. Laporan Tahunan Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017 (2017)*. Dinkes Sultra Kendari.
6. Dinas Kesehatan Kota Kendari. *Laporan Bulanan Data Kesakitan Puskesmas Se-Kota Kendari Tahun 2015-2017*. Dinkes Kota Kendari.
7. Thomas, M. 2013. "*Hypertension Clinical Future and Investigations*". Hospital Pharmacist, 14. Diakses dari Pharmaceutical Journals.
8. Kemenkes RI.2014. *Infodatin Hipertensi*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.(diakses 19 Desember 2016).
9. Rumu, S. 2007. Perbedaan tingkat konsumsi karbohidrat dan lemak dengan kejadian hipertensi pada lansia di perumahan "Kusumawardani" dan Panti Wredha Pucang Gading Semarang. *Jurnal Kesehatan Volume 6 No.2 Hal.30-38*.
10. Anggara & Prayitno, 2013. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni Cikalang Barat*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* 5(1); Januari 2013. Diakses 04 Oktober 2017.
11. Pramana dan Fatmah,2014. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah pada Pegawai Negeri Sipil SMAN 8 Semarang*". *Jurnal Visikes*, vol. 10 no 2.
12. Aisyah & Palmer, 2015. *Analisis Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan dengan Kadar Lipid Darah dan Tekanan Darah pada Penderita Jantung Koroner*.*Jurnal Ilmiah Kesehatan* 5(2); Januari 2012. Diakses 04 Oktober 2015.
13. Widyaningrum, 2012. *Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Telkomedika*.*The Indonesian Journal of Public Health*, Vol.4, No.1.
14. South, M dkk. 2014." *Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara*". *ejournal keperawatan*, vol. 7 no. 2.

# STATUS GIZI, POLA MAKAN DAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI DI SMA NEGERI 1 KAMBOWA, KABUPATEN BUTON UTARA

## *NUTRITIONAL STATUS, FOOD PATTERNS AND EVENT OF ANEMIA IN PRINCESS ADOLESCENTS IN SMA N 1 KAMBOWA, NORTH BUTON DISTRICT*

Ruwiah <sup>1</sup>Harleli <sup>2</sup> La Dupai <sup>3</sup> Ruslan Majid <sup>4</sup>Jufri Paisal <sup>5</sup>

Bagian Ilmu Gizi FKM UHO, Kendari, Sulawesi Tenggara, Indonesia<sup>1-2</sup>

Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM UHO, Kendari, Sultra, Indonesia <sup>3-5</sup>

<sup>1</sup>Email : [ruwiahgizifkmuho@gmail.com](mailto:ruwiahgizifkmuho@gmail.com)

### ABSTRAK

Anemia defisiensi besi merupakan masalah gizi di dunia terutama pada negara berkembang. di Indonesia, prevalensi anemia di kalangan remaja putri masih tergolong dalam kategori tinggi Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan anatara status gizi dan pola makan dengan status anemia remaja putri di SMA Negeri 1 Kambowa, Kabupaten Buton Utara. Desain penelitian menggunakan cross sectional. Jumlah subyek dalam penelitian ini berjumlah 68 siswi dan sesuai dengan criteria inklusi dan eksklusi. Data kadar Hb diukur menggunakan alat nesco mulitcheck, pengukuran berat badan diukur menggunakan timbangan injak sedangkan tinggi badan diukur menggunakan microtoise, data pola makan didapat dari Food Frekuensi Quesioner (FFQ) dan wawancara dengan menggunakan kuesioner. Hubungan antara variabel status gizi, pola makan dan kejadian anemia menggunakan analisis uji Chi-Square. Hasil menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi dan pola makan dengan kejadian anemia ( $p=0,000$ ). Status gizi dan pola makan berperan terhadap kejadian anemia pada remaja putri.

**Kata Kunci:** Anemia, Pola makan, Remaja putri, status gizi,

### ABSTRACT

*Ferum deficiency anemia is a nutritional problem in the world, especially in developing countries. In Indonesia, the prevalence of anemia among young women is still in the high category. The purpose of this study was to determine the relationship between nutritional status and eating patterns with anemia status of adolescent girls in SMA Negeri 1 Kambowa, North Buton Regency. The study design uses cross sectional. The number of subjects in this study amounted to 68 students and matched the inclusion and exclusion criteria. Data on Hb levels were measured using a NescoMulitcheck tool, body weight measurements were measured using a stampede scale while height was measured using microtoise, dietary data were obtained from a Food Frequency Questionnaire (FFQ) and interviews using a questionnaire. The relationship between variables of nutritional status, eating patterns and the incidence of anemia using the Chi-Square test analysis. The results showed that there was a significant relationship between nutritional status and diet and the incidence of anemia ( $p = 0,000$ ). Nutritional status and diet play a role in the incidence of anemia in young women.*

**Keywords :** Anemia, Food, Teenage Girls, Nutritional Status,

### PENDAHULUAN

Perbaikan gizi merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan. Masalah gizi di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan yang membutuhkan perhatian serius walaupun program perbaikan gizi pada masyarakat telah lama dicanangkan. Salah satu masalah gizi yang masih cukup tinggi yaitu rendahnya kadar hemoglobin yang berdampak pada defisiensi besi dan anemia <sup>1</sup>

Anemia defisiensi besi merupakan masalah gizi di dunia dan menjangkiti lebih dari 600 juta manusia. Perkiraan prevalensi anemia secara global adalah sekitar 51%. Angka tersebut terus membengkak di tahun 1997 yang bergerak dari 13,4% di Thailand ke 85,5% di India <sup>2</sup>. di negara sedang

berkembang prevalensi anemia mencapai 36% (atau kira-kira 1400 juta orang) dari perkiraan populasi 3800 juta orang sedangkan prevalensi di negara maju hanya sekitar 8% (atau kira-kira 100 juta orang) dari perkiraan populasi 1200 juta orang<sup>3</sup>. di Indonesia, berdasarkan data Depkes RI (2006), prevalensi anemia defisiensi besi remaja putri yaitu 28%<sup>4</sup> dan berdasarkan Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2004, prevalensi anemia defisiensi besi pada balita 40,5%, ibu hamil 50,5%, ibu nifas 45,1%, remaja putri 10-18 tahun 57,1%, dan usia 19-45 tahun 39,5%. Dari semua kelompok umur tersebut, wanita memiliki resiko paling tinggi untuk menderita anemia terutama remaja putri<sup>5</sup>.

Rendahnya kadar hemoglobin dikaitkan dengan defisiensi besi dan anemia gizi. Kadar hemoglobin dibawah normal menunjukkan pengaruh yang sangat luas terhadap kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu terhadap kemampuan belajar dan produktivitas kerja<sup>6</sup>. Kadar hemoglobin yang rendah juga menyebabkan daya ingat dan daya konsentrasi menjadi rendah<sup>7</sup>. Defisiensi terutama menyerang golongan rentan seperti anak-anak, remaja putri, ibu hamil dan ibu menyusui serta pekerja berpenghasilan rendah.

Salah satu golongan dalam siklus kehidupan yang rentan terkena anemia yaitu remaja putri. Prevalensi anemia di kalangan remaja putri masih tergolong dalam kategori tinggi. Data dari Departemen Kesehatan tahun 2005 menunjukkan penderita anemia pada remaja putri berjumlah 26,50% dan wanita usia subur (WUS) 26,9%.

Faktor yang memengaruhi status anemia pada remaja putri diduga yaitu pola makan, tingkat pengetahuan gizi dan pola haid. Pola dan gaya hidup modern membuat remaja cenderung lebih menyukai makan di luar rumah bersama kelompoknya. Remaja putri sering mempraktikkan diet dengan cara yang kurang benar seperti melakukan pantangan-pantangan, membatasi atau mengurangi frekuensi makan untuk mencegah kegemukan<sup>2</sup>. Kehilangan darah secara alamiah setiap bulannya (siklus haid) juga merupakan faktor kejadian anemia. Jika darah yang keluar selama haid sangat banyak maka akan terjadi anemia defisiensi besi<sup>3</sup>. Usia pertama kali haid, siklus haid serta lama hari haid berpengaruh terhadap banyaknya darah yang hilang selama haid. Dampak negatif anemia pada remaja mencakup meningkatnya morbiditas, menurunnya kapasitas kinerja fisik serta terhambatnya fungsi kognitif. Hal ini selanjutnya berdampak pada menurunnya kapasitas belajar dan prestasi sekolah pada remaja yang mengalami anemia<sup>8</sup>.

Menurut Syatriani & Ariani (2010) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi, pola makan dan pola haid dengan kejadian anemia pada siswi SMA di Makasar<sup>9</sup>. Penelitian lain yang dilakukan oleh Briawan, dkk (2011) menjelaskan bahwa remaja putri yang berstatus gizi kurang cenderung mengalami anemia 8,32 kali lebih besar dibandingkan remaja putri yang berstatus gizi baik<sup>10</sup>.

SMA Negeri 1 Kambowa adalah salah satu SMA yang berada di Kabupaten Buton Utara, Kecamatan Kambowa, dengan jumlah siswa-siswi 195 orang untuk siswa sebanyak 127 dan siswi sebanyak 68 orang. Berdasarkan hasil studi observasi awal pada tanggal 22 April 2015 di SMA Negeri 1 Kambowa, Desa Bubu Kecamatan Kambowa Kabupaten Buton Utara dari 10 siswi ada 7 orang atau 70% yang memiliki kadar hemoglobin dibawah normal. dengan hasil tes Hb rata-rata siswa menunjukkan nilai <12 mg/dl, serta hasil perhitungan IMT/U dari 10 siswi ada 6 orang memiliki status gizi kurang, diperoleh nilai rata-rata <-2 SD. Hal ini menunjukkan masih banyak siswa yang mengalami anemia dan belum memahami hubungan status gizi, pola makan, dan pola haid yang dialami. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan status gizi dan pola makan dengan kejadian anemia pada remaja putri di SMA Negeri 1 Kambowa, Kecamatan Kambowa, Kabupaten Buton Utara.

## **BAHAN DAN METODE**

Jenis penelitian merupakan observasional analitik dan menggunakan pendekatan desain penelitian cross-sectional. Penelitian dilaksanakan di SMA Negeri 1 Kambowa, Kecamatan Kambowa, Kabupaten Buton Utara. Jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah keseluruhan jumlah siswi kelas X dan XI SMA Negeri 1 Kambowa yang berjumlah 68 siswi. Hal ini disebabkan karena jumlah siswi tidak mencapai 100 orang siswi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah, umur responden 15-18 tahun,



responden sudah mengalami menstruasi, bersedia menjadi responden, dan responden merupakan siswi SMA Negeri 1 Kambowa, Kecamatan Kambowa, Kabupaten Buton Utara.

Data yang digunakan dalam penelitian adalah data primer dan sekunder. Data primer meliputi kadar Hb menggunakan alat nesco multichcek, pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT), data pola makan menggunakan *Food Frekuensi Quesioner* (FFQ) dan wawancara dengan menggunakan kuesioner. Pengukuran kadar Hb menggunakan alat Nesco multichcek. Berat badan siswa diukur menggunakan timbangan injak dengan ketelitian 0.1 kg sedangkan tinggi badan siswa diukur menggunakan microtoise dengan ketelitian 0.1 cm. Hasil pengukuran kadar Hb digolongkan menjadi 2 kriteria yaitu anemia (kadar Hb < 12gr/dL) dan normal (kadar Hb  $\geq$  12 gr/dl) <sup>2</sup> dan hasil pengukuran pola makan berdasarkan kriteria obyektif yaitu baik (bila frekuensi makan setiap harinya 3 kali makan utama dengan 2 kali makanan selingan) dan kurang (bila frekuensi makan setiap harinya 2 kali makan utama atau kurang) <sup>11</sup>. Data sekunder diperoleh dengan cara mencatat data monografi SMA Negeri 1 Kambowa, Kecamatan Kambowa Kabupaten Buton Utara. Data dianalisis secara univariat untuk melihat karakteristik sampel dan secara bivariat untuk mengetahui hubungan antara sampel menggunakan uji statistik Chi-Square aplikasi Statistical Program for Social Science (SPSS) 16.0 for Windows.

## HASIL

### Karakteristik Umur Responden

Secara keseluruhan pada Tabel 1 umur responden yang terbanyak adalah 17 tahun sebanyak 23 orang (33.8%), responden yang berumur 18 tahun sebanyak 22 orang (32.4%), responden yang berumur 16 tahun sebanyak 19 orang (27.9%) dan responden yang paling rendah adalah umur 15 yaitu sebanyak 4 orang (5.9%).

**Tabel 1**  
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur  
Remaja Putri di SMA Negeri 1 Kambowa Tahun 2015

Tingkat umur (Tahun)	Jumlah	
	N	%
15	4	5.9
16	19	27.9
17	23	33.8
18	22	32.4
Total	68	100

Berdasarkan Tabel 2, menggambarkan bahwa 68 responden yang diteliti responden yang mengalami anemia sebanyak 35 orang (51.5%) dan yang tidak anemia atau normal sebanyak 33 orang (48.5%). Hal ini karena responden dalam keadaan haid dan frekuensi makan responden setiap hari kurang dari 3 kali makan utama dengan 2 kali makanan selingan sehingga responden mengalami status gizi kurang yang dapat memengaruhi terjadinya anemia.

**Tabel 2**  
Distribusi Kejadian Anemia, Status Gizi dan  
Pola Makan pada Remaja Putri di SMA Negeri 1 Kambowa Tahun 2015

Variabel	N	%
<b>Kejadian Anemia</b>		
Anemia	35	51,5
Normal	33	48,5
<b>Status Gizi</b>		
Kurus	35	51,5
Normal	33	48,5
<b>Pola Makan</b>		
Kurang	37	54,4
Baik	31	45,6

Distribusi status gizi remaja menunjukkan dari 68 responden yang diteliti responden yang mengalami status gizi kurus sebanyak 35 orang (51.5%) sedangkan responden dengan status gizi normal sebanyak 33 orang (48.5%) (Tabel 2). Hal ini karena makan responden tidak sesuai dengan kebutuhan sehingga responden mengalami status gizi kurang.

Distribusi pola makan remaja berdasarkan Tabel 2, menunjukkan bahwa dari 68 responden yang diteliti responden yang memiliki pola makan Kurang sebanyak 37 orang (54.4%) dan yang memiliki pola makan baik sebanyak 31 orang (45.6%). Hal ini karena frekuensi makan responden setiap hari kurang dari 3 kali makan utama dengan 2 kali makanan selingan

### Hubungan Status Gizi dan Pola Makan dengan Kejadian Anemia

**Tabel 3**  
**Hubungan Status Gizi dan Pola Makan dengan Kejadian Anemia**

	Kejadian Anemia				Jumlah		Nilai Chi-Square pValue
	Anemia		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Status Gizi							
Kurus	29	42.6	6	8.8	35	51.5	0,000
Normal	6	8.8	27	39.7	33	48.5	
Pola makan							
Kurang	27	39.7	10	14.7	37	54.4	0,000
Baik	8	11.8	23	33.8	31	45.6	

Hasil analisis menunjukkan bahwa status gizi dan pola makan memiliki hubungan yang signifikan dengan status anemia dengan masing- masing p-value 0,000. Tabel 3 menunjukkan bahwa 33 responden (48.5%) memiliki status gizi baik tetapi mengalami anemia sebanyak 6 orang (8.8%) dan yang tidak mengalami anemia atau normal sebanyak 27 orang (39.7%). Hubungan pola makan dengan anemia menunjukkan responden (45.6%) yang memiliki pola makan baik tetapi mengalami anemia sebanyak 8 orang (11.8%) dan yang tidak mengalami anemia atau normal sebanyak 23 orang (33.8%).

## PEMBAHASAN

### Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Anemia

Zat gizi (nutrien) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan status gizi dengan anemia secara signifikan ( $p=0.000$ ). Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Sediaoetama (2012), status gizi yang baik bagi seseorang akan berkontribusi terhadap kesehatannya dan juga terhadap kemampuan dalam proses pemulihan. Status gizi masyarakat dapat diketahui melalui penilaian konsumsi pangannya berdasarkan data kuantitatif maupun kualitatif<sup>12</sup>. Status gizi kurus pada remaja putri juga merupakan faktor resiko adanya kondisi kekurangan cadangan zat besi dalam tubuh<sup>13</sup>.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sumarna (2009), menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi remaja terhadap kejadian anemia pada remaja putri di SMP Negeri 1 Gurung Kecamatan Gurung Kabupaten Wonosobo dan menyimpulkan bahwa semakin baik status gizi remaja putri maka semakin rendah kejadian anemia.

Terdapat 33 orang (48.5%) yang memiliki status gizi baik tetapi ada 6 orang (8.8%) yang mengalami anemia. Hal ini disebabkan karena responden sedang haid. Hal ini akan berpengaruh terhadap banyaknya darah yang hilang selama haid. Kondisi haid sangat memengaruhi status penyimpanan Fe dalam tubuh<sup>14</sup>.

### Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Anemia

Pola makan atau pola konsumsi pangan merupakan susunan jenis dan jumlah pangan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang pada waktu tertentu. Pola makan merupakan berbagai informasi yang

memberi gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh suatu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu <sup>15</sup>.

Hasil penelitian menunjukkan pola makan memiliki hubungan yang signifikan dengan status anemia ( $p=0,000$ ). Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Mardika (2009), menjelaskan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara pola makan siswi terhadap kejadian anemia pada siswi di SMA Negeri 1 Malang Kabupaten Malang. Terdapat 31 orang (45.6%) yang memiliki pola makan baik tetapi ada 8 orang (11.8%) yang mengalami anemia hal ini disebabkan karena mereka sedang mengalami haid dan memiliki status gizi kurang karena Frekuensi makan setiap harinya kurang dari 3 kali makan utama dengan kurang dari 2 kali makanan selingan seperti jenis makan yang mengandung protein hewani dan buah-buahan yang dapat membantu penyerapan hemoglobin.

Pola makan yang kurang tepat menunjukkan bahwa asupan zat besi dari makanan yang dikonsumsi tidak adekuat. Makanan yang banyak mengandung zat besi atau Fe adalah bahan makanan yang berasal dari hewan. Disamping banyak mengandung Fe, serapan Fe dari makanan tersebut 20% - 30%. Namun, di Indonesia juga masih yang mengkonsumsi makanan yang dapat mengganggu penyerapan Fe (seperti kopi atau the) secara bersamaan dengan makanan pada waktu makan. Konsumsi the dapat menghambat penyerapan Fe hingga 80%. Hal inilah yang menjadi salah satu penyebab timbulnya anemia. <sup>16</sup>. Almatsier (2011) menjelaskan bahwa pola makan yang baik mengandung makanan sumber energi, sumber zat pembangun dan sumber zat pengatur, karena semua zat gizi diperlukan untuk pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh serta perkembangan otak dan produktivitas kerja, serta dimakan dalam jumlah cukup sesuai dengan kebutuhan <sup>8</sup>.

## SIMPULAN

Faktor yang berhubungan dengan kejadian anemia pada remaja putri yaitu status gizi dan pola makan. dengan pola makan sehari-hari yang tepat, seimbang dan pemilihan bahan makanan yang tepat, dapat mempertahankan status gizi dan kesehatan yang optimal terutama untuk meminimalisir kejadian anemia. Saran bagi peneliti selanjutnya, dapat meneliti determinan yang berhubungan dengan kejadian anemia pada remaja putri.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Soekirman. Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2009.
2. Arisman M. Gizi Daur Kehidupan. Jakarta: EGC; 2010. 145–147 p.
3. Arisman. Penilaian Status Gizi Perorangan dalam Gizi dalam Daur Kehidupan. Jakarta: EGC; 2004.
4. Hayati. Pengetahuan dan Sikap Anemia Defisiensi Besi dan Dampaknya terhadap Kesehatan Reproduksi di MAL IAIN Medan. Universitas Sumatera Utara; 2010.
5. Isniati. Wanita Lebih Beresiko terkena Anemia. 2007.
6. Winarno F.G. Kimia Pangan dan Gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama; 2012.
7. Linder M.C. Biokimia Nutrisi dan Metabolisme dengan Pemakaian Secara Klinis. Jakarta: UI-Press; 2010.
8. Almatsier S, Soetardjo S, Soekantri M. Gizi Seimbang dalam daur Kehidupan. Almatsier S, editor. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama; 2011.
9. Syatriani S, Aryani A. Konsumsi Makanan dan Kejadian Anemia pada Siswi Salah Satu SMP di Kota Makassar. J Kesehat Masy Nas. 2010;4(6):251–4.
10. Briawan D, Arumsari E, Pusporini. Faktor Risiko Anemia pada Siswi Peserta Program Suplementasi. J Gizi dan Pangan. 2011;6(1):74–83.
11. Hudha L. Hubungan antara pola makan dan aktivitas fisik dengan Obesitas pada Remaja Kelas II SMP Theresianan I Yayasan Bernandus Semarang. UNDIP;
12. Sediaotama A. Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi di Indonesia Jilid I, II dan III. Jakarta: Dian Rakyat; 2012.
13. Sya'bani IRN, Sumarmi S. Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Anemia pada Santriwati di Pondok Pesantren Darul Ulum Peterongan Jombang. J Keperawatan Muhammadiyah. 2016;1(1):3.

14. Hasyim DI. Pengetahuan, sosial ekonomi, pola makan, pola haid, status gizi dan aktivitas fisik dengan kejadian anemia pada remaja putri. *J Keperawatan dan kebidanan Aisyiyah*. 2018;14(1):6–14.
15. Farida B Y, Khomsan A, Dwiriani meti. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya; 2004. 50–52 p.
16. Fitriani K, Ismawati R. Hubungan asupan makanan dengan kejadian anemia dan nilai praktik pada siswi kelas XI Boga SMKN 1 Buduran, Sidoarjo. *E-Journal Boga*,. 2014;03(1):46–53.

**STUDI KUALITATIF PRAKTIK PEMBERIAN ASI EKSLUSIF PADA IBU PEKERJA  
DI FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HALU OLEO**  
*QUALITATIVE STUDY OF EXCLUSIVE ASSIGNMENT PRACTICES OF WORKING  
MOTHER IN THE PUBLIC HEALTH FACULTY OF HALU OLEO UNIVERSITY*

**Paridah<sup>1</sup>, Cece Suriani Ismail<sup>2</sup>, Irma Yunawati<sup>3</sup>**

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Email: idha.paridah@yahoo.co.id

**ABSTRAK**

Pemberian ASI secara Eksklusif sangat penting bagi tumbuh kembang yang optimal baik fisik maupun mental dan kecerdasan bayi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui praktik pemberian asi eksklusif pada ibu pekerja di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan September- Oktober tahun 2019 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo. Pengambilan subjek menggunakan metode purposive sampling. Informan pada penelitian ini adalah dosen pegawai perempuan yang memiliki anak usia 6-24 bulan yang memberikan Asi kepada anaknya dari 0-6 bulan. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (indepth interview) dan observasi. Analisis data dilakukan dengan cara analisis isi (content analysis) yang bersifat terbuka (open ended). Hasil penelitian menunjukkan satu orang pekerja berhasil memberikan ASI Eksklusif dan 3 ibu bekerja memberikan ASI predominant karena Asi belum keluar saat hari pertama setelah kelahiran. Hanya satu orang yang melakukan IMD, yang tidak melakukan IMD karena persalinan sectio caesarea dan proses penjahitan robekan vagina yang lama. Ibu pekerja memberikan ASI selama 6 bulan baik menyusui secara langsung maupun dengan ASI perah, yang menyusui secara langsung membawa anaknya saat bekerja dan ada yang pulang balik rumah dan kantor untuk menyusui anaknya. Yang memberikan ASI perah adalah ibu yang menitipkan anaknya di rumah saat pergi bekerja. Kesimpulan ibu pekerja memberikan Asi selama 6 bulan meskipun tidak secara eksklusif hal ini karena ASI yang belum keluar di hari pertama setelah melahirkan dan faktor pekerjaan ibu.

**Kata Kunci ;** ASI, Ibu Bekerja, IMD

**ABSTRACT**

*Exclusive breastfeeding is very important for optimal growth and development both physically and mentally and the intelligence of infants. This study aims to determine the practice of providing exclusive breastfeeding to working mothers at the Faculty of Public Health, University of Halu Oleo. This research uses a qualitative method. This research was conducted in September-October 2019 at the Faculty of Public Health, Halu Oleo University. Taking the subject using purposive sampling method. The informants in this study were female staff lecturers who have children aged 6-24 months who give ASI to their children from 0-6 months. Data collection is done by using in-depth interviews (in-depth interviews) and observations. Data analysis is done by means of content analysis (content analysis) that is open ended. The results showed that one worker succeeded in giving exclusive breastfeeding and 3 working mothers gave predominant breast milk because breast milk had not come out on the first day after birth. Only one person initiated the early breastfeeding initiation, who did not initiate the early breastfeeding because of cesarean sectio labor and the long process of sewing a vaginal tear. Workers give mothers milk for 6 months both breastfeeding directly and with breast milk, who breastfeed directly bring their children at work and some return home and office to breastfeed their children. The one who gives breast milk is the mother who entrusts her child at home when going to work. Conclusion: Workers give mothers breast milk for 6 months, although not exclusively because of breastfeeding that has not been released on the first day after giving birth and the mother's occupational factors.*

**Keywords :** *Ekslusive Breastfeedin, Working Mother, arly breastfeeding initiation*

## PENDAHULUAN

Air Susu Ibu Eksklusif yang selanjutnya disebut ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain<sup>1</sup>. World Health Organisation (WHO) merekomendasikan bahwa ibu memulai menyusui dalam waktu satu jam setelah lahir. Bayi harus disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupannya untuk mencapai pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan yang optimal, dan setelah usia 6 bulan, untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi harus menerima makanan pelengkap yang cukup dan aman secara gizi, sambil terus disusui. Menyusui harus dilanjutkan hingga dua tahun atau lebih<sup>2</sup>.

ASI menyediakan semua energi dan zat gizi yang dibutuhkan bayi untuk bulan-bulan pertama kehidupan. ASI tidak memberatkan fungsi traktus digestivus dan ginjal serta menghasilkan pertumbuhan fisik yang optimum<sup>3</sup>. ASI mempromosikan perkembangan sensorik dan kognitif, dan melindungi bayi dari penyakit menular dan menahun. ASI eksklusif mengurangi angka kematian bayi karena penyakit anak-anak yang umum seperti diare atau pneumonia, dan membantu pemulihan lebih cepat selama penyakit<sup>2</sup>.

Pemberian ASI sangat penting bagi tumbuh kembang yang optimal baik fisik maupun mental dan kecerdasan bayi. Oleh karena itu pemberian ASI perlu mendapat perhatian para ibu dan tenaga kesehatan agar proses menyusui dapat terlaksana dengan benar. Faktor keberhasilan dalam menyusui adalah: (1) komitmen ibu untuk menyusui, (2) pemberian ASI secara dini (*early initiation*) yang dimulai di tempat bersalin, (3) teknik dan posisi menyusui yang benar baik untuk ibu maupun bayi, (4) menyusui atas permintaan bayi (*on demand*), dan (5) diberikan secara eksklusif<sup>4</sup>.

Dewasa ini banyak perempuan terlibat di sektor publik. Bertambahnya jumlah kesempatan kerja, meningkatnya pendidikan, dan perubahan sosial ekonomi menyebabkan banyak ibu rumah tangga beralih menjadi ibu bekerja. Meningkatnya tenaga kerja perempuan agar dapat memengaruhi pemberian ASI eksklusif di Indonesia, karena dikhawatirkan tenaga kerja perempuan yang memiliki bayi mengalami kesulitan untuk memberikan ASI karena tidak mendapatkan kesempatan dan sarana untuk memberikan ASI di tempat kerja. Selain itu, pengetahuan ibu yang kurang mengenai manajemen laktasi dan konsisi psikologis ibu selama bekerja dapat memengaruhi pemberian ASI<sup>1</sup>.

Peran perempuan dalam dunia kerja tidak dapat diabaikan. Menurut data World Bank, secara global tingkat partisipasi angkatan tenaga kerja perempuan tengah mengalami peningkatan, meskipun peningkatan tersebut tidak terlalu tinggi. Sejak 1990-2005, tingkat partisipasi angkatan kerja perempuan bertambah sebesar 0,61%. pada 2006, tingkat partisipasi angkatan kerja perempuan mengalami penurunan menjadi 39,768% atau turun 0,082% dari tahun sebelumnya. Tren penurunan berlanjut selama 7 tahun hingga 2012 menjadi 39,251%. Kemudian, pada 2017 seiring dengan bertambahnya jumlah pekerja perempuan, tingkat partisipasi tersebut meningkat menjadi 39,298%<sup>5</sup>.

Data BPS tahun 2018 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin, terdapat perbedaan Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) antara laki-laki dan perempuan. pada Februari 2019, TPAK laki-laki sebesar 83,01 persen sedangkan TPAK perempuan hanya sebesar 55,44 persen. Namun demikian dibandingkan kondisi pada tahun 2017, TPAK perempuan meningkat sebesar 0.40 menjadi persen poin sedangkan TPAK laki-laki menurun 0.04 persen poin<sup>6</sup>.

Ibu bekerja tetap harus memberi ASI kepada bayinya. Jika memungkinkan bayi dapat dibawa ketempat ibu bekerja. Bila tempat bekerja dekat dengan rumah, ibu dapat pulang untuk menyusui bayinya pada waktu istirahat atau minta bantuan seseorang untuk membawa bayinya ketempat bekerja. Walaupun ibu bekerja dan tempat bekerja jauh dari rumah, ibu tetap dapat memberikan ASI kepada bayinya. Sebelum pergi bekerja ASI dikeluarkan dan dititipkan pada pengasuh bayi untuk diberikan kepada bayi<sup>7</sup>.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rizkianti et al., (2014), faktor-faktor keberhasilan praktik pemberian ASI Eksklusif di tempat kerja adalah pengetahuan tentang cara menyimpan ASI dan tata laksana pemberian ASI di tempat kerja, ketersediaan fasilitas dan sarana ASI, serta dukungan atasan kerja dan tenaga kesehatan<sup>8</sup>. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk meneliti tentang bagaimana praktik pemberian ASI pada ibu pekerja khususnya pada pegawai dan dosen perempuan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk menguraikan praktik pemberian ASI Eksklusif pada ibu Pekerja. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan September- Oktober tahun 2019 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo. Pengambilan subjek menggunakan metode *purposive sampling*. Informan pada penelitian ini adalah dosen pegawai perempuan yang memiliki anak usia 6-24 bulan yang memberikan Asi kepada anaknya dari 0-6 bulan. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi untuk memperoleh data berupa karakteristik responden dan informasi terkait praktik pemberian ASI Eksklusif pada ibu Pekerja. Analisis data dilakukan dengan cara analisis isi (*content analysis*) yang bersifat terbuka (*open ended*). Analisis data yang digunakan adalah analisa kualitatif dan dalam penyajiannya berdasarkan dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan.

## HASIL

### Karakteristik Ibu Pekerja di FKM UHO

Informan kunci adalah ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan dan telah menyusui anaknya minimal selama 0-6 bulan, pekerjaan informan adalah 2 orang informan sebagai dosen dan 2 orang informan sebagai pegawai honorer. Usia informan yaitu antara 29 tahun sampai 32 tahun. pendidikan informan yaitu 2 orang dengan pendidikan terakhir S2 (yang berprofesi sebagai dosen) dan 2 orang dengan pendidikan terakhir S1(yang berprofesi sebagai pegawai honorer).

### Praktek Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Pekerja di FKM UHO

Praktek Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu pekerja yaitu hanya satu orang ibu pekerja yang memberikan ASI secara Eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI. Tiga orang ibu pekerja memberikan ASI secara predomnan yaitu memberikan susu formula pada saat hari pertama setelah lahir karena ASI ibu belum keluar, dikasih air putih karena ibu terlambat pulang dari bekerja dan karena anak demam dan ASI sedikit keluar. Hal ini berdasarkan hasil wawancara berikut.

*"saya kasi ASI sj sampai 6 bulan, tidak pernah dikasi makanan atau minuman lain"*(Ny. CSI, 32 tahun)

*"saya kasih ASI selama 6 bulan, waktu pertama disusui ASI belum keluar jadi kasih sufor nanti setelah diurut besoknya keluarmi, dan pernah juga dikasi air putih sama mama karena saya terlambat pulang dan anak saya sudah haus sekali"*(Ny. RAB, 32 tahun)

*"dikasih ASI sampai 6 bulan sampai sekarang, Cuma pertamanya 4 hari pertama itu ASI saya belum keluar jadi dikasi sufor tapi setelah itu ASI terusmi"*(Ny. HAS, 29 tahun)

*"iya saya kasi ASI sampai 6 bulan dan smpai sekarang, waktu pertama langsung dikasi ASI tapi sedikit yang keluar jadi dikasih sufor, pernah dikasih minum air putih karena dia dehidrasi dan demam tapi itu saja, selain itu dikasih ASI terus saja"* (Ny. SYS, 31 tahun)

### Praktek Pemberian ASI Satu Jam Pertama Setelah Bayi Lahir (Inisiasi Menyusui Dini)

Praktek pemberian ASI satu jam pertama setelah bayi lahir yaitu hanya satu ibu pekerja yang melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) atas inisiatif sendiri yaitu dengan meletakkan bayi di atas perut ibu dan memposisikan bayi dekat dengan puting ibu, dan dua orang informan tidak melakukan IMD karena melahirkan secara caesar. Satu orang informan tidak melakukan IMD karena proses penjahitan yang terlalu sehingga informan tidak fokus lagi untuk elakukan IMD. Bagi Informan yang tidak melakukan IMD, informan memberikan ASI dengan cara mendekatkan puting payudara ibu ke mulut bayi dalam keadaan duduk dan berbaring. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut.

*"saya melahirkan di RS tidak IMD, tidak disuruh IMD, pas lahirkan operasi, ASI sudah keluar tetapi setengah mati duduk dan saya juga tidak tau menyusui baring, jadi dikasi susu formula dulu 4 hari sambil dikasih ASI"* (Ny. HAS, 29 tahun)

*"saya tidak melakukan IMD, petugas tidak menyarankan IMD karena pasca operasi sesar, saya memberikan ASI dengan mendekatkan mulut bayi ke puting dalam posisi baring, namun ASINya belum langsung keluar, tetapi karena anak yang terus mengisap puting, lama kelamaan ASI keluar sedikit demi sedikit"* (Ny. CSI, 32 tahun)

*“saya IMD, saya inisiatif sendiri, tapi belum keluar ASI, jadi dikasih susu formula, nanti setelah diurut baru keluar ASI besoknya baru keluar ASI” (Ny. RAB, 32 tahun)*

*“tidak IMD, petugas tidak menyuruh IMD, saya tau tentang IMD tapi karena terlalu lama dijahit jadi tidak terpikir IMD, jadi dikasih dekat diputing dalam keadaan duduk, bayi langsung mengisap puting, ASI masih jernih dan kuning-kuning” (Ny. SYS, 31 tahun)*

### **Praktek Pemberian ASI Selama 6 Bulan**

**Dalam** pemberian ASI kepada anaknya ada ibu pekerja memberikan ASI secara langsung dan ada juga memberikan dengan dua cara yaitu secara langsung dan ASI perah. Satu ibu pekerja yang menyusui anaknya secara langsung membawa anaknya saat bekerja. Tiga ibu pekerja menitip anaknya di rumah kepada ibunya atau ibu mertua saat pergi bekerja: satu ibu pekerja jika anaknya butuh ASI ibu pekerja pulang untuk menyusui anaknya dan setelah itu kembali lagi bekerja dan dua ibu pekerja lagi memberikan ASI perah saat bekerja, dan setelah pulang dari bekerja, anaknya disusui secara langsung. Satu Hal ini dapat diketahui dari hasil wawancara berikut

*“disusui langsung, karena dekat rumah jadi kalau menangis atau haus saya dihubungi sama orang di rumah dan balik ke rumah menyusui karena anaknya tidak mau minum di dot” (Ny. RAB, 32 tahun)*

*“kalau di rumah saya kasih menyusui langsung, kalau saya keluar pakai dot (ASI Perah)”(Ny. HAS, 29 tahun)*

*“saya menyusui anak saya secara langsung selama 6 bulan, ketika sudah mulai bekerja, saya meabwa anak saya ke kantor dan menyusui di ruangan” (Ny. CSI, 32 tahun)*

*“hari kerja di pompa di kantor, pulang dari kantor disusui langsung. Asi perah di berikan oleh mertua dan ipar ketika saya di kantor, hari libur disusui langsung” (Ny. SYS, 32 tahun)*

### **Cara Pemberian ASI, Durasi Waktu dan Jumlah Pemberian ASI**

Cara pemberian ASI yaitu tiga ibu pekerja memberikan ASI kepada bayi ketika bayi meminta atau menangis karena lapar dan satu orang informan memberikan setiap 2 jam sekali, lama pemberian sesuai dengan keinginan bayi atau sampai bayi melepas sendiri puting ibunya, dan diberikan secara bergantian payu dara kiri dan kanan. Hal sesuai hasil wawancara berikut

*“ASI langsung/ASI perah diberikan setiap minta (bayi kelihatan lapar/menangis, tidak pakai durasi waktu tertentu kecuali demam setelah imunisasi tiap satu jam saya susui, lama menyusui sesuai dengan keinginan bayi, sampai bayi yang melepas putingnya sendiri, dikasi bergantian payudara kanan dan kiri”(Ny. SYS, 31 tahun)*

*ASI langsung/ASI perah diberikan setiap minta, sampai bayi yang melepas putingnya sendiri, dikasi bergantian payudara kanan dan kiri”(Ny. HAS, 29 tahun)*

*“saat mau menangis minta disusui baru dikasi ASI, atau kalau payudara bengkak biar tidak menangis saya kasi (Ny. RAB, 32 tahun)*

*“Saya menyusui bayi ada durasinya setiap 2 jam, minimal 10 menit, tapi kalau 10 menit belum selesai juga saya tunggu sampai bayi melepas puting, diberikan bergantian payudara kiri dan kanan” (Ny. CSI, 32 tahun)*

Informan yang memberikan ASI perah diperoleh dengan cara menggunakan alat pompa elektrik, satu informan mempompa saat di kantor dan satu orang informan memompa di malam hari atau saat pagi sebelum berangkat bekerja, kemudia disimpan di kulkas, ASI perah akan diberika oleh ibu informan saat informan pergi bekerja, dengan cara di keluarkan dari kulkas kemudian dibiarkan sampai esnya hilang lalu direndam dalam wadah berisi air hangat. Hal sesuai dengan hasil wawancara berikut

*“Cara memompa yaitu di rumah botol di cuci bersih kemudian di bawah di kantor dan dipompa pake pompa elektrik baru nanti disimpan di coolerbag, sampai drumah disimpan di kulkas, disimpan dibagian bawah kulkas bukan di freezer, ASI paling lama 2 hari, kalau ASI perah hari ini diberikan untuk besoknya, nanti kalau mau minum susu di kasi keluar baru dihangatkan dengan cara dikasi kleyar dari kulkas samoai mencair semua esnya kalau ada, baru di hangatkan mi direndam di wadah yang berisi air hangat, oleh mertua atau ipar di rumah” (Ny. SYS, 31 tahun)*



*“saya pompa kalau malam atau pagi baru di simpan di kulkas, ada yang di simpan di fresher ada yang di simpan dibagian bawah, jadi kalau pagi sebelum ke kantor saya kasih keluar memang dari kulkas, nanti mama saya yang hangatkan (Ny. HAS, 29 tahun)*

## PEMBAHASAN

Pemberian ASI Eksklusif sangat penting bagi bayi untuk pertumbuhan yang sehat, namun tidak banyak ibu menyusui yang berhasil memberikan ASI eksklusif begitu juga dengan ibu bekerja. pada penelitian ini hanya satu ibu pekerja yang berhasil memberikan ASI Eksklusif kepada bayi hal ini karena ibu tersebut membawa anaknya saat bekerja sehingga dapat memberikan ASI kapan saja kepada bayinya. Ibu pekerja lainnya (n=3) tidak memberikan ASI secara Eksklusif tetapi memberikan secara predominant yaitu memberikan cairan/minuman selain ASI yaitu susu formula dan air putih. Hal ini disebabkan karena ASI belum keluar atau ASI keluar tapi jumlah sangat sedikit saat hari pertama setelah lahir, selain itu pemberian Air putih dilakukan karena bayi telah haus dan ibu pekerja terlambat pulang ke rumah untuk menyusui.

Interaksi segera antara ibu dan bayi dalam beberapa menit setelah kelahiran berhubungan erat dengan kesuksesan menyusui dan merupakan alternatif untuk mencegah pemberian makanan/minuman pralaktal. Ibu yang memberikan ASI dalam satu jam pertama setelah melahirkan mempunyai peluang 2 sampai 8 kali lebih besar untuk memberikan ASI eksklusif sampai 4 bulan dibandingkan dengan ibu yang tidak. Ibu yang segera kontak dan menyusui mempunyai potensi 50% lebih lama waktu menyusuinya dan lebih sedikit bayi yang terkena penyakit infeksi. Isapan bayi segera setelah persalinan sangat menguntungkan karena dapat mempercepat pelepasan plasenta dan mencegah perdarahan postpartum, serta bayi akan mendapatkan kolostrum<sup>9</sup>.

Pada penelitian ini hanya satu ibu pekerja yang melakukan Inisiasi Menyusui Dini setelah bayi lahir adalah ibu yang melahirkan secara normal, IMD dilakukan atas inisiatif sendiri dan bukan atas anjuran petugas kesehatan. Ibu pekerja yang lain (n=2) tidak melakukan IMD karena persalinan secara caesar sehingga sulit untuk melakukan IMD dan satu informan tidak IMD karena proses penjahitan robekan vagina yang lama. Menurut hasil Virariska, (2010) dan Bayu, (2013) ditemukan bahwa proporsi IMD lebih besar pada wanita yang melahirkan dengan metode persalinan pervaginam dibandingkan wanita yang melahirkan dengan metode persalinan seksio sesarea<sup>10,11</sup>. Hal ini terjadi karena ibu posisi ibu yang kurang tepat, nyeri pasca operasi, mobilisasi yang kurang dan adanya rawat pisah ibu dan anak dan juga akibat psikologis dan kondisi ibu sectio caesrea yang berbeda dengan ibu melahirkan normal<sup>12</sup>.

Ibu bekerja tetap harus memberi ASI kepada bayinya. Jika memungkinkan bayi dapat dibawa ketempat ibu bekerja. Bila tempat bekerja dekat dengan rumah, ibu dapat pulang untuk menyusui bayinya pada waktu istirahat atau minta bantuan seseorang untuk membawa bayinya ketempat bekerja. Walaupun ibu bekerja dan tempat bekerja jauh dari rumah, ibu tetap dapat memberikan ASI kepada bayinya. Sebelum pergi bekerja ASI dikeluarkan dan ditiptkan pada pengasuh bayi untuk diberikan kepada bayi<sup>7</sup>. dalam pemberian ASI kepada anaknya ada ibu pekerja memberikan ASI secara langsung dan ada yang memberikan ASI perah. Satu ibu pekerja yang menyusui anaknya secara langsung membawa anaknya saat bekerja. Tiga ibu pekerja menitip anaknya di rumah kepada ibunya atau ibu mertua saat pergi bekerja, satu ibu pekerja jika anaknya butuh ASI ibu pekerja pulang untuk menyusui anaknya dan setelah itu kembali lagi bekerja dan dua ibu pekerja lagi memberikan ASI perah saat bekerja, dan setelah pulang dari bekerja, anaknya disusui secara langsung.

Cara pemberian ASI yaitu 3 ibu pekerja memberikan ASI kepada bayi ketika bayi meminta atau menangis karena lapar dan satu orang informan memberikan setiap 2 jam sekali, lama pemberian sesuai dengan keinginan bayi atau sampai bayi melepas sendiri puting ibunya, dan diberikan secara bergantian payu dara kiri dan kanan. Hal ini sesuai dengan anjuran IDAI, (2013) Susui bayi sesering mungkin sesuai dengan kebutuhan bayi, sedikitnya lebih dari 8 kali dalam 24 jam. Awalnya bayi menyusu sangat sering, namun pada usia 2 minggu frekuensi menyusu akan berkurang. Bayi sebaiknya disusui sesering dan selama bayi menginginkannya bahkan pada malam hari. Bayi yang puas menyusu akan melepaskan payudara ibu dengan sendirinya, ibu tidak perlu menyetopnya. Lamanya menyusu berbeda-beda tiap periode menyusu. Rata-rata bayi menyusu selama 5-15 menit, walaupun terkadang lebih. Bayi dapat mengukur sendiri kebutuhannya. pada hari-hari pertama atau pada bayi berat lahir rendah (kurang dari

2500 gram), proses menyusui terkadang sangat lama dan hal ini merupakan hal yang wajar. Sebaiknya bayi menyusui pada satu payudara sampai selesai baru kemudian bila bayi masih menginginkan dapat diberikan pada payudara yang satu lagi sehingga kedua payudara mendapat stimulasi yang sama untuk menghasilkan ASI<sup>13</sup>.

Selain menyusui secara langsung terdapat ibu pekerja juga memberikan ASI perah kepada bayinya yaitu saat mereka bekerja, ASI perah diberikan oleh ibu atau ibu mertua yang menjaga anak dirumah. Mensah (2011) dalam risetnya mengungkapkan banyak ibu yang kembali bekerja setelah melahirkan bayi mereka dan harus meninggalkan bayi mereka dirumah. Mereka tidak dapat menyusui bayinya dengan baik seperti yang dipersyaratkan oleh WHO karena kurangnya fasilitas tempat kerja. dalam hal ini bekerja bukan alasan untuk menghentikan pemberian ASI secara eksklusif selama paling sedikit 4 bulan dan ibu bekerja dianjurkan memberikan ASI perah pada bayinya selama ditinggal ibu bekerja<sup>14</sup>.

Ibu pekerja telah mengetahui dengan baik cara pemerahan/memompa ASI, cara menyimpan dan cara memberikan ASI yaitu botol di cuci bersih kemudian disterilkan dengan air panas, ASI dipompa menggunakan pompa elektrik baru nanti disimpan di coolerbag, sampai dirumah disimpan di kulkas, disimpan dibagian bawah kulkas bukan di freezer, ASI paling lama 2 hari, kalau ASI perah hari ini diberikan untuk besoknya, nanti kalau mau minum susu di kasi keluar baru dihangatkan dengan cara dikeluarkan dari kulkas sampai mencair semua esnya kalau ada, baru di hangatkan dengan direndam diwadiah yang berisi air hangat.

## SIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa satu orang pekerja berhasil memberikan ASI Eksklusif dan 3 ibu bekerja memberikan ASI predominant karena ASI belum keluar saat hari pertama setelah kelahiran. Hanya satu orang yang melakukan IMD, yang tidak melakukan IMD karena persalinan caesar dan proses penjahitan robekan vagina yang lama. Ibu pekerja memberikan ASI selama 6 bulan baik menyusui secara langsung maupun dengan ASI perah, yang menyusui secara langsung membawa anaknya saat bekerja dan ada yang pulang balik rumah dan kantor untuk menyusui anaknya. Yang memberikan ASI perah adalah ibu yang menitipkan anaknya di rumah saat pergi bekerja.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. (2013). Situasi dan Analisis ASI Eksklusif. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
2. WHO. (2017). 10 facts on breastfeeding. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>, diakses pada tanggal 23 Juli 2018.
3. Adriani dan Wirjatmadi. (2012). Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan. Jakarta: Kencana.
4. Roesli, U. (2005). Mengenal ASI Eksklusif. Jakarta: Trubus Agriwidya
5. World Bank. (2017). Persentase Perempuan dalam Angkatan Kerja Global
6. Badan Pusat Statistik. (2018). Keadaan Ketenagakerjaan Indonesia Februari 2018
7. IDAI. (2013). ASI Eksklusif pada Ibu yang Bekerja. <http://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/asi-eksklusif-pada-ibu-yang-bekerja>, diakses pada tanggal 24 Juli 2018.
8. Rizkianti, A., Dkk. (2014, Desember). Analisis Faktor Keberhasilan Praktik Pemberian ASI Eksklusif di Tempat Kerja pada Buruh Industri Tekstil di Jakarta. Buletin Penelitian Kesehatan, 42(4), 237-248
9. Linda Amalia dan Yovsha. 2009. Pemberian ASI segera pada Bayi Baru Lahir. Jurnal Kesehatan Nasional Vol 3(4) : 171-176
10. Sheilla Virarisca dkk. (2010). Metode persalinan dan hubungannya dengan inisiasi menyusui dini di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Jurnal Gizi Klinik Indonesia, 7(2), 92-98
11. Kurniawan, Bayu. (2013, Agustus). Determinan Keberhasilan Pemberian Air Susu Ibu eksklusif. Jurnal Kedokteran Brawijaya, 27(4)
12. Desmawati. (2013). Penentu Kecepatan Pengeluaran Air Susu Ibu Setelah Sectio Caesarea. Artikel Penelitian Fakultas Ilmu Kesehatan UPN Veteran, 360-363.
13. Roesli, U dan Yohmi, E. (2013). <http://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/manajemen-laktasi>, Diakses Tanggal 12 Oktober 2019
14. Mensah, A,O. (2011). The Influence of Workplace Facilities on Lactating Working Mothers' Job Satisfaction and Organizational Commitment: A Case Study of Lactating Working Mothers in Accra, Ghana. International Journal of Business and Management, 6(7).

# RENDAHNYA PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA ANAK ETNIK PESISIR BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT TROPIS

## *THE LOW LEVEL OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN COASTAL ETHNIC CHILDREN IS ASSOCIATED WITH THE INCIDENCE OF TROPICAL DISEASES*

Wa Ode Salma<sup>1\*</sup>, Suhadi<sup>2</sup>, La Ode Muhamad Sety<sup>3</sup>, Irma<sup>3</sup>, Asriati<sup>4</sup>, Marni Karo<sup>5</sup>

Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo, Kendari- Indonesia<sup>1</sup>  
Bagian Kebijakan dan Administrasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo, Kendari-  
Indonesia<sup>2</sup>

Bagian Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo, Kendari- Indonesia<sup>3</sup>

Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Halu Oleo, Kendari- Indonesia<sup>4</sup>

Program Studi Kebidanan, Sekolah Tinggi Kesehatan Medistra Jakarta. Indonesia<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Email: [waode.salma@uho.ac.id](mailto:waode.salma@uho.ac.id)

### ABSTRAK

Latarbelakang: Kejadian penyakit infeksi pada Negara beriklim Tropis, berdampak pada penghambat pertumbuhan dan perkembangan anak-anak dimasa depan, mungkin disebabkan rendahnya pemberian ASI eksklusif dan asupan makan yang tidak optimal. Tujuan: Kami ingin mengetahui apakah ASI eksklusif merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit tropis pada anak balita etnik Pesisir di Provinsi Sulawesi Tenggara. Metode: Jenis penelitian survey analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional study. Data diperoleh pada bulan Mei sampai dengan November tahun 2014. Teknik pengambilan sampel secara random sampling dengan pemilihan secara Klaster berdasarkan Etnik pada masyarakat yang berdomisili di Wilayah Pesisir Sulawesi Tenggara terdiri dari Etnik Tolaki, Etnik Muna, Etnik Buton dan Enik Bugis Makassar. Selanjutnya dilakukan pemilihan Rumah tangga yang memiliki anak umur 12-36 bulan sebanyak 69 setiap Klaster, sehingga jumlah sampel 275 orang dari 4 Etnik rumah tangga tersebar di kabupaten/kota. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi dan kuesioner untuk Ibu serta melakukan pengukuran Antropometri pada anak. Analisis data menggunakan uji chi square, dengan nilai signifikan  $p < 0.05$  dan dilanjutkan uji regresi logistik. Hasil: Kejadian penyakit Tropis pada anak Etnik Pesisir di Provinsi Sulawesi Tenggara berhubungan dengan rendahnya pemberian ASI Eksklusif dan Asupan makanan ( $P > 0.05$ ) namun faktor yang sangat memengaruhi timbulnya kejadian penyakit Tropis adalah ASI Eksklusif, 1,967 kali lebih besar dibanding variabel lain. Kesimpulan: Pentingnya pemberian ASI Eksklusif dalam upaya mencegah dampak penyakit Tropis pada anak-anak Etnik Pesisir.

**Keywords:** Etnik Pesisir, Penyakit Tropis, ASI Eksklusif, Balita

### ABSTRACT

*Background: The incidence of infectious diseases in tropical countries, has an impact on the growth and development of children in the future, may be caused by low exclusive breastfeeding and suboptimal food intake. The Objective: We want to know whether exclusive breastfeeding is a factor related to the incidence of tropical diseases in coastal ethnic toddlers in Southeast Sulawesi Province. Method: This type of analytic survey research uses a cross sectional study approach. Data was obtained from May to November 2014. Random sampling techniques by clustering based on ethnicity for people who live in the Southeast Sulawesi Coastal Region consist of Tolaki, Muna, Buton and Makassar Bugis ethnic groups. Furthermore, there were 69 households selected for children aged 12-36 months in each cluster, so that a sample of 275 people from 4 Ethnic households was spread across the district / city. The research instrument used observation sheets and questionnaires for mothers and carried out anthropometric measurements in children. Data analysis used chi square test, with a significant value of  $p < 0.05$  and logistic regression test was continued. Results: Occurrence of Tropical Disease among Coastal Ethnical Children in Southeast Sulawesi Province was associated with low exclusive breastfeeding and food intake ( $P > 0.05$ ) but the factors that greatly influenced the occurrence of tropical disease were exclusive breastfeeding, 1,967 times greater*

than other variables. Conclusion: The importance of exclusive breastfeeding in the effort to prevent the effects of tropical diseases on Ethnic Coastal children.

**Keyword:** Coastal Ethnic of Southeast Sulawesi, Exclusive breastfeeding, children

## PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu Negara beriklim Tropis, khususnya di Wilayah Pesisir Provinsi Sulawesi Tenggara, memiliki kelembaban yang sangat mudah untuk pertumbuhan dan perkembangan bakteri dan virus. Beberapa penyakit infeksi seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), Demam Typoid dan Tuberculosis, merupakan penyakit Tropis yang sering meyerang bayi dan anak balita yang bermukim di Wilayah Pesisir, jika tidak cepat teratasi anak akan mengalami Malnutrisi<sup>1</sup>. Kejadian malnutrisi umumnya pada anak berusia di bawah lima tahun akibat infeksi karena diare dikaitkan dengan rendahnya pemberian ASI eksklusif pada awal kelahiran<sup>2</sup>. Penyakit diare menyumbang sekitar 1.34 juta kematian di antara anak-anak umur 0-59 bulan dan merupakan penyebab utama kematian, diduga anak-anak tersebut kurang mendapat air susu ibu (ASI) secara eksklusif<sup>3</sup>. Anak-anak yang tidak mendapat ASI eksklusif hingga usia 6 bulan kelahiran mungkin mereka menderita berbagai penyakit infeksi dan mengalami kurang gizi<sup>4</sup>.

Berbagai cara intervensi pencegahan dan terapeutik telah dirancang untuk penurunan angka kematian dan kecacatan pada anak-anak, di antaranya menyusui dini atau pemberian ASI secara eksklusif, bertujuan untuk mengurangi kematian neonatal dan bayi serta merupakan intervensi yang paling efektif dari segi biaya dan untuk melindungi anak-anak terhadap diare dan semua penyebab kematian<sup>5</sup>. Beberapa studi menunjukkan bahwa ASI eksklusif mengandung nutrisi dan zat bioaktif yang berperan penting untuk kelangsungan hidup sel dan sebagai agen anti-infeksi dan anti-inflamasi, faktor pertumbuhan, dan prebiotic<sup>6</sup>. Selain itu ASI mengandung zat makronutrien yang berkualitas sehingga berkontribusi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak-anak pada awal kelahiran sampai usia dua tahun<sup>7</sup>. Pemberian ASI eksklusif dan dilanjutkan sampai usia 2 tahun kemungkinan akan memperkecil resiko terkena penyakit infeksi, namun jika kebutuhan ASI anak tidak terpenuhi kemungkinan menyebabkan gangguan gizi yang berdampak bagi pertumbuhan dan perkembangan anak-anak tidak optimal.

Secara keseluruhan prevalensi anak kurus dan sangat kurus pada balita yang bermukim di Wilayah Pesisir Provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 13,0 %, dan anak yang pernah terkena penyakit infeksi sebesar 76,6%<sup>1</sup>. World Health Organization, merekomendasikan bahwa dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat jika indikator Prevalensi kekurusan (BB/TB) antara 10,0 - 14,0 % sebagai masalah serius, dan dianggap kritis bila  $\geq 15,0$  %<sup>8</sup>. Secara global didunia prevalensi anak usia dibawah lima tahun yang mengalami *underweight* ialah 14% (94,5 juta)<sup>9</sup>. Laporan riset kesehatan dasar tahun 2013, cakupan ASI eksklusif di Indonesia secara Nasional masih rendah, menunjukkan angka 34.5 %<sup>10</sup>, angka ini kemungkinan anak beresiko tinggi terkena penyakit infeksi. Selain itu kejadian diare pada tahun 2017, lebih dari 7 juta kasus dengan presentase kasus yang ditangani hanya 60,4%<sup>11</sup>, sedangkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, jumlah kasus diare yang ditangani pada tahun 2017 sebanyak 39.913 kasus atau hanya 53,72%<sup>12</sup>. Tingginya kasus kejadian penyakit infeksi menjadikan dasar kami ingin melakukan studi lanjutan dengan tujuan ingin mengetahui apakah ASI eksklusif merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit tropis pada anak balita Etnik Pesisir di Provinsi Sulawesi Tenggara.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian survey analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Data diperoleh pada bulan Mei sampai dengan Oktober 2014. Sampel penelitian adalah ibu dan anak umur 12-36 bulan. Tehnik pengambilan sampel secara random sampling dengan pemilihan secara Klaster berdasarkan Etnik pada masyarakat yang berdomisili di Wilayah Pesisir Sulawesi Tenggara terdiri dari Etnik Tolaki, Etnik Muna, Etnik Buton dan Etnik Bugis Makassar. Selanjutnya dilakukan pemilihan Rumah tangga sebanyak 69 setiap Klaster. Sebanyak 275 sampel dari 4 etnik tersebar di kabupaten/kota Provinsi Sulawesi Tenggara. Instrumen penelitian menggunakan lembar Observasi dan Kuesioner serta melakukan pengukuran Antropometri anak balita dengan menggunakan timbangan bayi dengan merek *Fokal Japan* dengan spesifikasi 0,1kg, dan timbangan dacin dengan spesifikasi 0,1kg sedangkan tinggi badan anak

menggunakan mikrotis no 265M sebaran oleh Dinas Kesehatan Provinsi dengan spesifikasi 0,1cm, meteran merek *Butterfly* dengan spesifikasi 0,1cm. Pengumpulan data Primer dengan kunjungan rumah untuk mendapatkan informasi Keterangan rumah tangga meliputi identitas keluarga dan keterangan individu meliputi, penyakit infeksi, pemberian ASI Eksklusif, asupan makan dan pola pengasuhan anak. Adapun Pengumpulan data sekunder didapat dari data puskesmas dan hasil pemeriksaan kesehatan responden, KMS anak balita, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Sulawesi Tenggara, dan data BPS tahun 2013. Analisis data menggunakan uji *chi square*, dengan nilai kemaknaan  $p < 0,05$  dan dilanjutkan uji regresi logistik.

## HASIL PENELITIAN

**Tabel 1. Persentase faktor penyebab penyakit Tropis pada anak Etnik Pesisir Di Wilayah Provinsi Sulawesi Tenggara, tahun 2014**

Variabel	Jumlah Sampel	
	(n-275)	%
<b>Asupan Makanan:</b>		
- Berisiko	124	45.1
- Tidak Berisiko	151	54.9
<b>Pengasuhan Anak</b>		
- Berisiko	33	12.0
- Tidak Berisiko	242	88.0
<b>ASI Eksklusif</b>		
- Tidak	175	57.1
- Ya	100	42.9
<b>Penyakit Infeksi</b>		
- Ya	143	52.0
- Tidak	132	48.0

Hasil analisis Bivariat pada tabel 2, memperlihatkan bahwa asupan makanan dan pemberian ASI Eksklusif pada anak etnik pesisir menunjukkan ada hubungan secara signifikan ( $P < 0.05$ ) dengan penyakit infeksi sedangkan pola pengasuhan anak tidak ( $P > 0.05$ ). Selanjutnya dilakukan analisis Multivariat seperti yang ditampilkan pada tabel 3, dengan analisis uji regresi logistik ganda untuk mencari faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian penyakit Tropis. Hasil dari regresi logistik tidak bisa langsung diinterpretasikan dari nilai koefisiennya seperti pada regresi linier. Interpretasi dapat dilakukan dengan melihat nilai dari  $\exp(B)$  (nilai estimasi *odds ratio*) atau nilai eksponen dari koefisien persamaan regresi yang terbentuk. Secara keseluruhan model ini dapat memprediksi besar/kecilnya, tinggi/rendahnya pengaruh faktor yang ada dalam hubungannya dengan kejadian penyakit tropis hasil akhirnya sebesar 62.2%.

**Tabel 2. Analisis faktor penyebab penyakit Tropis pada anak Etnik Pesisir Di Provinsi Sulawesi Tenggara, tahun 2014**

Asupan Makanan	Infeksi				Jumlah		<i>P value</i>
	Ya		Tidak		N	%	
	N	%	N	%			
Berisiko	50	40.3	74	59.7	124	100.0	0.001
Tidak Berisiko	193	61.6	58	38.4	151	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>143</b>	<b>52.0</b>	<b>132</b>	<b>48.0</b>	<b>275</b>	<b>100.0</b>	
Pola Pengasuhan Anak	Infeksi				Jumlah		<i>P value</i>
	Ya		Tidak		N	%	
	N	%	N	%			
Berisiko	21	63.6	12	36.4	33	100.0	0.215
Tidak Berisiko	122	50.4	120	49.6	242	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>143</b>	<b>52.0</b>	<b>132</b>	<b>48.0</b>	<b>275</b>	<b>100.0</b>	

ASI Eksklusif	Infeksi				Jumlah		P value
	Ya		Tidak		N	%	
	N	%	N	%			
Tidak	78	44.6	97	55.4	175	100.0	0.002
Ya	65	65.0	35	35.0	100	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>143</b>	<b>52.0</b>	<b>132</b>	<b>48.0</b>	<b>275</b>	<b>100.0</b>	

**Tabel 3. Hasil analisis uji regresi logistik, penyebab penyakit Tropis pada anak Etnik Pesisir Di Provinsi Sulawesi Tenggara, Tahun 2014**

	Variabel	B	Nilai p	Exp(B)
<i>Step 2</i>	Asupan Makanan	0.605	0.028	1.832
	Pola Pengasuhan	-0.748	0.061	0.473
	ASI Eksklusif	0.676	0.020	1.967
	<i>Constant</i>	-0.700		
	<i>Overall Percentage</i>	62.2		

Dari beberapa tahapan yang dilalui dalam model *backward* yang mengeluarkan satu-persatu variable yang dinilai kurang memberi pengaruh mulai dari pengaruh terkecil. Jadi dari hasil regresi logistik tersebut di atas yang diperoleh dari tahapan terakhir (*step 2*) sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel yang sangat berpengaruh dalam kejadian penyakit tropis adalah ASI Eksklusif yang rendah dengan nilai sebesar 1.967 kali lebih besar dari variabel lain.

## PEMBAHASAN

Penyakit Tropis pada anak balita yang bertempat tinggal di Wilayah Pesisir Provinsi Sulawesi Tenggara masih cukup tinggi, umumnya anak menderita ISPA dan diare, berdasarkan riwayat penyakit anak yang pernah terkena penyakit infeksi 6 bulan terakhir sebesar 52 % dan jumlah anak yang tidak diberi ASI eksklusif sebesar 57,1 %. Secara statistik kejadian penyakit Tropis pada anak Etnik Pesisir di Provinsi Sulawesi Tenggara berhubungan dengan rendahnya pemberian ASI Eksklusif dan Asupan makanan ( $P>0.05$ ), namun faktor yang sangat memengaruhi timbulnya kejadian penyakit Tropis adalah ASI Eksklusif, 1.967 kali lebih besar dibanding variabel lain. Hasil observasi dan wawancara kami, diketahui alasan utama responden tidak memberi ASI eksklusif pada anak mereka karena ASI yang pertama kali keluar dibuang, dianggap tidak bersih dan kepercayaan masyarakat setempat bahwa bayi yang berusia 40 hari atau usia 1 bulan ASI tidak cukup memenuhi kebutuhan bayi sehingga untuk memperkenalkan makanan di mulai dengan pemberian buah pisang dan selanjutnya disesuaikan dengan usia 2 atau 3 bulan mulai diberi bubur saring. Keadaan ini diduga karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan lain sehingga anak-anak Etnik Pesisir di Provinsi Sulawesi Tenggara rentan terhadap penyakit infeksi terutama dengan gejala diare. Meskipun terjadi penurunan angka infeksi sebesar 24% dari 76% yang telah dilaporkan oleh penelitian kami sebelumnya menjadi 52% pada studi ini, namun angka ini masih dianggap cukup tinggi. Laporan studi Strand, et al., menunjukkan 9 kali peningkatan risiko infeksi karena diare pada anak-anak yang tidak mendapat ASI eksklusif<sup>13</sup>.

Di Afrika, Asia, Amerika Latin, dan Karibia, hanya 47-57% bayi kurang dari dua bulan dan 25-31% bayi 2-5 bulan disusui secara eksklusif, dan proporsi bayi usia 6-11 bulan menerima ASI lebih rendah<sup>14</sup>. Laporan hasil studi tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil studi kami dan menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif pada anak etnik pesisir di Wilayah Provinsi Sulawesi Tenggara hanya 42, 9%. Perlu upaya pentingnya edukasi dan peningkatan kesadaran ibu dan masyarakat setempat untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif. Selain itu diharapkan kebijakan pemerintah dan praktisi kesehatan dalam upaya mempromosikan pemberian ASI eksklusif dalam skala besar. Jika anak tidak

diberi ASI eksklusif mungkin akan mengalami resiko terpapar lebih dari satu penyakit Tropis seperti diare dan ISPA. Laporan hasil studi oleh Arifeen, et al, melakukan studi observasional prospektif terhadap 1677 bayi yang lahir di daerah kumuh Dhaka di Bangladesh dan diikuti sejak lahir hingga usia 12 bulan, menunjukkan bahwa parsial atau tidak menyusui dikaitkan dengan 2.23 kali risiko kematian bayi yang lebih tinggi dari semua penyebab dan 3.94 kali berisiko kematian terkait dengan diare, dibandingkan dengan anak yang diberi ASI eksklusif<sup>15</sup>.

Pemberian ASI eksklusif yang tidak optimal pada bayi usia 0-5 bulan dan tidak menyusui pada anak usia 6-23 bulan berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas karena diare, dan secara khusus tidak menyusui menghasilkan risiko mortalitas diare yang tinggi dibandingkan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-5 bulan (RR: 10.52) dan menyusui pada anak usia 6-23 bulan (RR: 2.18)<sup>16</sup>. Studi lain menunjukkan bahwa hasil review dari 619 artikel dan 32 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam meta-analisis menunjukkan bahwa ibu yang menghadiri kunjungan antenatal dan yang melahirkan di institusi kesehatan memiliki praktik pemberian ASI eksklusif yang lebih baik<sup>17</sup>. Efektivitas intervensi dukungan menyusui untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan adalah signifikan (rasio odds [OR] = 2.77; 95% interval kepercayaan [CI]: 1.81-3.76)<sup>18</sup>.

Dukungan WHO dan Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan, membuat rekomendasi pada ibu untuk menyusui secara eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya, sesudah umur 6 bulan, bayi baru dapat diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dan ibu tetap memberikan ASI sampai anak berumur minimal 2 tahun. Hal ini untuk meminimalkan resiko kejadian penyakit infeksi dan gangguan gizi pada anak. Hasil studi Giri, dkk, menunjukkan ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi balita usia 6-24 bulan, dimana ibu yang memberikan ASI Eksklusif akan semakin baik status gizi balitanya dibanding ibu yang tidak memberikan ASI Eksklusif<sup>19</sup>. Sebaliknya balita yang tidak mendapat ASI eksklusif lebih berisiko mengalami penyakit infeksi terutama penyakit diare. Diare berkontribusi terhadap terjadinya kekurangan gizi, kehilangan elektrolit tubuh, dan malabsorpsi, serta gangguan pertumbuhan dan kejadian stunting pada anak<sup>20</sup>.

Pentingnya pemberian ASI eksklusif terkait dengan imunitas tubuh dan factor pertumbuhan anak. Diketahui cairan ASI pertama yang diproduksi oleh ibu setelah melahirkan adalah kolostrum, mengandung antibodi spesifik IgM dan IgG<sup>21</sup>, antibodi IgA, leukosit, serta faktor perkembangan seperti faktor pertumbuhan epidermal (EGF) dan konsentrasi laktosa yang relatif rendah<sup>22</sup>. Studi lain menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara status kesehatan ibu/bayi dan tingkat leukosit ASI yang tinggi, hal ini diduga karena pada periode postpartum awal, kolostrum mengandung sejumlah besar leukosit (13–70 % dari total sel) dan tingkat imunoglobulin dan laktoferin yang tinggi<sup>23</sup>. Selain itu ASI mengandung hormon Adiponektin yang berperan dapat menembus dinding usus, diduga hormon ini dapat mengatur metabolisme bayi dan menekan peradangan<sup>24</sup>. Hormon erythropoietin juga ditemukan dalam ASI mungkin bertanggung jawab untuk meningkatkan sel darah merah dan dapat membantu mengurangi risiko enterocolitis pada anak<sup>25</sup>.

## SIMPULAN

Menerapkan strategi edukasi dan kesadaran ibu terutama masyarakat Etnik Pesisir dalam praktik menyusui diawal kelahiran (ASI Eksklusif) hingga anak usia 2 tahun menjadi prioritas penting, selain itu peningkatan pengetahuan ibu tentang pentingnya makanan bergizi untuk meningkatkan kualitas nutrisi ASI mereka mungkin akan mengurangi beban penyakit infeksi dan efek negatifnya pada pertumbuhan dan perkembangan pada anak Etnik Pesisir dimasa depan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Salma W.O, Sety M, Suhadi, Sudayasa S. (2014). Identifikasi Faktor Penyebab Gangguan Gizi yang Berhubungan dengan Penyakit Tropis di wilayah Pesisir Sulawesi Tenggara. *Jurnal Ilmiah Gema Nusa Akademika*, volume 1, Nomor 1.
2. Oktaria V, Lee K.J, Bines J.E, Watts E, Satria.CD, Atthobari J, Nirwati H,et al. (2017). Nutritional status, exclusive breastfeeding and management of acute respiratory illness and diarrhea in the first 6 months of life in infants from two regions of Indonesia. *BMC Pediatr*, 17: 211.

3. Black R.E, Cousens S, Johnson H.L, Lawn J.E, Rudan I, Bassani D.G, et al. (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*, 375: 1969–1987.
4. Nuruzzaman Khan M, and Mofizul Islam M (2017) Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes: a nationally representative study. *BMC Public Health*. 17: 889.
5. Christie G, Turin M.D, Theresa J, Ochoa. (2014). The Role of Maternal Breast Milk in Preventing Infantile Diarrhea in the Developing World. *Curr Trop Med Rep*, 1(2): 97–105.
6. [Ballard O, Morrow](#) A.L. (2013). Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am*, 60 (1): 49–74.
7. Czosnykowska-Lukacka M, Królak-Olejnik B, Orczyk-Pawilowicz M. (2018). Breast Milk Macronutrient Components in Prolonged Lactation. *Nutrients*. 10(12): 1893.
8. World Health Organization. (2010), Interpretation Guide Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators.
9. World Health Organization. (2017). Global Nutrition Report 2017. Nourishing the SDGs. Bristol. Inggris.
10. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kemenkes RI. Jakarta. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
11. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017. Kemenkes RI. Jakarta.
12. Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. 2018. Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara Tahun 2017. Dinkes Sultra. Kendari.
13. Strand T.A, Sharma P.R, Gjessing H.K, Ulak M, Chandyo R.K, Adhikari R.K, et al. (2012). Risk factors for extended duration of acute diarrhea in young children. *PloS ONE*, 7(5)
14. Black R.E, Allen L.H, Bhutta Z.A, Caulfield L.E, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260
15. Arifeen S, Black,R.E, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. (2001). Exclusive Breastfeeding Reduces Acute Respiratory Infection and Diarrhea Deaths Among Infants in Dhaka Slums. *Pediatrics*, 108 (4): E67.
16. Lamberti L.M, Walker F.C, Noiman A, Victora C, Black R.E. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*, 11(Suppl 3):S15
17. Alebel A, Tesma C, Temesgen B, Ferede A, Kibret G.D. (2018). Exclusive breastfeeding practice in Ethiopia and its association with antenatal care and institutional delivery: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*, 13:31
18. Kim S.K, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. (2018). Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*, 80: 94-105.
19. Giri, MKW., Muliarta, IW., Wahyuni, NPDS. 2013. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan di Kampung Kajanan, Buleleng. *Jurnal Sains dan Teknologi* 2 (1): 184-192.
20. Dahliansyah, Hanim D., Salimo H. 2018. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif, Status Gizi, dan Kejadian Diare dengan Perkembangan Motorik pada 1000 Hari Pertama Kehidupan. *Sari Pediatri* 20 (2): 70-78
21. Gao X, McMahon R.J, Woo J.G, Davidson B.S, Morrow A.L, Zhang Q. (2012). Temporal changes in milk proteomes reveal developing milk functions. *J Proteome Res*, 11(7):3897–3907.
22. Castellote C, Casillas R, Ramirez-Santana C, Perez-Cano F.J, Castell M, Moretones M.G, et al. (2011). Premature delivery influences the immunological composition of colostrum and transitional and mature human milk. *The Journal of nutrition*, 141(6):1181–1187.
23. Hassiotou, F., Hepworth, A.R., Metzger, P., Lai, C.T., Trengove, N., Hartmann, P.E., & Filgueira L. (2013). Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunology*, 2 (4): e3.
24. Newburg, D.S., Woo, J.G., & Morrow, A.L. (2010). Characteristics and potential functions of human milk adiponectin. *J. Pediatr*, 156:S41–S46.
25. Shiou S.R, Yu Y, Chen S, Ciancio M.J, Petrof E.O, Sun J, Claud E.C. (2011). Erythropoietin protects intestinal epithelial barrier function and lowers the incidence of experimental neonatal necrotizing enterocolitis. *J. Biol. Chem*, 286 (14):12123–12132.



# PENGARUH PENDIDIKAN GIZI ANEMIA TERHADAP ASUPAN ZAT BESI (Fe) DAN PROTEIN PADA ANAK REMAJA SMA NEGERI 21 MAKASSAR

## *THE INFLUENCE OF ANEMIA NUTRITION EDUCATION CHANGES Fe INTAKE AND PROTEIN INTAKE IN ADOLESCENT CHILDREN OF SMA 21 MAKASSAR*

Darmayanti Waluyo<sup>1</sup>

Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Program Studi Ilmu Gizi, ITK Avicenna Kendari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Email : [darmayanti218@gmail.com](mailto:darmayanti218@gmail.com)

### ABSTRAK

Anemia merupakan keadaan jumlah eritrosit atau kadar Hb dalam darah kurang dari normal (12 g/dl) pada remaja perempuan >15 tahun. Penelitian ini bertujuan untuk menilai perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pendidikan gizi anemia pada remaja kelas X di SMA Negeri 21 Makassar. Penelitian ini adalah penelitian Quasy-experiment dengan desain penelitian "Pretest-Posttest with Control Group". dalam penelitian ini kelompok intervensi diberikan pendidikan gizi melalui penyuluhan, leaflet dan media social (WA), sedangkan untuk kelompok kontrol melalui leaflet. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi siswa putri yang dibagi ke dalam 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing jumlah sampel 24 orang tiap kelompok. Hasil penelitian dilihat dari nilai Delta tidak ada perbedaan asupan zat gizi Zat besi (p value=0,161), dan Protein (p value=0,503). Untuk frekuensi makan tidak ada perbedaan setelah mendapatkan intervensi pendidikan gizi anemia. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah tidak ada perbedaan asupan zat gizi Zat besi, dan asupan protein.

**Kata Kunci:** Anemia, Pendidikan Gizi, asupan zat besi, asupan protein.

### ABSTRACT

*Anemia is a state of erythrocytes or less than normal (12 g / dl) of Hb in a female adolescent >15 years. This study aimed to assessing differences in knowledge before and after anemia nutrition education intervention in adolescents at SMA Negeri 21 Makassar. This research is Quasy-experiment research with research design "Pretest-Posttest with Control Group". In this study the intervention group was given nutrition education through counseling, leaflet and social media (WA), while for control group only through leaflet. The sample in this study was a portion of the female student population that meets divided into 2 groups namely the intervention group and the control group of each sample number of 24 people per group. The results in terms of Delta value, there is no difference of nutrient intake of iron (p value = 0,161), and Protein (p value = 0,503). For frequency of eating there is no difference after getting anemia nutrition education intervention. The conclusion in this research is that there was no difference in nutrient intake of Fe, and protein intake.*

**Keywords:** Anemia, Nutrition Education, Fe intake, protein intake.

### PENDAHULUAN

Pemenuhan kebutuhan zat gizi pada masa remaja perlu diperhatikan karena terjadinya peningkatan kebutuhan zat gizi untuk mendukung pertumbuhan, perkembangan fisik dan psikis. Perubahan gaya hidup dan kebiasaan makan pada remaja memengaruhi kebutuhan dan asupan zat gizi<sup>1</sup>.

Masalah gizi dan kesehatan yang dihadapi pada masa remaja salah satunya adalah anemia. Remaja perempuan beresiko lebih tinggi dibandingkan remaja laki-laki, karena remaja perempuan mengalami menstruasi setiap bulan sehingga banyak kehilangan zat besi. Anemia merupakan keadaan

jumlah eritrosit atau kadar Hb dalam darah kurang dari normal (12 g/dl). Hal tersebut menyebabkan penurunan kemampuan Hb dan eritrosit membawa oksigen keseluruh tubuh, sehingga tubuh menjadi cepat Lelah dan lemas. Penyebab anemia pada remaja perempuan antara lain: menstruasi, pendarahan hebat, kekurangan zat gizi (besi, folat, protein), leukemia, dan penyakit kronis. Tanda-tanda anemia antara lain lemah, letih, lesu, kurang bergairah dalam beraktivitas sehari-hari dan sesak<sup>1</sup>.

Prevalensi Anemia di Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan Riskesdas 2007 pada wanita (>15 tahun) sebesar 10,3%<sup>2</sup>. Berdasarkan studi pendahuluan di SMA Negeri 21 Makassar didapatkan prevalensi anemia sebesar 31,5% siswa Kelas X mengalami anemia.

Sejumlah zat gizi mempunyai peranan dalam pembentukan darah merah. Yang biasa dimaksud dengan pembentukan darah ialah pembentukan arythrocyt dengan hemoglobin didalamnya<sup>3</sup>. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan asupan makanan dengan kadar Hemogloboin yang dapat menyebabkan anemia yaitu penelitian yang dilakukan oleh Fitriani, K (2014)<sup>4</sup> yang melakukan penelitian terhadap 32 orang siswi SMK negeri 1 Buduran, Sidoarjo menyatakan bahwa ada hubungan asupan makan terhadap kadar hemoglobin yang menyebabkan anemia dengan tingkat signifikan nilai  $p < 0,000 < 0,005$  dan tingkat korelasi sebesar 0,656. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pradanti, dkk (2015)<sup>5</sup> yang melakukan penelitian terhadap 64 siswa kelas VIII SMPN 3 Brebes menyatakan bahwa ada hubungan antara asupan Vitamin C dengan anemia nilai value ( $r=0.551$  dan nilai  $p < 0,000 < 0,05$ ) dan asupan zat besi terhadap kejadian anemia nilai value ( $r = 0.564$  dan  $p \text{ value } < 0,000 < 0,05$ ). Program pendidikan gizi sangat penting untuk mencegah anemia gizi di masyarakat.. Penelitian ini bertujuan untuk menilai perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pendidikan gizi anemia pada remaja kelas X di SMA Negeri 21 Makassar.

## METODE

Lokasi Penelitian dilaksanakan di SMA Negeri 21 Makassar Waktu Penelitian mulai dari bulan Agustus hingga September 2017. Penelitian ini adalah penelitian Quasy-experiment dengan desain penelitian "Pretest-Posttest with Control Group".dalam penelitian ini kelompok intervensi diberikan pendidikan gizi melalui penyuluhan, leaflet dan media social (WA), sedangkan untuk kelompok kontrol diberikan pendidikan gizi hanya melalui leaflet. Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan siswa kelas X SMA Negeri 21 Makassar.Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi siswa putri yang memenuhi kriteria inklusi penelitian yang dibagi ke dalam 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing jumlah sampel 24 orang tiap kelompok. Teknik pengambilan sampel yaitu *non random (Non Probability Sampling)* dengan cara penarikan *accidental sampling*. Metode pengambilan data dengan menggunakan kuesiner *Food Recall 24 Jam (pretest dan posttest)*. Data dikumpulkan untuk diedit dan di coding, kemudian data karakteristik dan data pengetahuan dianalisis menggunakan SPSS for windows 21.

## HASIL

### Karakteristik Responden

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan Ayah dan Ibu, Pekerjaan Ayah dan Ibu, Penghasilan Ayah dan Ibu**

Variabel	Kategori	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
		N	%	n	%
Umur	15	15	62,5	10	41,7
	16	9	37,5	14	58,3
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Variabel	Kategori	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
		N	%	n	%
Pendidikan Ayah	SD	1	4,2	0	0
	SMA	10	41,7	8	33,3
	D1	1	4,2	0	0
	S1	8	33,3	10	41,7
	S2	3	12,5	5	20,8
	S3	1	4,2	1	4,2
	<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>
Pendidikan Ibu	SMP	1	4,2	0	0
	SMA	12	50,0	14	58,3
	D3	0	0	2	8,3
	S1	10	41,7	7	29,2
	S2	1	4,2	1	4,2
	<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>
Pekerjaan Ayah	Buruh	2	8,3	1	4,2
	PNS	11	45,8	6	25,0
	Polisi	1	4,2	0	0
	Swasta	10	41,7	17	70,8
	<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>
Pekerjaan Ibu	IRT	14	58,3	16	66,7
	PNS	8	33,3	2	8,3
	Swasta	2	8,3	6	25
	<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>
Pendapatan Ayah	<1.000.000	6	25	7	29,2
	1.000.000-3.000.000	7	29,2	8	33,3
	>3.100.000	11	45,8	9	37,5
	<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>
Pendapatan Ibu	<1.000.000	18	75	20	83,3
	1.000.000-3.000.000	3	12,5	2	8,3
	>3.100.000	3	12,5	2	8,3
	<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>

Tabel tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden berumur 15 berjumlah 15 orang (62,5%) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas responden berumur 16 tahun 14 orang (58,3%). Berdasarkan pendidikan ayah responden mayoritas berpendidikan SMA berjumlah 10 orang (41,7%) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas berpendidikan S1 berjumlah 10 orang (41,7%). Berdasarkan pendidikan ibu mayoritas adalah 12 orang (50 %) pada kelompok intervensi, dan pada kelompok kontrol adalah SMA berjumlah 14 orang (58,3%). Berdasarkan pekerjaan ayah, mayoritas adalah PNS sejumlah 11 orang (45,8%) pada kelompok intervensi sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas pekerjaan ayah Swasta sejumlah 70 orang (70,8%). Berdasarkan pekerjaan ibu, mayoritas pada kelompok intervensi adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 14 orang (58,3%), dan mayoritas pada kelompok kontrol adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 16 orang (66,7%). Berdasarkan pendapatan ayah pada kelompok intervensi mayoritas adalah lebih dari Rp.3.100.000 sebanyak 11 orang (45,8), sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas di atas Rp3.100.000 sejumlah 9 orang (37,5%). Sementara berdasarkan pendapatan ibu, pada kelompok intervensi mayoritas dibawah Rp1.000.000 sebanyak 18 orang (75%), dan pada kelompok kontrol dibawah Rp. 1.000.000 sejumlah 20 orang (83,3%).

**Distribusi Responden Berdasarkan Asupan Zat Besi (Fe) dan Protein Sebelum dan Sesudah Pendidikan Gizi Anemia pada Kelompok Intervensi dan Kontrol**

**Tabel 2**

**Distribusi Responden Berdasarkan Asupan Zat Besin (Fe) dan Protein Sebelum dan Sesudah Pendidikan Gizi Anemia pada Kelompok Intervensi dan Kontrol**

Zat Gizi	Kategori	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol				P Value Pre
		Pre		Post		Pre		Post		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Fe	Kurang	22	91,7	11	45,8	22	91,7	17	70,8	0,005
	Cukup	2	8,3	13	54,2	2	8,3	7	29,6	
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	
Protein	Kurang	19	79,2	12	50	22	91,7	17	70,8	0,000
	Cukup	5	20,8	12	50	2	8,3	7	29,6	
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan asupan zat gizi sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan gizi anemia, dapat dilihat pada kedua kelompok sebelum mendapat pendidikan gizi anemia mayoritas asupan Fe (Zat Besi) adalah kurang sebanyak 22 orang (91,7%), namun terdapat perbedaan pada kedua kelompok setelah mendapatkan pendidikan gizi anemia, dimana pada kelompok intervensi asupan Fe (zat besi) adalah cukup sebanyak 13 orang (54,2%), sedangkan pada kelompok 96ontrol asupan Fe (Zat Besi) adalah kurang sebanyak 17 orang (70,8%). Dilihat dari nilai p value  $0,005 < 0,05$  dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan asupan zat besi (Fe) pada kedua kelompok sebelum diberikan intervensi pendidikan gizi anemia.

Berdasarkan distribusi asupan protein sebelum diberikan pendidikan gizi anemia pada kedua kelompok adalah kurang, pada kelompok intervensi sebanyak 19 orang (79,2%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 22 orang (91,7%), sedangkan setelah diberikan pendidikan gizi anemia asupan adalah cukup sebanyak 12 orang (50%). dan pada kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan gizi anemia adalah kurang sebanyak 17 orang (70,8%). Dilihat dari nilai p value  $0,000 < 0,05$  dapat dinyatakan bahwa ada perbedaan asupan protein pada kedua kelompok sebelum diberikan intervensi pendidikan gizi anemia.

**Analisis Asupan Zat Besi (Fe) dan Protein Sebelum dan Sesudah Pendidikan Gizi Anemia pada Kelompok Intervensi dan Kontrol**

**Tabel 3**

**Analisis Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Gizi Anemia Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol**

Variabel	Kelompok Intervensi			p Value	Kelompok Kontrol			P Value	P Value Δ (Kelompok Intervensi dan Kontrol)
	Pre	Post	Selisih		Pre	Post	Selisih		
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
Fe (mg)	4.86 ±	9.82 ±	4.96 ±	0,000*	3.18 ±	6.19 ±	3.01 ±	0,000	0,161**
	3.261	5.986	2,707		3.224	5.555	2.331		
	33.14	56.33	23.19		16.34	35.32	18.98		
Protein (g)	±	±	±	0,000*	±	±	±	0,000	0,503**
	15.890	43.000	27.110		14.111	42.122	28.011		

Ket: \* = uji Wilcoxon

\*\* = uji Mann Whitney

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan uji Wilcoxon terlihat bahwa dengan nilai p value  $0,000 < 0,05$  yang berarti ada perbedaan asupan zat gizi besi (Fe) sebelum dan setelah diberikan intervensi pendidikan gizi anemia pada kedua kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol). Berdasarkan uji Mann Whitney dari selisih nilai rata-rata ( $\Delta$ ) didapatkan nilai pvalue  $0,161 > 0,05$  yang berarti bahwa tidak ada perbedaan asupan gizi besi (Fe) pada kedua kelompok.

Pada asupan protein dengan uji Wilcoxon terlihat bahwa dengan nilai p value  $0,000 < 0,05$  yang berarti ada perbedaan asupan zat gizi protein sebelum dan setelah diberikan intervensi pendidikan gizi anemia pada kedua kelompok (kelompok intervensi dan kelompok kontrol). Berdasarkan uji Mann Whitney selisih nilai rata-rata ( $\Delta$ ) didapatkan nilai value  $0,503 > 0,05$  yang berarti bahwa tidak ada perbedaan asupan protein pada kedua kelompok.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian terhadap perubahan asupan zat besi (Fe) dan protein responden menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi selama 1 bulan, maka pada kelompok yang diberi intervensi menunjukkan perubahan yang lebih baik secara kuantitas dibandingkan kelompok kontrol walaupun di kelompok kontrol juga menunjukkan adanya perubahan distribusi pengetahuan sampel.

Peningkatan level pengetahuanAsupan zat besi dan protein subjek tentunya tidak terlepas dari efek pemberian intervensi berupa pendidikan gizi, pemberian leaflet dan media sosial. Pemberian pendidikan gizi bisa menjadi pemicu meningkatnya pengetahuan siswa tentang gizi yang nantinya akan dapat memengaruhi perilaku siswa dalam mengkonsumsi makanan sumber zat besi dan mengubah kebiasaan makan siswa dari pola makan yang kurang baik.

Perubahan pengetahuan dan asupan zat gizi yang terjadi pada subjek dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Silalahi dkk (2016)<sup>6</sup> yang melakukan intervensi berupa ceramah dan tanya jawab dengan booklet selama 8 minggu pada 51 remaja putri SMP Negeri 21 Medan yang menunjukkan bahwa walaupun ada perbedaan bermakna ( $p < 0,05$ ) skor pengetahuan gizi sebelum dan sesudah intervensi tetapi tidak ada perbedaan ( $p > 0,05$ ) asupan gizi sebelum dan sesudah intervensi dimana skor pengetahuan gizi meningkat dari  $62,39 \pm 12,05$  poin menjadi  $72,31 \pm 17,01$  poin sedangkan asupan gizi (protein, vitamin C, vitamin A, asam folat, besi, zink, tembaga) berdasarkan uji statistic tidak mengalami perbedaan setelah intervensi.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Husna dan Riska (2015)<sup>7</sup> yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan remaja putri dengan pola makan dikelas XII MAK Al Mukmin Sukoharjo..

Dalam kondisi ekonomi sulit di Indonesia saat ini maka pendidikan gizi merupakan intervensi yang tepat dalam mengatasi anemia pada remaja. Hasil pada penelitian ini juga dapat menjadi acuan untuk pelaksanaan pendidikan gizi bagi kalangan remaja karena terbukti pendidikan gizi yang diberikan selama 1 bulan dapat meningkatkan pengetahuan, mengubah asupan dan pola kebiasaan makan subjek.

## SIMPULAN

**Dalam** penelitian ini disimpulkan bahwa dari selisih nilai mean ( $\Delta$ ) tidak ada perbedaan asupan zat gizi Zat besi Fe, dan asupan protein (p value  $> 0,05$ ) yang berarti tidak ada perbedaan setelah intervensi pendidikan gizi anemia. Untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk memberikan jenis pendidikan gizi anemia lain, sehingga dapat di ketahui jenis-jenis pendidikan gizi anemia yang lebih baik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hardinsyah dan I Dewa N S. 2017. *Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi*. Jakarta: EGC.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2007)*. Jakarta: Depkes RI.
3. Sediaoetama, A.D. 2010. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid 2*. Jakarta: Dian Rakyat.
4. Fitriani, K & Rita, I. 2014. *Hubungan Asupan Makanan dengan Kejadian Anemia dan Nilai Praktik pada Siswi Kelas XI Boga SMKN 1 Buduran Sidoarjo*. e-journal boga, Vol 03, nomor 1, edisi yudisium periode Februari, hal: 46-53.

5. Pradanti, C.M dkk. 2015. *Hubungan Asupan Zat Besi (Fe) dan Vitamin C dengan Kadar Haemoglobin pada Siswa Kelas VIII SMP Negeri 3 Brebes*. Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang, April, Vol 4 Nomor 1.
6. Silalahi, V dkk. 2015. *Potensi Pendidikan Gizi dalam Meningkatkan Asupan Gizi pada Remaja Putri yang Anemia di Kota Medan*. Jurnal Kesehatan masyarakat, Kesmas 11 (2).
7. Fitriani, K & Rita, I. 2014. *Hubungan Asupan Makanan dengan Kejadian Anemia dan Nilai Praktik pada Siswi Kelas XI Boga SMKN 1 Buduran Sidoarjo*. e-journal boga, Vol 03, nomor 1, edisi yudisium periode Februari, hal: 46-53.

## **KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN**

**EVALUASI PENURUNAN KELAS RUMAH SAKIT BERDASARKAN HASIL  
REVIU DARI KEMENTERIAN KESEHATAN DAN BPJS BULAN JULI TAHUN 2019  
(STUDI KASUS DI LIMA RUMAH SAKIT PEMERINTAH DI SULTRA)**

***EVALUATION OF THE DECLINE OF HOSPITAL CLASSES BASED ON THE REVIEW  
RESULTS FROM MINISTRY OF HEALTH, AND BPJS IN JULY 2019 (CASE STUDY IN  
5 GOVERNMENT HOSPITALS IN SOUTHEAST SULAWESI)***

**Hilda Harun<sup>1</sup>, Ruslan Majid<sup>2</sup>, Wa Ode Salma<sup>3</sup>, Harleli<sup>4</sup>, Ruwiah<sup>5</sup>**

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo<sup>1-5</sup>

<sup>1</sup>Email : hildammr2011@gmail.com

**ABSTRAK**

Berdasarkan surat yang dikeluarkan dari Kementerian Kesehatan bernomor HK.04.01/I/2963/2019 tentang Rekomendasi Penyesuaian Kelas Rumah Sakit Hasil Reviu Kelas Rumah Sakit, ada 615 dari 2.170 Rumah Sakit (RS) di Indonesia yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan turun kelas. di Provinsi Sulawesi Tenggara (Sultra), terdapat 12 RS turun kelas. Namun setelah dilakukan updating data ASPAK dan data SDM di aplikasi RS online oleh pengelola ASPAK di RS. Verifikasi dan validasi data ASPAK oleh Dinkes Provinsi, hanya 5 RS yang tidak memenuhi syarat, dilihat dari persyaratan klasifikasi kelas RS Umum dan RS Khusus terhadap penilaian SDM, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) sesuai dengan PMK No 56 Tahun 2014 dan PMK No. 340 Tahun 2010. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi penyebab turunnya kelas RS pemerintah di beberapa daerah di Sultra. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan studi kasus, untuk mendeskripsikan pemenuhan SDM dan SPA sesuai kelas masing-masing RS. Penelitian ini dilaksanakan bulan September 2019, dengan melakukan wawancara terhadap pengelola ASPAK di RS, direktur RS, dan pengelola ASPAK di Dinkes Provinsi. Hasil penelitian data yang sudah diverifikasi dan divalidasi oleh Dinkes Provinsi didapatkan hasil, RS Khusus Jiwa turun kelas dari kelas B ke kelas C, karena tidak memenuhi syarat SDM dengan bobot (67%), Sarana (76%), Prasarana (62,5%), Alkes (57,85%), RSUD H.M Djafar Harun turun kelas dari kelas C ke kelas D, dengan bobot SDM (50%), Prasarana (71,43%), Alkes (64,92%), BLUD RS Kab. Konawe Utara turun kelas dari kelas D ke D\*, dengan bobot Prasarana (88,57%) dan Alkes (68,22%), RSUD Kab. Muna Barat turun kelas dari kelas D ke D\*, dengan bobot SDM (50%), Sarana (74,71%), Prasarana (48,57%), Alkes (54,18%), RSUD Kab. Buton Selatan turun kelas dari kelas D ke D\*, dengan bobot SDM (25%), Sarana (80,46%), Prasarana (60%), Alkes (49,81%). Kesimpulan : dengan turunnya kelas RS berdampak pada penurunan pembayaran klaim INA-CBGs sebesar 30-50% oleh BPJS. Saran : Bagi RS yang turun kelas, agar segera melakukan pembenahan terkait pemenuhan SDM terutama dokter spesialis, dan pemenuhan SPA sesuai dengan persyaratan Kementerian Kesehatan. Bagi Dinkes Kabupaten dan Dinkes Provinsi perlu pembinaan dan pengawasan lebih intens untuk RS sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) di daerah.

**Kata kunci : Reviu, Rumah Sakit, Turun Kelas**

**ABSTRACT**

*According to the letter number HK.04.01/I/2963/2019 that has been issued by Ministry of Health about Recommendation of Hospital Classes Adjustment, which is the results of Hospital Classes Review, there are 615 from 2.170 hospitals in Indonesia who work along with BPJS Health have downgraded. In the Province of Southeast Sulawesi (Sultra) itself, there are 12 hospitals that have downgraded. However, after ASPAK data and Human Resources (HR) data have been updated in the application of online hospital by ASPAK administrator in hospital. Verification and validation of ASPAK data by Dinkes Provinsi declares there are only 5 hospitals that aren't eligible seen from the class clarification requirements of public and private hospitals for the assessment of HR, Facilities,*



*Infrastructure and Medical Devices (FIM) in accordance with PMK number 56/2014 and PMK number 340/2010. This research aims to explore the cause of the decline of Hospital classes of the government in several areas in Sultra. The type of this research is qualitative research using case study for describing the fulfillment of HR and FIM according to the class of each hospital. This research was conducted in September 2019 by interviewing the ASPAK administrator in hospital, the director of the hospital and the ASPAK administrator in Dinkes Provinsi. The results of the research data that has been verified and validated by Dinkes Provinsi indicates that RSK Jiwa has declined from B class to the C class because it doesn't fulfill HR requirements with quality (67%), facilities (76%), infrastructure (62,5%), medical devices (57,85%). H. M Djafar Harun (RSUD) has declined from C class to the D class with HR quality (50%), infrastructure (71,43%), medical devices (64,92%). The RS BLUD Konut has declined from D class to the D\* with infrastructure (88,57%), and medical devices (68,22%). The RSUD Mubar has declined from D class to the D\* with HR quality (50%), facilities (74,71%), infrastructure (48,57%), medical devices (54,18%). The RSUD Busel has declined from D class to the D\* with HR quality (25%), facilities (80,46%), infrastructure (60%), medical devices (49,81%). Conclusion: The decline of Hospital classes has resulting in a 30-50% reduction in INA-CBGs claim payments by BPJS. Suggestion: For hospitals that have downgraded, have to immediately make improvements related to the fulfillment HR especially of specialist doctors and fulfillment of FIM in accordance with the requirements of the Ministry of Health. For the dinkes Kabupaten and the Dinkes Provinsi, it is necessary to provide more intense guidance and supervision for hospitals as Office Technical Implementation Unit (UPTD) from the Regional.*

**Keyword :** Review, Hospital, Downgraded

## **PENDAHULUAN**

Pertumbuhan RS di Indonesia sejak tahun 2012 berjumlah 2083 dan tahun 2019 mengalami penambahan sebanyak 2880 RS, terdapat peningkatan sebesar 72,3%<sup>1</sup>. Adapun sistem RS di Indonesia dibagi ke dalam kelas-kelas, yaitu kelas A, B, C, D untuk RS Umum dan kelas A, B, C untuk RS Khusus. Pembagian kelas ini sangat penting karena menunjukkan kemampuan dalam melakukan tindakan terkait dengan klaim INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups)<sup>2</sup>. Selain klasifikasi RS yang berhubungan dengan pembayaran klaim oleh BPJS. Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan di tahun 2019 juga harus sudah memiliki sertifikat akreditasi. Akreditasi sesuai regulasi adalah syarat wajib. dengan demikian RS yang dikontrak BPJS kesehatan harus sudah terakreditasi untuk menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat. Kriteria teknis yang menjadi pertimbangan BPJS kesehatan untuk menyeleksi fasilitas kesehatan yang ingin bergabung (bekerjasama dengan BPJS) antara lain SDM (tenaga medis yang kompeten), kelengkapan Sarana, Prasarana, dan Alkes (SPA), lingkup pelayanan dan komitmen pelayanan<sup>3</sup>. SDM kesehatan di RS memainkan peran penting dalam pemberian pelayanan kesehatan, serta dalam perekonomian secara lebih luas. WHO secara khusus menyatakan bahwa SDM kesehatan adalah salah satu dari enam komponen kunci dalam sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik<sup>4</sup>.

WHO memperkirakan pada 2006 ada kekurangan sekitar 4,3 juta petugas kesehatan secara global, diperkirakan 57 negara di seluruh dunia memiliki kekurangan tenaga kesehatan, terdiri dari 2,3 profesional tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) per 1000 penduduk, Sementara kekurangan relatif terbesar di Afrika Sub-Sahara, kekurangan absolut terbesar adalah di Asia terutama di Bangladesh, India dan Indonesia<sup>5</sup>. di Indonesia saat ini tengah menghadapi tantangan, masalah maldistribusi tenaga kesehatan terutama dokter spesialis. Menkes pada kegiatan semiloka nasional di Malang (2017), mengatakan bahwa ketidakseimbangan distribusi dokter spesialis terjadi antar Kabupaten di dalam wilayah Provinsi, hal ini terjadi banyak daerah, karena dokter yang lulus tidak banyak yang mau pergi ke daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK)<sup>6</sup>. di Provinsi Sultra jumlah dokter spesialis sebanyak 227 orang dan masih terpusat di kota-kota terutama di ibu Kota Provinsi atau ibu Kota Kabupaten yang merupakan Kabupaten induk, sedangkan Kabupaten-Kabupaten baru yang belum lama mekar masih sangat sedikit atau bahkan tidak ada. Jumlah dokter spesialis di Kota Kendari 94 orang, Kota Bau-bau 32 orang, Kab. Konawe 27 orang, Kab. Kolaka 24 orang. Sementara Kab. Konawe Kepulauan dan Kab. Buton Tengah tidak mempunyai 1 orang pun dokter spesialis<sup>7</sup>.

RS adalah bangunan gedung atau sarana kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dari segi keamanan, keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan, dimana berdasarkan UU RI No 44

Tahun 2009 tentang RS pasal 3 menyebutkan bahwa pengaturan penyelenggaraan RS bertujuan : (a) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; (b) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan RS dan SDM di RS; (c) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan RS<sup>8</sup>. Mengingat hal tersebut, maka suatu pelayanan yang diselenggarakan RS harus memiliki suatu standar acuan ditinjau dari segi sarana fisik bangunan, prasarana atau infrastruktur jaringan penunjang yang memadai, serta peralatan kesehatan. Menurut dirjen yankes pemenuhan SPA RS di beberapa daerah di Indonesia terhadap standar masih rendah (tingkat pemenuhan > 60%), disebabkan karena: kurang matangnya perencanaan pelaksanaan program dan anggaran pemenuhan SPA (seperti bangunan mangkrak), rendahnya akses pelayanan pengujian dan kalibrasi peralatan kesehatan di fasyankes akibat keterbatasan institusi penguji (seperti BPFK dan institusi penguji swasta lainnya), sebagian besar fasyankes belum memenuhi persyaratan teknis perizinan dari instansi teknis terkait (Bapeten dalam izin pesawat x-ray, KLH dalam penilaian proper, Naker dalam standar lift, damkar, dsb), serta belum optimalnya baseline data SPA di fasyankes. Namun demikian terjadi peningkatan pemenuhan SPA yaitu dari hanya 69% pada tahun 2016, naik menjadi 87% pada tahun 2017. Diharapkan peningkatan pemenuhan SPA mendekati 100% pada akhir tahun 2019<sup>9</sup>.

#### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan rancang bangun studi kasus (*case study*) bersifat studi eksploratif. Fokus dalam penelitian ini terletak pada fenomena masa kini atau dinamika yang sedang berlangsung. Kasus yang dipilih mampu menjadi bukti dari teori yang telah dibangun dengan baik<sup>10</sup>. Analisis data yang digunakan yaitu dengan memaparkan hasil data SPA dari ASPAK dan data SDM dari aplikasi RS Online, kemudian dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan dalam peraturan Kementerian Kesehatan.

#### HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa terdapat 5 (lima) RS Pemerintah di Provinsi Sultra yang turun kelas, berdasarkan rekomendasi dari Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan, disajikan seperti pada tabel 1 dibawah ini:

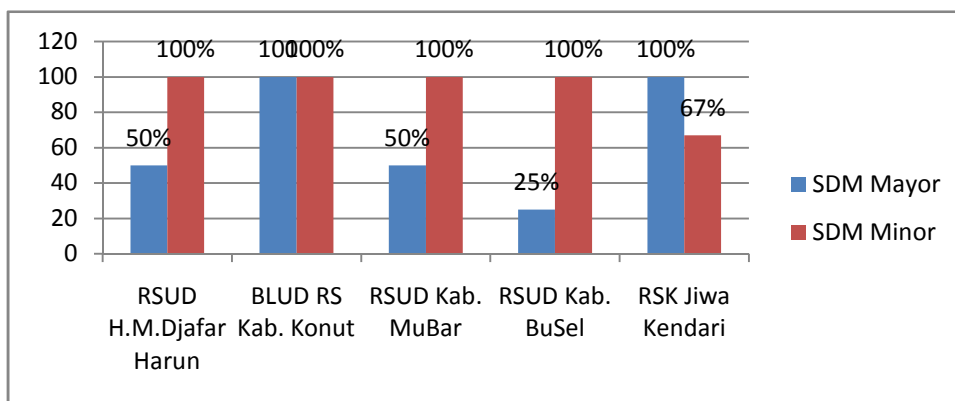
**Tabel 1**  
**Klasifikasi RS Pemerintah yang Turun Kelas**

No	Nama RS	Jenis	Kelas Sebelum Reviu	Kelas Setelah Reviu	Pemilik	Status Akreditasi
1	RS Khusus Jiwa	RSK	B	C	Pemprov	Utama
2	RSUD Djafar Harun	RSU	C	D	Pemkab	Perdana
3	BLUD RS Konut	RSU	D	D*	Pemkab	Perdana Proses
4	RSUD Busel	RSU	D	D*	Pemkab	Nov
5	RSUD Mubar	RSU	D	D*	Pemkab	Proses Des

Keterangan : D\* = dalam 1 tahun harus dibina oleh Dinkes untuk perbaikan

#### Kriteria Sumber Daya Manusia

Hasil penelitian terkait pemenuhan SDM di-5 (lima) RS, didapatkan berdasarkan laporan rekapitulasi verifikasi dan validasi data RS Online dari Dinkes Provinsi, bahwa penurunan kelas rumah sakit pemerintah di Provinsi Sultra tidak memenuhi syarat berdasarkan kriteria SDM minor untuk RSK Jiwa dan SDM mayor untuk RSUD Busel, RSUD Mubar dan RSUD H.M Djafar Harun yang tidak sesuai dengan PMK No. 340/Menkes/Per/III/2010, dapat di lihat pada gambar 1.

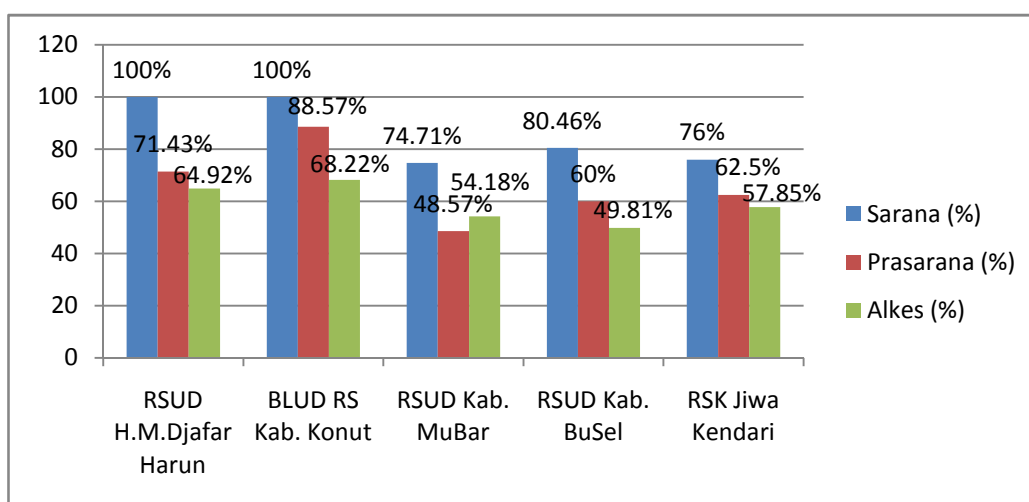


**Gambar 1**  
**Distribusi SDM di 5 Rumah Sakit yang Direkomendasikan Turun Kelas**

Kriteria SDM yang menjadi penilaian reviu kelas rumah sakit meliputi SDM minor (dokter, dokter gigi, dokter spesialis lain, dokter gigi spesialis, dokter spesialis penunjang dan apoteker) dan SDM mayor (dokter spesialis dasar dan dokter spesialis anesthesiologi) sesuai dengan standar klasifikasi rumah sakit umum. Standar untuk rumah sakit khusus jiwa meliputi SDM minor (dokter spesialis dasar/Sp PD, dokter spesialis saraf, radiologi, patologi klinik, kedokteran fisik dan rehab medik, dokter, dokter gigi dan apoteker), dan SDM mayor (dokter spesialis jiwa).

#### Kriteria Sarana, Prasana dan Alat Kesehatan

Hasil penelitian ini didapatkan berdasarkan laporan rekapitulasi verifikasi dan validasi data ASPAK dari pengelalo ASPAK di Dinkes Provinsi, bahwa penurunan kelas rumah sakit pemerintah di Provinsi Sultra tidak memenuhi syarat berdasarkan kriteria Sarana sesuai PMK No. 24 Tahun 2016 seperti: persyaratan teknis bangunan dan prasarana RS yang memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja, Prasarana sesuai PMK No. 31 Tahun 2018 seperti: sumber listrik, sumber air, pengolahan limbah, sentral gas medik, bahaya kebakaran, sistem informasi dll, serta Alat Kesehatan (ketersediaan jenis alat kesehatan untuk setiap ruangan pelayanan) sesuai PMK No. 56 Tahun 2014 untuk RS Umum dan PMK No. 340 Tahun 2010 untuk RS Khusus dapat dilihat pada gambar 2.



**Gambar 2**  
**Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan di-5 RS Turun Kelas**

## PEMBAHASAN

### Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

Pengertian SDM adalah orang bekerja dan berfungsi sebagai aset organisasi/perusahaan yang dapat dihitung jumlahnya (kuantitatif). dalam pengertian ini fungsi SDM tidak berbeda dari fungsi aset lainnya

atau potensi yang menjadi motor penggerak organisasi/perusahaan<sup>11</sup>. SDM kesehatan dalam hal ini adalah dokter dan dokter spesialis adalah tenaga medis yang merupakan tenaga kesehatan strategis dalam konteks kebijakan JKN. di tangan tenaga medis ini keputusan klinis yang berdampak pada biaya pelaksanaan kebijakan JKN dilakukan<sup>2</sup>. di Sultra distribusi SDM kesehatan (dokter spesialis dan subspecialis) 80% berada di daerah perkotaan khususnya di kota Kendari dengan jumlah 94 orang, dengan pertumbuhan fasilitas kesehatan rujukan mengalami peningkatan signifikan dengan total jumlah RS 15 (lima belas). Sedangkan di daerah otonomi baru seperti Kab. Mubar dan Kab. Busel yang hanya mempunyai 1 (satu) unit fasilitas pelayanan kesehatan rujukan milik pemda dengan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang masih sangat terbatas.

Hasil wawancara dengan direktur RS Muna Barat (Mubar), diketahui masih kekurangan dokter spesialis bedah dan spesialis anak. Hal ini sangat memengaruhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, karena RS sebagai pelayanan kesehatan rujukan tidak bisa memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara optimal. Pasien yang membutuhkan penanganan khusus seperti pembedahan harus dirujuk ke RSUD Kab. Muna, karena RS Mubar belum mempunyai dokter spesialis bedah, begitupun dengan fasilitas dan peralatan yang belum memadai. Menurut direktur RS Mubar, bahwa manajemen RS sudah melakukan perencanaan dengan mendatangkan 1 dokter spesialis anak dan rencana akhir bulan September ini, sudah datang. Perencanaan SDM menurut Nawawi (2005) harus menjadi jaminan bagi organisasi/perusahaan untuk memiliki SDM yang kompetitif dan berkualitas<sup>11</sup>. Hasil penelitian Mustikowati (2006) memaparkan bahwa setiap usaha perencanaan, yang paling mendesak adalah penyediaan SDM dalam jumlah yang tepat dan dengan kemampuan yang dibutuhkan RS<sup>12</sup>.

Kondisi yang terjadi RS Buton Selatan (Busel) yang hanya mempunyai 1 dokter spesialis yaitu spesialis bedah, sedangkan dokter spesialis anak, penyakit dalam, dan obgyn hanya *part time* (dokter spesialis PNS yang berasal dari RSUD Kab. Buton dan RSUD Kota Bau-Bau). Jam kerja dokter *part time* ini, 3 x seminggu dengan sistem pembayaran persekali datang sebanyak Rp. 1 juta yang ditanggung oleh Pemda ditambah jasa dari RS. Menurut direktur RS Busel untuk sementara pelayanan kesehatan kepada masyarakat bisa terpenuhi. Berdasarkan Permenkes 1419 Tahun 2005 untuk kepentingan kedinasan Dinkes Kabupaten/Kota dapat memberikan surat tugas kepada dokter spesialis yang terbatas jumlahnya berpraktek lebih dari 3 tempat praktek dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan<sup>13</sup>.

Kasus yang terjadi RS Khusus Jiwa, yang masih berada di wilayah kota Kendari, kekurangan SDM disebabkan karena pihak manajemen RS tidak memahami kebijakan Kemenkes tentang pemberian pelayanan spesialis dasar dan spesialis penunjang sesuai PMK No 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi RS untuk RS Khusus Jiwa, dimana selain pelayanan kejiwaan, RSK Jiwa juga harus memberikan pelayanan spesialis penyakit dalam, spesialis saraf, radiologi, patologi klinik, kedokteran fisik dan rehab medik. Menurut pengelola ASPAK di RS Jiwa, sebenarnya RSK Jiwa pernah memberikan pelayanan spesialis saraf dan patologi klinik bermitra dengan RSUD kota Kendari, tetapi dokter spesialis tersebut tidak mendapat imbalan jasa yang jelas dari BPJS, sehingga mereka lebih memilih dan mengutamakan praktek di RS Umum yang lebih jelas imbalan jasanya. Hal ini sejalan dengan pendapat Egger, dkk, faktor penentu distribusi profesional kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor dan kompleks antara lain: gaji atau imbalan jasa, insentif dan tunjangan serta kualitas manajemen tenaga kesehatan oleh lembaga yang mempunyai otoritas<sup>14</sup>. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Tjung (2012) melaporkan bahwa keterlekatan dokter spesialis terhadap RS tidak dipengaruhi sistem remunerasi dan pola kemitraan, namun dipengaruhi oleh persepsi dokter spesialis mengenai dukungan RS berupa kelengkapan fasilitas dan staf pendukung, visi misi RS, serta peluang karir<sup>15</sup>. Menurut Hasibuan (2014) tujuan pemberian kompensasi (balas jasa) antara lain adalah sebagai ikatan kerjasama, kepuasan kerja, dan motivasi<sup>16</sup>. Menurut peneliti, pemberian pelayanan spesialis dasar dan spesialis penunjang di RSK Jiwa harus dilakukan, mengingat pasien kejiwaan di RS Jiwa bisa saja menderita menyakit di luar sakit kejiwaan yang dialaminya. Menurut salah satu dokter di RS Jiwa, mengatakan bahwa RS Jiwa sudah membuat perjanjian (MoU) kerjasama rujukan dengan RSUD Kota untuk pelayanan dokter spesialis saraf dan patologi klinik serta dengan RS Bhayangkara untuk pelayanan radiologi.

Sementara kasus di RSUD H.M. Djafar Harun, berdasarkan hasil wawancara terhadap direktur RS mengatakan bahwa, yang membuat RS kami turun kelas disebabkan karena tidak bisa memenuhi elemen

SDM sesuai persyaratan RS kelas C. Sebenarnya kami sudah memberikan 4 pelayanan spesialis dasar, tapi belum memenuhi persyaratan dari segi kuantitasnya seperti 2 spesialis anak, 2 spesialis bedah, 2 spesialis obgyn, dan 2 spesialis penyakit dalam. Alasan kami tidak merekrut dokter spesialis lagi, karena tingkat kunjungan pasien di RS kami rendah, sehingga dengan 4 pelayanan spesialis dasar sudah cukup bagi kami. Alasan ini tidak bisa dibenarkan mengingat RSUD H.M Djafar Harun merupakan RS tipe C yang mau tidak mau harus memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan PMK No 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan RS untuk RS Umum. Namun demikian menurut direktur RS, sementara ini manajemen RS sudah melakukan solusi untuk pemenuhan jumlah dokter spesialis dasar dengan dokter sistem *part time*. Disamping itu manajemen RS juga telah mengajukan permintaan penambahan dokter spesialis ke bupati melalui dinkes. Sejalan dengan penelitian Saputra dkk (2015), upaya yang dilakukan RSUD H. Badaruddin untuk pemenuhan SDM yaitu melakukan upaya pengajuan penambahan SDM ke dinkes disamping itu, penambahan kuantitas SDM dilakukan dinkes dengan menyekolahkan putra-putri daerah di bidang kesehatan untuk memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat dengan cara memberi bantuan dana pendidikan dokter spesialis<sup>17</sup>.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan terus mengupayakan berbagai program untuk pemeratakan distribusi tenaga kesehatan khususnya dokter spesialis, agar layanan kesehatan dapat lebih dijangkau masyarakat, antara lain melalui: (a) Penugasan Khusus Residen (dokter sedang masa pendidikan spesialis pasca jenjang dengan pendayagunaan secara khusus residen di RS kelas C dan D sesuai dengan PMK No 80 Tahun 2015, (b) Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) merupakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi maldistribusi dokter spesialis sesuai Perpres No 4 Tahun 2017 dan PMK No 69 Tahun 2016, (c) Bantuan biaya pendidikan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) dan Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS) Kemenkes<sup>6</sup>. Menurut Trisnantoro dalam memfasilitasi ketersediaan SDM kesehatan, perencanaan kebutuhan SDM idealnya dapat disesuaikan menggunakan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk (per Provinsi) per 100.000 penduduk. Standar ideal yang dijadikan acuan unit rasio SDM kesehatan ialah : Rasio dokter spesialis = 6 : 100.000 (1 : 17.000), rasio dokter umum = 40 : 100.000 (1 : 2.500)<sup>2</sup>.

### **Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)**

Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan yang selanjutnya disingkat ASPAK adalah suatu aplikasi berbasis *web* yang menghimpun data dan menyajikan informasi mengenai sarana, prasarana dan alat kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan. dengan tujuan membantu inventarisasi dan pemetaan SPA pada fasyankes dan memberikan panduan dalam pembinaan dan pengawasan terhadap pemenuhan SPA oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah, serta mendukung akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan<sup>18</sup>. Data ASPAK terhadap pemenuhan SPA di-5 (lima) RS yang turun kelas, persentase terendah adalah RSUD Mubar dengan bobot S (74,71%), P (48,57%) A (54,18%), kemudian RSUD Busel dengan bobot S (80,46%), P (60%) A (49,81%). Hasil wawancara dengan direktur RSUD Mubar mengatakan, rendahnya pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan disebabkan karena, bangunan RS baru selesai pembangunannya, ada beberapa ruangan dalam tahap pembangunan, dan baru tiga bulan ini, RS Mubar digunakan untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dimana sebelumnya masih menggunakan puskesmas perawatan. Jadi wajar jika SPA belum memadai. Sedangkan RSUD Busel bangunannya masih menggunakan puskesmas perawatan ditambah dengan bangunan bekas rumah jabatan bupati Busel, sehingga masih banyak kekurangan dari segi ketersediaan SPA.

Hasil wawancara dengan beberapa pengelola ASPAK di RS, rendahnya pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan terkait dengan kurangnya SDM yang kompeten, dan kurangnya anggaran pengadaan SPA. Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan tidak selalu disertai perencanaan kebutuhan peralatan kesehatan yang sesuai, begitupun dengan pemenuhan SDM Kesehatan belum sepenuhnya melihat ketersediaan alat kesehatan. Maka perlu komitmen pusat dan daerah dalam penyediaan peralatan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian Scholz (2015) memaparkan bahwa, untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik, misalnya dengan memastikan ketersediaan dan fungsi peralatan medis teknis yang diperlukan dan peningkatan aksesibilitas, ketersediaan, dan kualitas layanan kesehatan dengan menyediakan sarana prasarana yang baik<sup>19</sup>.

Untuk memenuhi SPA di RS Kemenkes memberikan Dana Alokasi Khusus (DAK) setiap tahun sesuai PMK No. 2 Tahun 2019. Pelaksanaan pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan pada kegiatan DAK Fisik Reguler Pelayanan Kesehatan Rujukan, hanya diperuntukan pada menu DAK yang telah disepakati oleh Satuan Kerja (Satker) dalam berita acara rencana kegiatan DAK yang telah diverifikasi dalam aplikasi Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran (KRISNA) dan rincian menu tercantum dalam rincian Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) Dirjen Yankes. Adapun rincian menu tersebut meliputi : (a). Penyediaan Sarana Rumah Sakit seperti pembangunana/renovasi/rehabilitasi sarana RS atau penyelesaian sarana RS yang dibangun (terkait semua instalasi yang ada di RS), (b). Penyediaan Prasarana RS seperti instalasi pengolahan limbah, ambulans, kelistrikan, air bersih, sistem informasi, alat kalibrasi dan alat pemeliharaan dll, (c). Alat Kesehatan, utamakan mengusulkan peralatan kesehatan yang terdapat di dalam e-katalog produksi dalam negeri, dengan persyaratan sesuai dengan spesifikasi yang dibutuhkan RS dan peraturan perundang-undangan yang berlaku<sup>20</sup>.

Hasil wawancara dari beberapa pengelola ASPAK di masing-masing RS mengatakan bahwa anggaran SPA di RS setiap tahun ada, namun tidak semua yang diusulkan, disetujui oleh pemerintah. Penelitian Herawati (2008) memaparkan, anggaran untuk DAK RS sangat kecil, sementara dana tugas bantuan sudah tidak ada lagi sejak tahun 2008. Pemerintah pusat harusnya mempunyai data dan informasi tentang kondisi RS yang ada di daerah khususnya data *gap of existing resources to standard*<sup>21</sup>. Pegelola ASPAK di RS mengatakan, pemenuhan SPA dilakukan dari usulan bagian perencanaan atas permintaan masing-masing unit pelayanan. Kemudian dibahas dengan bidang pelayanan, penunjang, perencanaan, tata usaha, keuangan dan pimpinan untuk menentukan prioritas. Semua perencanaan pengadaan SPA yang menggunakan DAK, dilakukan melalui aplikasi PBE dan aplikasi Krisna yang sudah terintegrasi dengan Bappenas dan Kemenkes. Bila perencanaan SPA yang diusulkan disetujui oleh Bappenas, maka muncul warna hijau pada aplikasi Krisna dan biasanya, persetujuan ini dilihat dari kondisi dan kebutuhan kelas RS.

Hasil penelitian Sondakh dan Massie menyebutkan salah satu hambatan yang didapat dalam perencanaan dan pengadaan kebutuhan alat kesehatan adalah penyesuaian dengan anggaran yang ada dan kebijakan pimpinan dalam merumuskan kebutuhan yang menjadi prioritas<sup>22</sup>. Hasil penelitian Herman dan Handayani mengatakan pada umumnya sarana dan prasarana di RS Pemerintah, khususnya pada RS kelas C dan D anggarannya terbatas sehingga masih belum dapat mendukung upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di RS<sup>23</sup>.

Dari ke-5 (lima) RS Pemerintah yang turun kelas di Sultra, hanya RS BLUD Konut yang menyanggah, berdasarkan hasil wawancara terhadap direktur RS mengatakan, sebenarnya kami sudah memenuhi persyaratan klasifikasi RS kelas D dilihat dari elemen SDM dan SPA-nya, malah RS kami sudah mempunyai dokter spesialis radiologi. Dimana spesialis penunjang ini hanya untuk RS kelas C. Kami sudah mengajukan keberatan terhadap rekomendasi penyesuaian kelas dengan menyampaikan alasan keberatan kami, dan surat tersebut kami antar langsung ke Dirjen Yankes Kemenkes di Jakarta, bersama-sama dengan pengelola ASPAK di Dinkes Provinsi. Namun tanggapan dari Kemenkes, kami tetap dinyatakan turun kelas dari kelas D ke D\*. Sebenarnya penurunan kelas RS ini, tidak berdampak terhadap penurunan pembayaran klaim oleh BPJS, karena RS kelas D adalah klasifikasi RS yang paling rendah. D\* itu artinya dalam 1 tahun harus dibina oleh Dinkes Kabupaten/Kota untuk perbaikan terkait SDM dan SPA.

Menurut hasil wawancara dengan pengelola ASPAK di Dinkes Provinsi terhadap kasus RS BLUD Konut, yang mengajukan keberatan terkait penurunan kelas RS. Pengelola ASPAK di Dinkes Provinsi sudah berkomunikasi dengan Kemenkes, namun tanggapan dari Dirjen Yankes, mengatakan RS BLUD Konut harus menunggu tahun depan (2020) akan ada reuiu kelas RS lagi. Kami juga tidak mengerti, mungkin data ASPAK yang sudah diupdate pihak RS Konut tidak divalidasi di Dinkes Kabupaten Konut, sehingga pada waktu dilakukan reuiu oleh Kemenkes dan rekredensialing oleh BPJS, data yang terbaca belum terupdate, dengan kondisi SDM dan SPA yang belum memenuhi syarat, karena di Dinkes Provinsi hanya bisa merekap data yang dikirim ke kami melalui aplikasi. Menurut Dirjen Yankes bahwa validasi itu penting untuk memastikan bahwa data yang telah diisi sesuai dengan kondisi RS. Sedangkan pada level Nasional, Provinsi, dan Kabupaten data ASPAK digunakan untuk melihat kondisi SPA RS

untuk perencanaan kebutuhan dan rekomendasi pengadaan SPA. Data yang tidak akurat/valid akan mengakibatkan perencanaan atau rekomendasi yang keliru. Sedangkan pada level RS data ASPAK yang valid membantu melihat pemenuhan SPA terhadap standar serta usulan perencanaan kebutuhan SPA dapat terpetakan dengan jelas<sup>24</sup>.

## SIMPULAN

Dari 5 (lima) RS Pemerintah di Sultra yang direkomendasikan turun kelas oleh Kementerian Kesehatan dan BPJS maka dapat ditarik kesimpulan, RSUD Mubar, RSUD Busel dan RS BLUD Konut yang turun kelas dari D ke D\* tidak berdampak pada penurunan pembayaran klaim INA CBGs oleh BPJS, RSUD H.M Djafar Harun turun kelas dari C ke D dan RS Khusus Jiwa turun kelas dari B ke C, sehingga berdampak pada penurunan pembayaran klaim INA CBGs sebesar 30-50% oleh BPJS, RS yang tidak keberatan terhadap hasil rekomendasi penetapan kelas, segera dilakukan penyesuaian penetapan ulang kelas RS oleh instansi yang menerbitkan izin operasional RS dalam hal ini, Dinas Kesehatan Provinsi untuk RSK Jiwa dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk RSUD H.M Djafar Harun, Dari ke-5 (lima) RS yang direkomendasikan turun kelas, hanya RS BLUD Konut yang mengajukan keberatan terhadap rekomendasi penetapan kelas RS dengan menyampaikan alasan keberatan ke Kemenkes. Pembinaan RS terhadap pemenuhan kriteria SDM dan SPA perlu, agar bisa memberikan pelayanan yang terstandar, bermutu, efektif dan efisien. Penting bagi RS yang turun kelas, agar segera melakukan pembenahan terkait pemenuhan SDM terutama dokter spesialis dan pemenuhan SPA sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Kementerian Kesehatan. Sedangkan bagi Dinkes Kabupaten dan Dinkes Provinsi perlu pembinaan dan pengawasan lebih intens pada RS sebagai UPTD (Unit Pelaksana Teknis Dinas) di daerah.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia <https://www.persi.or.id/images/litbang/rsindonesia418> diakses September 2019.
2. Trisnantoro Laksono. 2019. Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
3. BPJS Kesehatan. Available at [www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2019/1019/akreditasi-rumahsakit](http://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2019/1019/akreditasi-rumahsakit) diakses September 2019.
4. WHO (World Health Organization). 2010. *Key Components of a Well Functioning Health System* (Online). Geneva. Available at [http://www.who.int/healthsystems/EN\\_HSSkeycomponents.pdf](http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf).
5. WHO. 2006. *World Health Report: Working Together for Health*. Geneva.
6. Depkes.go.id. Available at [www.sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20170223/1019843](http://www.sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20170223/1019843) diakses September 2019.
7. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2018.
8. Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.
9. Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Pengelolaan SPA di Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Disampaikan dalam Pertemuan Evaluasi Pengelolaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di Rumah Sakit. Jakarta 30 Oktober 2017.
10. Yin, R.K. 2011. *Studi Kasus Desain & Metode*. Penerjemah, M. Djauzi Mudzakir. Cetakan ke-10. PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
11. Nawawi Hadari. 2005. *Perencanaan SDM Untuk Organisasi Profit yang Kompetitif*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
12. Mustikowati S.R., Tisnantoro Laksono, Meliala Andreasta. 2006. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Penerimaan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM Yogyakarta*.
13. Peraturan Menteri Kesehatan No 1419 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi.

14. Egger, D., Lipson, D., Adams, O. 2000. "Achieving the Right Balance: The Role of Policymaking in Managing Health Resource for Health problem". (<http://www.who.int/health-service-delivery/discpaper/rightimbalances-briefing.pdf>)
15. Tjung Lipin., Meliala Andreasta, Trisnantoro Laksono. 2012. Keterlekatan Dokter Spesialis di Eka Hospital BSD-City dan Pekanbaru. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. UGM Yogyakarta.
16. Hasibuan Melayu S.P. 2014. Manajemen Sumber Daya Manusia. PT. Bumi Aksara Jakarta.
17. Saputra Maman, Marlinae Lenie, Rahman Fauzie, Rosadi Dian (2015) Jurnal Kesmas Program JKN dari Aspek SDM Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan. <http://journal.unes.ac.id/nju/index.php/kemas>
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan.
19. Scholz Stefan, Ngoli Baltazar, Flessa Steffen. 2015. Rapid Assesemnt of Infrastructure of Primary Health Care Facilities- a Relevant Instrument for Health Care Systems Management. BMC Health Services Research volume 15, Article number : 183 (2015).
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2019 tentang Petunjuk Operasional Penggunaan Dana Alokasi Khusus Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2019.
21. Herawati Diah M.D. 2008. Intervensi Politik dalam Proses Penganggaran Departemen Kesehatan Tahun 2006-2007. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.
22. Sondak, G.H., Massie, R.G. 2017. Proses Perencanaan PengadaanKebutuhan Alat Kesehatan di Unit Kerja Politeknik Gigin RS Angkatan Darat RW. Mongisidi Manado. Prodi Ilmu Kesmas Pascasarjana Unsrat.
23. Herman M. J., Handayani R.S. 2016. Sarana dan Prasarana RS pemerintah dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Indonesia. Jurnal kefarmasian Indonesia. Balitbang Kesehatan Kemenkes RI. Jakarta.
24. Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Pengelolaan SPA di Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Disampaikan dalam Pertemuan Evaluasi Pengelolaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di Rumah Sakit. Jakarta 30 Oktober 2017.



**PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PADA PASIEN PENYAKIT ISPA  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAWANGSASI MUSI RAWAS**  
**UTILIZATION OF HEALTH SERVICES IN ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS  
(ARI) PATIENTS IN NAWANGSASI MUSI RAWAS PUBLIC HEALTH CENTER**

Septian Kurniawan<sup>1</sup>, Dian Safriantini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan FKM Universitas Sriwijaya

<sup>2</sup> Email : dian.safriantini@gmail.com

**ABSTRAK**

Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang banyak digunakan oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Puskesmas Nawangsasi merupakan Puskesmas dengan angka kunjungan pasien penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) terbanyak selama tiga tahun terakhir pada tahun 2015 (4.789 jiwa), 2016 (5.371), dan 2017 (3.788 jiwa). Penelitian ini adalah cross sectional dengan total sampel sebanyak 112 sampel dan diambil dengan teknik pengambilan simple random sampling. Hasil analisis menunjukkan sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan dari variabel umur yaitu kelompok 0-5 tahun (64,3%), perempuan (50%), pendidikan tinggi orang tua (67%), status tidak bekerja (54,5%), penghasilan orang tua rendah (72,3%), kepemilikan asuransi (59,9%), aksesibilitas jauh (58%), persepsi sakit postif (75%), persepsi tindakan petugas jawaban baik (72,3,0%), kelengkapan fasilitas kesehatan dengan jawaban Ya (81,3%%). Terdapat 6 variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi yaitu tingkat pendidikan (p- value = 0,011), status pekerjaan (p-value = 0,003), kepemilikan asuransi (p-value = 0,0004), pendapatan (p-value = 0,010), persepsi sakit (p-value = 0,006) dan kelengkapan fasilitas (p-value = 0,010).

**Kata Kunci:** Infeksi Saluran Pernapasan Akut, Puskesmas

**ABSTRACT**

*Puskesmas as a first-level health facility that is widely used by the community to get good health services. Nawangsasi Health Center is the Public Health Center with the highest number of patients with acute respiratory infections (ISPA) during the last three years in 2015 (4,789 people), 2016 (5,371), and 2017 (3,788 people). This research is a cross sectional study with a total sample of 112 samples and taken by simple random sampling technique. The results that the majority of health service utilization from the age variable is 0-5 years (64.3%), women (50%), higher education for parents (67%), unemployment status (54.5%), low income for old parents (72.3%), insurance ownership (59.9%), remote accessibility (58%), positive pain perception (75%), perception of officers answering good actions (72.3.0%), completeness of health facilities with answers Yes (81.3 %%). There are 6 variables related to the utilization of health services in ARI patients in the working area of Nawangsasi Health Center, namely education level (p-value = 0.011), employment status (p-value = 0.003), insurance ownership (p-value = 0.0004), income (p-value = 0.010), ill perception (p-value = 0.006) and completeness of facilities (p-value = 0.010).*

**Keywords :** acute respiratory infections (ARI), Public health center

**PENDAHULUAN**

Infeksi Saluran Pernafasan Akut yang biasa disebut dengan ISPA adalah suatu kelompok penyakit yang menyerang saluran pernafasan pada manusia. Indonesia selalu menempati urutan pertama penyebab kematian ISPA pada masyarakat. Selain itu ISPA juga sering berada pada daftar 10 penyakit terbanyak di rumah sakit atau pelayanan kesehatan tingkat pertama. Survei menunjukkan bahwa ISPA merupakan

penyebab kematian bayi terbesar di Indonesia dengan persentase 22,30% dari seluruh kematian balita yang terjadi.<sup>1</sup>

ISPA merupakan salah satu penyebab utama kunjungan pasien di sarana pelayanan kesehatan yang tersedia yaitu sebanyak 40-60% kunjungan berobat di Puskesmas dan 15-30% kunjungan berobat di rawat jalan dan rawat inap rumah sakit. Berdasarkan data yang dilansir Kementerian Kesehatan pada tahun 2017 jumlah penemuan kasus ISPA balita (*pneumonia*) di Sumatera Selatan menempati urutan 8 di Indonesia dan urutan 1 untuk wilayah pulau Sumatera dengan berjumlah 120.338 kasus. Berdasarkan data yang dilansir Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2015 Kabupaten Musi Rawas menempati urutan ke 6 dari 18 jumlah Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan dengan jumlah penemuan kasus ISPA balita (*pneumonia*) sebesar 1880 kasus dengan persentase 30,1%.<sup>2</sup>

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Musi Rawas pada 3 tahun terakhir yaitu pada tahun 2015, 2016, 2017 jumlah penderita ISPA berada di urutan pertama dari 10 penyakit terbanyak yaitu pada tahun 2015 jumlah penderita ISPA 20.222 jiwa pada tahun 2016 jumlah penderita ISPA 29.834 jiwa pada tahun 2017 jumlah penderita ISPA 22.933 jiwa<sup>3</sup>.

Berdasarkan data dari Puskesmas Nawangsasi Kecamatan Tugumulyo Kabupaten Musi Rawas pada tahun 3 tahun terakhir didapatkan hasil data 10 penyakit terbesar adalah penyakit ISPA menempati posisi pertama yaitu pada tahun 2015, 2016, 2017 jumlah penderita ISPA berada di urutan pertama dari 10 penyakit terbanyak pada tahun 2015 jumlah penderita ISPA 4.789 jiwa pada tahun 2016 jumlah penderita ISPA 5.371 jiwa pada tahun 2017 jumlah penderita ISPA 3.788 jiwa<sup>3</sup>

ISPA didefinisikan sebagai penyakit saluran pernapasan akut yang disebabkan oleh agen infeksius yang ditularkan dari manusia ke manusia. Timbulnya gejala biasanya cepat, yaitu dalam waktu beberapa jam sampai beberapa hari. Gejalanya meliputi demam, batuk, dan sering juga nyeri tenggorok, coryza (pilek), sesak napas, mengi, atau kesulitan bernapas<sup>4</sup>

Berdasarkan Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Puskesmas merupakan ujung tombak dari peranan pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang baik bagi masyarakat luas. dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam tanggung jawab wilayah kerjanya.<sup>5</sup>

Demi terciptanya tujuan Puskesmas maka haruslah diiringi oleh fungsi-fungsi pokok Puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar bagi masyarakat untuk mendapatkan akses kesehatan yang adil dan baik<sup>6</sup>.

Secara garis besar pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga determinan utama yaitu determinan sosial, sistem pelayanan kesehatan dan determinan individu. Determinan individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh predisposisi individu dalam menggunakan pelayanan, kemampuan mereka untuk melaksanakannya dan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mencari faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Cukup banyak model-model penggunaan pelayanan kesehatan yang dikembangkan, seperti model kependudukan, model sumber daya masyarakat, model organisasi dan lain-lain sesuai dengan variabel-variabel yang digunakan dalam masing-masing model<sup>6</sup>.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian potong lintang yang artinya sampel dalam suatu survei direkrut tidak berdasarkan status paparan atau suatu penyakit/kondisi kesehatan lainnya, tetapi individu yang dipilih menjadi subjek dalam penelitian adalah mereka yang diasumsikan sesuai dengan studi yang akan diteliti dan mewakili populasi yang akan diteliti secara potong lintang sehingga hasil studi bisa digeneralisasikan ke populasi, dengan menggunakan penelitian kuantitatif yang artinya penelitian yang menekankan pada variabel-variabel sebagai objek penelitian dan variabel-variabel tersebut harus

didefinisikan dalam bentuk operasionalisasi variabel masing-masing. Penelitian kuantitatif mempunyai syarat mutlak yang harus dipenuhi ialah reliabilitas dan validitas untuk menentukan kualitas hasil penelitian.

Populasi pada penelitian ini adalah jumlah sampel terbanyak yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 56. Jumlah tersebut adalah untuk satu kelompok proporsi, dikarenakan penelitian ini menggunakan dua proporsi maka sampel penelitian ini dikalikan 2 sehingga sampel minimal yang didapatkan dalam penelitian ini adalah 112 sampel masyarakat yang berada diwilayah kerja Puskesmas Nawangsasi Kecamatan Tugumulyo, Cara pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *simple random sampling*, menggunakan teknik pemetaan wilayah, Pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan wawancara menggunakan kuesioner. Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan analisis univariat, analisis bivariat dengan uji *chi-square*.

## HASIL

### Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini terdiri atas distribusi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi meliputi Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, kepemilikan asuransi, aksesibilitas, persepsi sakit, persepsi tindakan petugas, kelengkapan fasilitas kesehatan, Hasil analisis univariat pada tabel berikut.

**Tabel 1**  
**Distribusi Frekuensi Faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Pasien ISPA di Wilayah Kerja Puskesmas Nawangsasi**

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<b>Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan</b>		
Memanfaatkan	63	56,3
Tidak Memanfaatkan	49	43,7
<b>Umur</b>		
0-5Tahun	72	64,3
11-6 Tahun	40	35,7
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	56	50
Laki-laki	56	50
<b>Tingkat Pendidikan Orang Tua</b>		
Tinggi	75	67,0
Rendah	37	33,0
<b>Status Pekerjaan Orang Tua</b>		
Bekerja	51	45,5
Tidak Bekerja	61	54,5
<b>Penghasilan Orang Tua</b>		
Tinggi	31	27,7
Rendah	81	72,3
<b>Kepemilikan Asuransi</b>		
Ada	66	59,9
Tidak Ada	46	41,1
<b>Aksesibilitas</b>		
Dekat	47	42
Jauh	67	58
<b>Persepsi Sakit</b>		
Positif	84	75,0
Negatif	28	25,0

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<b>Persepsi tindakan petugas kesehatan</b>		
Baik	81	72,3
Kurang Baik	31	27,7
<b>Kelengkapan fasilitas Kesehatan</b>		
Ya	91	81,3
Tidak	21	18,8

Berdasarkan tabel 1, didapatkan hasil bahwa sebagian besar memanfaatkan pelayanan kesehatan dari variabel umur yaitu kelompok 0-5 tahun (64,3%), perempuan (50%), pendidikan tinggi orang tua (67%), status tidak bekerja (54,5%), penghasilan orang tua rendah (72,3%), kepemilikan asuransi (59,9%), aksesibilitas jauh (58%), persepsi sakit positif (75%), persepsi tindakan petugas jawaban baik (72,30%), kelengkapan fasilitas kesehatan dengan jawaban Ya (81,30%).

### Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas (Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, kepemilikan asuransi, aksesibilitas, persepsi sakit, persepsi tindakan petugas, kelengkapan fasilitas kesehatan) dengan variabel terikat (Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan). Hasil analisis bivariat dapat dilihat tabel 2 berikut ini.

**Tabel 2**  
**Tabulasi Silang Faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		<i>p-value</i>	PR (95% CI)
	Ya	Tidak		
<b>Umur</b>				
0-5 Tahun	43	29	0,427	1,194
11-6Tahun	20	20		(0,831-1,718)
<b>Jenis Kelamin</b>				
Perempuan	30	26	0,703	0,909
Laki – Laki	33	23		(0,655-1,261)
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
Tinggi	49	26	0,011	1,727
Rendah	14	23		(1,107-2,694)
<b>Status Pekerjaan</b>				
Bekerja	37	14	0,003	1,702
Tidak Bekerja	26	35		(1,216-2,383)
<b>Aksesibilitas Layanan</b>				
Dekat	26	22	1,000	0,972
Jauh	37	19		(0,697-1,356)
<b>Kepemilikan Asuransi</b>				
Ada	45	21	0,0004	1,742
Tidak ada	18	28		(1,172-2,590)
<b>Penghasilan Orang Tua</b>				
Tinggi	24	7	0,010	1,608
Rendah	39	42		(1,197-2,160)
<b>Persepsi Sakit yang Dirasakan</b>				
Positif	54	30	0,006	2,000
Negatif	9	19		(1,141-3,506)

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		p-value	PR (95% CI)
	Ya	Tidak		
<b>Persepsi Tindakan Petugas Kesehatan</b>				
Baik	47	34	0,690	1,124
Kurang baik	16	15		(0,763-1,657)
<b>Kelengkapan fasilitas Kesehatan</b>				
Ya	57	34	0,010	2,192
Tidak	6	15		(1,095-4,391)

Berdasarkan tabel 2 di atas menunjukkan bahwa variabel-variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah tingkat pendidikan ( $p\text{-value} = 0,011$ ), status pekerjaan ( $p\text{-value} = 0,003$ ), kepemilikan asuransi ( $p\text{-value} = 0,0004$ ), pendapatan ( $p\text{-value} = 0,010$ ), persepsi sakit ( $p\text{-value} = 0,006$ ) dan kelengkapan fasilitas ( $p\text{-value} = 0,010$ ). Sedangkan Variabel-variabel yang tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah umur ( $p\text{-value} = 0,427$ ), jenis kelamin ( $p\text{-value} = 0,703$ ), aksebilitas ( $p\text{-value} = 1,000$ ), tindakan petugas kesehatan ( $p\text{-value} = 0,690$ ).

## PEMBAHASAN

### Umur

Variabel umur, jumlah terbanyak dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah pada kelompok umur 0-5 Tahun 43 (59,7%) responden.

Tidak ada hubungan yang signifikan bagi umur seseorang karena makin bertambah umur seseorang maka semakin banyak fungsi organ tubuh yang mengalami gangguan atau masalah yang berdampak pada kebutuhan klien akan pemeliharaan kesehatan.<sup>7</sup>

Dilihat dari aspek aktivitas kehidupan, ada masa pertumbuhan, masa produksi, masa kurang produksi dan masa pasca produktif. dalam menjalani kehidupan, setiap manusia mengenal kebutuhan dan keinginan, yang membedakan antara kebutuhan dan keinginan adalah tingkatan usianya.<sup>8</sup>

### Jenis kelamin

Pada variabel jenis kelamin, menunjukkan bahwa jumlah terbesar responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan pada pasien ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 33 (58,9%) responden. Hasil dari uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan berarti ( $0,703 > 0,05$ )

Hasil ini juga sama dengan penelitian yang dilakukan Yuniar bahwa jenis kelamin memang tidak memengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk melakukan pencarian pengobatan. Hal ini dikarenakan perempuan mempunyai pelayanan kesehatan khusus seperti pelayanan kesehatan kehamilan dan penyakit-penyakit spesifik yang mengharuskan perempuan memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>9</sup>

Beda halnya dengan hasil penelitian Rachmawati *et al*, menyebutkan bahwa jenis kelamin tidak memengaruhi orang untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang baik. Dikarenakan adanya faktor perilaku dan kebiasaan setempat yang bisa membedakan seseorang itu akan memanfaatkan pelayanan kesehatan atau tidak.<sup>10</sup>

### Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian dari variabel tingkat pendidikan adalah dari tingkatan pendidikan tinggi (SMA-Perguruan tinggi) dengan jumlah 49 (69,3%) responden. Dari hasil uji statistik pada variabel tingkat

pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan mempunyai hubungan ( $0,011 < 0,05$ ) di puskesmas Nawangsasi.

Hal ini sejalan dengan Notoatmodjo menyebutkan pendidikan akan memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dikarenakan dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang tersebut akan mempunyai pengetahuan yang tinggi dibandingkan dengan seseorang yang berpendidikan rendah. Hasilnya pendidikan yang lebih tinggi diharapkan mampu memahami pentingnya untuk memelihara kesehatannya atau orang sekitarnya. Meskipun begitu pendidikan formal untuk saat ini akan kurang memengaruhi pemanfaatan kesehatan dikarenakan kemajuan teknologi informasi sehingga seseorang yang mempunyai pendidikan tinggi atau rendah tidak akan selalu berhubungan dengan pengambilan keputusan untuk selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas atau tidak.<sup>11</sup>

Bahwa tingkat pendidikan yang kurang mendukung merupakan salah satu penyebab rendahnya kesadaran kesehatan lingkungan, karena kesadaran memerlukan pemahaman yang baik akan arti pentingnya kondisi lingkungan yang sehat. Semakin baik tingkat pendidikan formal, maka semakin baik pengetahuan tentang kesehatan, sehingga akan mematangkan pemahaman tentang pengetahuan kesehatan dan kesadaran menjaga kesehatan termasuk penerapan prinsip-prinsip hidup sehat.<sup>12</sup>

### **Status Pekerjaan**

Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh Menunjukkan bahwa pada kelompok responden yang mempunyai pekerjaan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan jumlah 37 (72,5%). Dari uji statistik Variabel ini memiliki hubungan ( $0,003 < 0,05$ ) di puskesmas Nawangsasi.

Pekerjaan seseorang juga memengaruhi pola konsumsinya dalam kehidupan sehari-hari masih ada yang sebenarnya tidak termasuk dalam kategori pekerja kantoran maupun pekerja pabrik, yakni pelaku usaha, petani dan pedagang. dengan adanya kondisi jenis pekerjaan yang beragam tentu memengaruhi kebutuhan dan keinginan yang sangat luas dan bervariasi pula. Dilihat dari sudut pandang para pelaku usaha berbagai kebutuhan dan keinginan dimaksud dapat dikreasikan sebagai penciptaan alat pemenuhan kebutuhan, baik dalam bentuk produk barang maupun produk jasa. dengan demikian maka jenis-jenis pekerjaan mempunyai pengaruh yang sangat luas dan sangat beragam terhadap perilaku konsumen kesehatan.<sup>13</sup>

Berdasarkan hukum Engel dalam buku Nicholson (2001) menyatakan bahwa rumah tangga yang mempunyai pendapatan rendah akan mengeluarkan sebagian besar pendapatan mereka untuk kebutuhan pokok dan sebaliknya orang yang mempunyai pendapatan yang tinggi akan membelanjakan sebagian kecil untuk kebutuhan pokok.<sup>14</sup>

Berdasarkan hasil tersebut bahwa orang yang bekerja lebih memengaruhi pendapatan ekonomi untuk melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang baik untuk menjamin kesehatannya.

### **Akseibilitas**

Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh Menunjukkan bahwa pada kelompok responden yang mempunyai rumah jauh dari Puskesmas Nawangsasi lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 37 (56,9%). Variabel ini juga tidak ada hubungan yang berarti ( $1,000 > 0,05$ ) pada responden yang tempat tinggalnya dekat dan jauh dengan puskesmas Nawangsasi.

Teori *Health Belief Model* dari Lewin dalam buku Notoatmodjo menyatakan bahwa dalam faktor struktur yang berkaitan dengan akses ke pelayanan kesehatan akan cenderung memengaruhi keputusan seseorang untuk memanfaatkan atau tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>15</sup>

Adriana *et al*, mengatakan bahwa akses pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan masalah jarak fasilitas pelayanan kesehatan dengan rumah penduduk memiliki tingkat kemaknaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>16</sup>

Dari wawancara dengan responden menyebutkan bahwa orang yang memiliki akses yang jauh dari puskesmas Nawangsasi akan cenderung banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh pemerintah karena masyarakat menggunakan jaminan kesehatan yang dimilikinya. Hal

ini dikarenakan tidak ada pilihan pelayanan kesehatan yang lain yang sama gratisnya dengan puskesmas Nawangsasi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. Temuan ini sama halnya dengan yang ditemukan oleh Irawan dan Ainy yang meneliti tentang factor-faktor Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir.<sup>17</sup>

### **Kepemilikan Asuransi**

Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh Menunjukkan bahwa pada kelompok responden yang mempunyai asuransi lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan jumlah 45 (68,2%). Dari uji statistik Variabel ini memiliki hubungan ( $0,0004 < 0,05$ ) pada responden yang mempunyai asuransi di puskesmas Nawangsasi.

Penelitian sejalan dengan Adisasmito, W bahwa asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat untuk dapat memelihara kesehatan tanpa harus membebani masyarakat dalam hal ekonomi/keuangan, asuransi kesehatan berperan penting bagi masyarakat pada saat sakit sehingga pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan tetap terpenuhi dan pembiayaan akan lebih terjamin.<sup>18</sup>

Andriana *et al*, Asuransi kesehatan sangat memengaruhi konsumsi pelayanan secara signifikan. Manfaat asuransi kesehatan adalah membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, biaya kesehatan dapat diawasi, dan tersedianya data kesehatan.<sup>16</sup>

Dari hasil wawancara masyarakat yang memiliki asuransi walaupun jarak akses jauh dari puskesmas Nawangsasi akan menggunakan asuransi kesehatannya di puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan memadai.

### **Ketersediaan Fasilitas**

Variabel ketersediaan fasilitas jumlah terbanyak dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah 57 (62,6%) responden yang mempunyai jawaban YA. Sedangkan dari hasil uji statistik variabel persepsi sakit mempunyai hubungan ( $0,010 < 0,05$ ) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Nawangsasi.

Pada responden dengan jawaban Ya di Puskesmas Nawangsasi cenderung 2,191 kali memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Nawangsasi dibandingkan dengan responden yang mempunyai jawaban Tidak di puskesmas Nawangsasi. pada populasi umum, dengan CI 95% bahwa rumah responden yang pendapatan tinggi di Puskesmas Nawangsasi memanfaatkan pelayanan kesehatan 1,095 dan 4,391 dibandingkan dengan responden dengan jawaban Tidak.

Penelitian ini sesuai dengan Ilyas, ketersediaan fasilitas merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh dalam menentukan pelayanan kesehatan yang sesuai keinginannya konsumen juga melihat ketersediaan fasilitas yang ada dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Fakta dilapangan bahwa fasilitas yang tersedia di Puskesmas Nawangsasi telah lengkap dan berstandar untuk menunjang kebutuhan pasien yang berobat di Puskesmas Nawangsasi.<sup>19</sup>

Dalam fakta yang ditemui dilapangan bahwa puskesmas Nawangsasi sudah memiliki fasilitas yang baik dan berstandar guna mencangkup kebutuhan pasien yang datang di Puskesmas Nawangsasi.

### **Pendapatan**

Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh Menunjukkan bahwa pada kelompok responden yang mempunyai pendapatan tinggi lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 27 (77,4%) di puskesmas Nawangsasi. Variabel ini juga terdapat hubungan ( $0,010 < 0,05$ ) antaran pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Nawangsasi.

Penghasilan berhubungan kuat dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan semakin tinggi pendapatan seseorang maka akan tinggi pula permintaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.<sup>22</sup>

Hal ini sesuai dengan Gerungan, yang menyatakan bahwa pendapatan besar kecilnya pendapatan seseorang akan memengaruhi sikap individu untuk melakukan sesuatu. Peningkatan pendapatan rumah tangga terutama bagi kelompok rumah tangga miskin dapat meningkatkan status kesehatan, karena peningkatan pendapatan tersebut memungkinkan mereka mampu membeli pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkuantitas yang lebih baik.<sup>12</sup>

### **Persepsi Sakit**

Berdasarkan hasil analisis bivariat diperoleh Variabel persepsi sakit jumlah terbanyak dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah 54 (64,3%) responden yang mempunyai persepsi positif. Sedangkan dari hasil uji statistik variabel persepsi sakit mempunyai hubungan ( $0,006 < 0,05$ ) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Nawangsasi.

Berdasarkan pendapat Notoatmodjo, Persepsi masyarakat yang keliru dalam menyikapi sakit dapat menyebabkan kurangnya dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada meskipun puskesmas didirikan di tengah tengah tempat tinggal masyarakat bila persepsi sakit yang keliru akan percuma dan dapat mengakibatkan pemanfaatan kesehatan di Puskesmas akan rendah.<sup>11</sup>

Orang-orang cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan saat terjadi perubahan didalam tubuh seseorang sehingga orang tersebut mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan akan mengurangi risiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit.<sup>20</sup>

Fakta dilapangan masyarakat diwilayah kerja puskesmas Nawangsasi kebanyakan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan persepsi sakit yang positif artinya masyarakat diwilayah Puskesmas Nawangsasi sendiri mengerti dalam konsep sakit.

### **Persepsi Tindakan Petugas Kesehatan**

Variabel persepsi terhadap tindakan petugas kesehatan, jumlah terbanyak dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah 47 (58,0%) responden yang mempunyai persepsi baik. Sedangkan dari hasil uji statistik variabel persepsi terhadap tindakan petugas kesehatan tidak mempunyai hubungan yang berarti ( $0,690 > 0,05$ ) dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Nawangsasi. Justru peran tindakan atau cara petugas dalam melakukan pelayanan merupakan hal yang sangat memengaruhi pasien dalam pemanfaatan layanan. Adanya perlakuan yang baik dan penuh perhatian menjadi suatu daya tarik tersendiri dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Hal ini menumbuhkan pengaruh psikologis dan motivasi bagi pasien untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diberikan.<sup>19</sup>

Bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh petugas kesehatan terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien yang datang untuk berobat di Puskesmas sehingga masyarakat merasa nyaman dengan tindakan petugas kesehatan.<sup>21</sup>

Pada temuan dilapangan petugas-petugas kesehatan telah bersikap profesional, ramah, sabar dan komunikatif sehingga banyaknya persepsi baik dari masyarakat, pasien dan pengunjung untuk Puskesmas Nawangsasi masyarakat memilih untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Nawangsasi dikarenakan tidak mempunyai pilihan lain untuk memilih layanan kesehatan lainnya. Karena mereka telah memiliki asuransi yang biaya berobatnya telah di tanggung/bantuan oleh pemerintah atau gratis hal ini membuat persepsi tindakan petugas kesehatan tidak memengaruhi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi Kecamatan Tugumulyo Kabupaten Musi Rawas dapat diambil kesimpulan sebagai berikut.



1. Responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan proporsi terbanyak pada kelompok 0-5 tahun (64,3%), perempuan (50%), pendidikan tinggi orang tua (67%), status tidak bekerja (54,5%), penghasilan orang tua rendah (72,3%), kepemilikan asuransi (59,9%), aksesibilitas jauh (58%), persepsi sakit postif (75%), persepsi tindakan petugas jawaban baik (72,3,0%), kelengkapan fasilitas kesehatan dengan jawaban Ya (81,3%%).
2. Variabel-variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah tingkat pendidikan (*p-value* = 0,011), status pekerjaan (*p-value* = 0,003), kepemilikan asuransi (*p-value* = 0,0004), pendapatan (*p-value* = 0,010), persepsi sakit (*p-value* = 0,006) dan kelengkapan fasilitas (*p-value* = 0,010).
3. Variabel-variabel yang tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien penyakit ISPA di wilayah kerja Puskesmas Nawangsasi adalah umur (*p-value* = 0,427), jenis kelamin (*p-value* = 0,703), aksesibilitas (*p-value* = 1,000), tindakan petugas kesehatan (*p-value* = 0,690).

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA). Jakarta; 2010.
2. Dinkes Provinsi Sumatera Selatan. Data dan Profil Kesehatan Sumatera Selatan. Palembang: Dinas Kesehatan Sumatera Selatan; 2015.
3. Dinkes Kabupaten Musi Rawas. Data dan Profil Kesehatan Musi Rawas. Musi Rawas; 2017.
4. World Health Organization. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang Cenderung menjadi Epidemik dan Pandemi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Vol. 8, 2008. 2018.
5. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Indonesia; 2014.
6. Wahyuni NS. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012. Universitas Indonesia; 2012.
7. Hardywinoto. Panduan Gerontologi: Tinjauan dari Berbagai Aspek. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama; 2007.
8. Nitisusastro. Perilaku Konsumen dalam Perspektif Kewirausahaan. Bandung: Alfabeta; 2012.
9. Sitorus H, Ambarita L, Sari R. Akses Pelayanan Kesehatan dan Kejadian Malaria di Provinsi Bengkulu. Media Penelit dan Pengemb Kesehat. 2013;23(4):158–64.
10. Rachmawati S, Darmawansyah, Amir MY. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar. Universitas Hasanuddin; 2014.
11. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Prilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
12. Gerungan WA. Psikologi Sosial. Bandung: Refika Aditama; 2008.
13. Sari. Manajemen Pemasaran Usaha Jasa Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
14. Nicholson. Teori-teori Sosial. Jakarta: CV Rajawali; 2001.
15. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
16. Adriana N, Wulandari LPL, Duarsa DP. Akses Pelayanan Kesehatan Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai di Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur. Public Heal Prev Med Arch. 2014;2(2):135.
17. Irawan B, Ainy A. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir. J Ilmu Kesehat Masy. 2018;9(3):189–97.
18. Adisasmito W. Sistem Kesehatan. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada; 2007.
19. Ilyas Y. Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud: Kecurangan Asuransi Kesehatan. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI; 2006.

20. Napirah MR, Rahman A, Tony A. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso. *J Pengemb Kota*. 2016;4(1):29.
21. Putra AW. Analisis Permintaan Penggunaan Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Milik Pemerintah di Kabupaten Semarang. *Fak Ekon Univ Diponegoro*. 2010;104.

**ANALISIS PRINSIP GOOD CORPORATE GOVERNANCE (GCG) DENGAN KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS OHEO KELURAHAN INOMOIYO KECAMATAN OHEO KABUPATEN KONAWA UTARA**

**GOOD CORPORATE GOVERNANCE (GCG) PRINCIPLES ANALYSIS WITH THE SATISFACTION OF PATHWAY PATIENTS IN OHEO HEALTH CENTER INOMOIYO SUB-DISTRICT, OHEO DISTRICT, NORTH KONAWA DISTRICT**

**Sartini Risky<sup>1</sup>**

Program Studi Keperawatan, STIKES Mandala Waluya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Email : risky.sarjan87@gmail.com

**ABSTRAK**

Permintaan masyarakat terhadap produk dan jasa rumah sakit semakin meningkat. Peningkatan jumlah kunjungan pasien dapat menyebabkan meningkatnya beban kerja pegawai rumah sakit yang dapat memengaruhi mutu pelayanan yang diberikan sehingga akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Strategi yang diperlukan dalam meningkatkan mutu pelayanan adalah melalui implementasi *good corporate governance* (GCG). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan peranan *good corporate governance* dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2019. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. Objek pada penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalan yang berkunjung di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara. Pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling* dengan jumlah responden sebanyak 56 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan sedang antara *fairness* (kewajaran) dengan kepuasan pasien rawat jalan ( $X^2$  hitung = 17,352, dengan nilai  $\varphi = 0.557$ ), ada hubungan lemah antara *disclosure* dan *transparency* (transparansi) dengan kepuasan pasien rawat jalan ( $X^2$  hitung = 7,289, dengan nilai  $\varphi = 0.361$ ), ada hubungan sedang antara *accountability* (akuntabilitas) dengan kepuasan pasien rawat jalan ( $X^2$  hitung = 13,763, dengan nilai  $\varphi = 0.496$ ) dan ada hubungan lemah antara *responsibility* (responsibilitas) dengan kepuasan pasien rawat jalan ( $X^2$  hitung = 6,310, dengan nilai  $\varphi = 0.336$ ). Saran sebaiknya perlu adanya peningkatan terhadap penerapan prinsip – prinsip GCG.

**Kata Kunci** : Kewajaran, Transparansi, Akuntabilitas, Responsibilitas, Kepuasan.

**ABSTRACT**

*Public demand for hospital product and services is increasing. Increasing the number of patient visits and can cause increased workloads of hospital employes which can effect the quality of services provided so that it will affect patient statisfaction. The strategy needed to improve service quality is through the implementation of good corporate governance (GCG). This study aims to determine the relationship of the role of good corporate governance with outpatient satisfaction at the Oheo Health Center, Linomoiyo Sub-District, Oheo Sub-District, NorthKonawe Regency in 2019. This study uses a cross sectional study design. The objects in this study were all outpatients visiting the Oheo Health Center, Linomoiyo Sub-District, Oheo District, North Konawe Regency. Sampling using accidental sampling technique with the number of respondents as many as 56 people. The results showed that there was a moderate relationship between fairness and outpatient satisfaction ( $X^2$  count = 17.352, with a value of  $\varphi = 0.557$ ), there was a weak relationship between disclosure and transparency (transparency) with outpatient satisfaction ( $X^2$  count = 7.289, with a value of  $\varphi = 0.361$ ), there was a moderate relationship between accountability (outpatient satisfaction) ( $X^2$  count = 13.763, with a value  $\varphi = 0.496$ ) and there is a weak relationship between responsibility (responsibility) with satisfaction of outpatients ( $X^2$  count) = 6.310, with a value of  $\varphi = 0.336$ ). Suggestions should improve the application of GCG principles. Suggestions should improve the application of GCG principles.*

**Keywords** : Fairness, Disclosure, Transparency, Accountability, Responsibility, Outpatient Satisfaction

**PENDAHULUAN**

Indonesia di tengah dinamika perkembangan global maupun nasional, saat ini menghadapi berbagai tantangan yang membutuhkan perhatian serius dari semua pihak. Ini terbukti dengan masih banyaknya masalah yang timbul, seperti adanya korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN) yang sulit diberantas, penegakan hukum yang sulit berjalan, monopoli dalam kegiatan ekonomi, serta kualitas pelayanan kepada masyarakat yang masih buruk<sup>1</sup>

Masalah-masalah tersebut secara langsung telah menghambat proses perkembangan Indonesia dalam upayanya mewujudkan kehidupan yang sejahtera. Sehingga jumlah pengangguran semakin meningkat, jumlah penduduk miskin bertambah, tingkat kesehatan menurun, dan bahkan telah menyebabkan munculnya konflik-konflik di berbagai daerah yang dapat mengancam persatuan dan kesatuan negara Republik Indonesia<sup>1</sup>. Oleh karena itu, tata pemerintahan yang baik (*good governance*) perlu segera dilakukan agar segala permasalahan yang timbul dapat segera dipecahkan dan juga proses pemulihan kestabilan negara dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar. Disadari, mewujudkan tata pemerintahan yang baik membutuhkan waktu yang tidak singkat dan juga upaya yang terus menerus maka, perlu juga dibangun kesepakatan serta rasa optimis yang tinggi dari seluruh komponen bangsa yang melibatkan tiga pilar berbangsa dan bernegara, yaitu para aparatur negara, pihak swasta dan masyarakat madani untuk menumbuhkan kembangkan rasa kebersamaan dalam rangka mencapai tata pemerintahan yang baik tersebut.

*Good corporate governance* merupakan konsep untuk meningkatkan kewajaran, transparansi, akuntabilitas, dan responsibilitas yang saat ini dianjurkan pada lembaga usaha. Diharapkan dengan penggunaan *corporate governance* akan ada sistem manajemen yang meningkatkan efisiensi. Konsep *good corporate governance* dapat diterapkan pada setiap lembaga usaha, baik lembaga usaha *profit* maupun *non-profit* (misalnya rumah sakit/ puskesmas).

*Governance* merupakan seluruh rangkaian proses pembuatan keputusan atau kebijakan dan seluruh rangkaian proses dimana keputusan itu diimplementasikan atau tidak diimplementasikan. *Good governance* adalah suatu penyelenggara manajemen pembangunan yang solid dan bertanggung jawab yang sejalan dengan prinsip demokrasi dan pasar yang efisien, penghindaran salah satu alokasi dana investasi, dan pencegahan korupsi baik secara politik maupun administratif, menjalankan disiplin anggaran serta penciptaan legal dan political *framework* bagi tumbuhnya aktivitas usaha<sup>2</sup>

Dalam mewujudkan *good governance* pemerintah pun harus dapat menerapkan *clean governance* untuk dapat mewujudkan pemerintahan yang baik (*good governance*). *Clean governance* adalah pemerintahan yang bersih dan berwibawa. Harapan dan keinginan ini juga diinstruksikan kepada para menteri untuk bersama-sama memberantas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme (KKN) dan mewujudkan pemerintahan yang bersih (*Clean Governance*). Pemerintahan yang bersih adalah kondisi pemerintahan yang para pelaku yang terlibat di dalamnya menjaga diri dari perbuatan KKN (Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme)<sup>3</sup>

*Good governance* dan *clean governance* juga diterapkan pemerintah pada pelayanan kesehatan untuk dapat memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang baik kepada masyarakat. Kualitas pelayanan kesehatan bersifat multi dimensi, Ditinjau dari pemakai jasa pelayanan kesehatan *health consumer* maka pengertian kualitas pelayanan kesehatan lebih terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahan petugas dalam melayani pasien<sup>1</sup>

Pelayanan kesehatan sebagai penggerak utama yang juga dianggap penting oleh semua aktor dari unsur *good governance* dan *clean governance*. pada pelayanan kesehatan, unsur-unsur dalam masyarakat sipil memiliki kepentingan terhadap perbaikan kinerja pelayanan publik. Ada tiga alasan penting yang melatar-belakangi bahwa pembaharuan pelayanan publik salah satunya pelayanan kesehatan yaitu dapat mendorong praktik *good governance* dan *clean governance* di Indonesia. Pertama, perbaikan kinerja pelayanan kesehatan dinilai penting oleh *stakeholders*, yaitu pemerintah dan warga. Kedua, pelayanan publik salah satunya pelayanan kesehatan adalah ranah dari ketiga unsur *governance* melakukan interaksi yang sangat intensif. Ketiga, nilai-nilai yang selama ini mencirikan praktik *good governance* dan *clean governance* diterjemahkan secara lebih mudah dan nyata melalui pelayanan publik yang salah satunya adalah pelayanan kesehatan<sup>1</sup>

Data kunjungan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara periode tahun 2017 sebanyak 1.051 kunjungan dengan jumlah rata-rata perbulannya sebanyak 87 pasien, mengalami penurunan pada periode tahun 2018 sebanyak 785 kunjungan dengan rata-rata perbulannya sebanyak 65 pasien (Puskesmas Oheo, 2019)

Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat merupakan perwujudan dan fungsi aparatur negara sebagai pelayan masyarakat (abdi masyarakat), disamping juga

sebagai abdi negara. dengan demikian diharapkan pihak Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara sebagai pemberi pelayanan kesehatan harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat pengguna jasa kesehatan sehingga tidak ada keluhan-keluhan dari masyarakat dan kepuasan akan terwujud yang akan berdampak pada meningkatnya kunjungan masyarakat yang berobat di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang " Hubungan Peranan *Good Corporate Governance* dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara Tahun 2019".

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi analitik dengan pendekatan *cross sectional*, karena peneliti melakukan observasi atau pengukuran pada satu saat. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi ada hubungan peranan *good corporate governance* dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara Tahun. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 28 Mei 2019 sampai dengan 8 Juli 2019 di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalan yang berkunjung di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara periode 2018 dengan rata-rata perbulannya sebanyak 65 pasien dan sampel 56 orang

## HASIL

### Karakteristik Responden

#### Umur Responden

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden Menurut Umur di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

No	Umur (Tahun)	n	%
1.	26-35 Tahun	37	66.1
2.	36-45 Tahun	13	23.2
3.	> 46 Tahun	6	10.7
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer, di olah bulan Juli, 2019

Dari tabel 1 menunjukkan bahwa dari 56 responden terbanyak adalah berumur 26-35 tahun yaitu sebanyak 37 responden (66,1%) dan yang terkecil adalah berumur > 46 tahun yaitu sebanyak 6 responden (10,7%).

#### Jenis Kelamin Responden

**Tabel 2**  
**Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

No	Jenis Kelamin	n	%
1.	Perempuan	32	57.1
2.	Laki-Laki	24	42.9
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 2 menunjukkan bahwa dari 56 terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 32 responden (57,1%) dan yang terkecil adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 24 responden (42,9%).

## Pendidikan Responden

**Tabel 3**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan di Puskesmas Oheo**  
**Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

No	Pendidikan	n	%
1.	Tidak Sekolah	13	23.2
2.	Tamat SD	30	53.6
3.	Tamat SMP	6	10.7
4.	Tamat SMA	3	5.4
5.	Tamat Perguruan Tinggi	4	7.1
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 3 menunjukkan bahwa dari 56 responden terbanyak adalah berpendidikan Tamat SD yaitu sebanyak 30 responden (53,6%) dan yang terkecil adalah berpendidikan Tamat SMA yaitu sebanyak 3 responden (5,4%).

## Analisis Univariat

### Kepuasan Pasien Rawat Jalan

**Tabel 5**  
**Distribusi Responden Menurut Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Oheo**  
**Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

No	Kepuasan Pasien Rawat Jalan	n	%
1.	Puas	18	32.1
2.	Tidak Puas	38	67.9
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 5 menunjukkan bahwa dari 56 responden terdapat 18 responden (32,1%) yang puas dan 38 responden (67,9%) yang tidak puas.

### Fairness (Kewajaran)

**Tabel 6**  
**Distribusi Responden Menurut Fairness (Kewajaran) di Puskesmas Oheo**  
**Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

No	Fairness (Kewajaran)	n	%
1.	Cukup	19	33.9
2.	Kurang	37	66.1
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 6 menunjukkan bahwa dari 56 responden terdapat 19 responden (33,9%) yang menyatakan *fairness* (kewajaran) cukup dan 37 responden (66,1%) yang menyatakan kurang.

### Disclosure dan Transparency (Transparansi)

**Tabel 7**  
**Distribusi Responden Menurut Disclosure dan Transparency (Transparansi)**  
**Di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

No	Disclosure dan Transparency (Transparansi)	n	%
1.	Cukup	15	26.8
2.	Kurang	41	73.2
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 7 menunjukkan bahwa dari 56 responden terdapat 15 responden (26,8%) yang menyatakan *disclosure* dan *transparency* (transparansi) cukup dan 41 responden (73,2%) yang menyatakan kurang.

## Accountability (Akuntabilitas)

Tabel 8

### Distribusi Responden Menurut *Accountability* (Akuntabilitas) di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara

No	<i>Accountability</i> (Akuntabilitas)	n	%
1.	Cukup	16	28.6
2.	Kurang	40	71.4
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 8 menunjukkan bahwa dari 56 responden terdapat 16 responden (28,6%) yang menyatakan *accountability* (akuntabilitas) cukup dan 40 responden (71,4%) yang menyatakan kurang.

## Responsibility (Responsibilitas)

Tabel 9

### Distribusi Responden Menurut *Responsibility* (Responsibilitas) di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara

No	<i>Responsibility</i> (Responsibilitas)	n	%
1.	Cukup	21	37.5
2.	Kurang	35	62.5
<b>Jumlah</b>		<b>56</b>	<b>100</b>

Dari tabel 9 menunjukkan bahwa dari 56 responden terdapat 21 responden (37,5%) yang menyatakan *responsibility* (responsibilitas) cukup dan 35 responden (62,5%) yang menyatakan kurang.

## Analisis Bivariat

### Hubungan *Fairness* (Kewajaran) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan

Tabel 10

#### Distribusi Hubungan *Fairness* (Kewajaran) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara

<i>Fairness</i> (Kewajaran)	Kepuasan Pasien Rawat Jalan				Jumlah		X <sup>2</sup> Tabel	χ <sup>2</sup> Hitung
	Puas		Tidak Puas					
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	13	23,2	6	10,7	19	33,9	3,841	17,352
Kurang	5	8,9	32	57,1	37	66,1		
<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>32,1</b>	<b>38</b>	<b>67,9</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>φ = 0.557</b>	

Dari tabel 10 menunjukkan bahwa dari 56 responden terdapat 19 responden (33,9%) yang menyatakan *fairness* (kewajaran) cukup dan 37 responden (66,1%) kurang. Dari 19 responden (33,9%) yang menyatakan *fairness* (kewajaran) cukup terdapat 13 responden (23,2%) yang puas dan 6 responden (10,7%) yang tidak puas. Selanjutnya dari 37 responden (66,1%) yang menyatakan *fairness* (kewajaran) kurang terdapat 5 responden (8,9%) yang puas dan 32 responden (57,1%) yang tidak puas.

### Hubungan *Disclosure* dan *Transparency* (Transparansi) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan

Tabel 11

#### Distribusi Hubungan *Disclosure* dan *Transparency* (Transparansi) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara

<i>Disclosure</i> dan <i>Transparency</i> (Transparansi)	Kepuasan Pasien Rawat Jalan				Jumlah		X <sup>2</sup> Tabel	χ <sup>2</sup> Hitung
	Puas		Tidak Puas					
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	9	16,1	6	10,7	15	26,8	3,841	7,289
Kurang	9	16,1	32	57,1	41	73,2		
<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>32,1</b>	<b>38</b>	<b>67,9</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>φ = 0.361</b>	

Dari tabel 11 menunjukkan bahwa 56 responden terdapat 15 responden (26,7%) yang menyatakan *disclosure* dan *transparency* (transparansi) cukup dan 41 responden (73,2%) kurang. Dari 15 responden (26,7%) yang menyatakan *disclosure* dan *transparency* (transparansi) cukup terdapat 9 responden (16,1%) yang puas dan 6 responden (10,7%) yang tidak puas. Selanjutnya dari 41 responden (73,2%) yang menyatakan *disclosure* dan *transparency* (transparansi) kurang terdapat 9 responden (16,1%) yang puas dan 32 responden (57,1%) yang tidak puas.

#### Hubungan *Accountability* (Akuntabilitas) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan

**Tabel 12**  
**Distribusi Hubungan *Accountability* (Akuntabilitas) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

<i>Accountability</i> (Akuntabilitas)	Kepuasan Pasien Rawat Jalan				Jumlah		X <sup>2</sup> Tabel	χ <sup>2</sup> Hitung
	Puas		Tidak Puas					
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	11	19,6	5	8,9	16	28,6	3,841	13,763
Kurang	7	12,5	33	58,9	40	71,4		
<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>32,1</b>	<b>38</b>	<b>67,9</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>φ = 0.496</b>	

Dari tabel 12 menunjukkan bahwa 56 responden terdapat 16 responden (28,6%) yang menyatakan *accountability* (akuntabilitas) cukup dan 40 responden (71,4%) kurang. Dari 16 responden (28,6%) yang menyatakan *accountability* (akuntabilitas) cukup terdapat 11 responden (19,6%) yang puas dan 5 responden (8,9%) yang tidak puas. Selanjutnya dari 40 responden (71,4%) yang menyatakan *accountability* (akuntabilitas) kurang terdapat 7 responden (12,5%) yang puas dan 33 responden (58,9%) yang tidak puas.

#### Hubungan *Responsibility* (Responsibilitas) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan

**Tabel 13**  
**Distribusi Hubungan *Responsibility* (Responsibilitas) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara**

<i>Responsibility</i> (Responsibilitas)	Kepuasan Pasien Rawat Jalan				Jumlah		X <sup>2</sup> Tabel	χ <sup>2</sup> Hitung
	Puas		Tidak Puas					
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	11	19,6	10	17,9	21	37,5	3,841	6,310
Kurang	7	12,5	28	50	35	62,5		
<b>Jumlah</b>	<b>18</b>	<b>32,1</b>	<b>38</b>	<b>67,9</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>φ = 0.336</b>	

Dari tabel 13 menunjukkan bahwa 56 responden terdapat 21 responden (37,5%) yang menyatakan *responsibility* (responsibilitas) cukup dan 35 responden (62,5%) kurang. Dari 21 responden (37,5%) yang menyatakan *responsibility* (responsibilitas) cukup terdapat 11 responden (19,6%) yang puas dan 10 responden (17,9%) yang tidak puas. Selanjutnya dari 35 responden (62,5%) yang menyatakan *responsibility* (responsibilitas) kurang terdapat 7 responden (12,5%) yang puas dan 28 responden (50%) yang tidak puas.

## PEMBAHASAN

#### Hubungan *Fairness* (Kewajaran) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara menunjukkan bahwa dari 66,1% yang menyatakan *fairness* (kewajaran) kurang terdapat 8,9% yang puas dan 57,1% yang tidak puas. Hal ini disebabkan oleh respon perawat ruangan kurang baik dalam memberikan bantuan kepada pasien pada saat dibutuhkan karena yang memberikan bantuan bukan perawat tetapi mahasiswa keperawatan sehingga mereka kurang responsif dalam



memberikan bantuan; respon petugas puskesmas dalam menjawab setiap keluhan/kritik mengenai fasilitas rawat jalan juga kurang baik dikarenakan beban kerja yang dimiliki oleh petugas puskesmas cukup tinggi.

Hasil uji statistik di peroleh nilai  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel dengan  $\varphi = 0.557$  maka dapat disimpulkan ada hubungan sedang antara *fairness* (kewajaran) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.

Hasil penelitian ini selaras dengan pendapat <sup>4</sup> dengan hasil yang diperoleh dalam penelitian ini adalah prinsip – prinsip GCG memiliki pengaruh yang signifikan dan positif terhadap kepuasan pasien. Pasien menilai penerapan prinsip GCG cukup baik dan pasien merasa cukup puas dengan penerapan prinsip GCG di RSUD dr. Pirngadi Kota Medan. Prinsip yang paling dominan berpengaruh kepada kepuasan pasien adalah prinsip akuntabilitas ( $B=1,095$ ). Nilai Adjusted R square= $0,591$ , yang berarti  $59,1\%$  kepuasan pasien dipengaruhi oleh prinsip – prinsip GCG.

### **Hubungan *Disclosure* dan *Transparency* (Transparansi) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara menunjukkan bahwa dari  $73,2\%$  yang menyatakan *disclosure* dan *transparency* (transparansi) kurang terdapat  $16,1\%$  yang puas dan  $57,1\%$  yang tidak puas. Hal ini dapat disebabkan karena penjelasan yang diberikan oleh dokter kurang baik karena bahasa yang diberikan oleh dokter kurang dimengerti oleh pasien; penjelasan yang diberikan oleh perawat kurang baik mungkin karena pasien dianggap telah memperoleh penjelasan dari dokter perihal tindakan yang akan diberikan oleh perawat seperti pemasangan infus; penjelasan yang diberikan oleh petugas laboratorium mengenai tindakan yang akan diberikan kepada pasien kurang baik karena petugas laboratorium tidak memberitahukan pemeriksaan apa yang akan dilakukan dari spesimen yang diambil. Hal ini disebabkan karena laboran menganggap pasien telah mendapatkan penjelasan dari dokter untuk jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.

Hasil uji statistik di peroleh nilai  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel dengan  $\varphi = 0.361$  maka dapat disimpulkan ada hubungan lemah antara *disclosure* dan *transparency* (transparansi) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.

Hasil penelitian ini selaras dengan pendapat <sup>5</sup> yang menyatakan Implementasi prinsip-prinsip Good Corporate Governance (GCG) pada PT. United Tractors Tbk Cabang Makassar mempunyai nilai sebesar  $86,10\%$ . Hal ini sesuai dengan perhitungan hasil kuesioner menggunakan Weighted Mean Score yang menunjukkan bahwa prinsip-prinsip GCG pada perusahaan ini telah dilaksanakan dengan sangat baik atau sangat efektif.

### **Hubungan *Accountability* (Akuntabilitas) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara menunjukkan bahwa dari  $71,4\%$  yang menyatakan *accountability* (akuntabilitas) kurang terdapat  $12,5\%$  yang puas dan  $58,9\%$  yang tidak puas. Hal ini dapat disebabkan karena beberapa pasien menilai kemampuan dan keterampilan perawat dalam melakukan tindakan kurang baik karena yang melakukan tindakan merupakan mahasiswa keperawatan. Tetapi dalam pemberian obat dan makanan, petugas puskesmas selalu memberikan makanan dan obat secara tepat waktu, keterampilan dari petugas laboratorium dalam melakukan tindakan juga tidak dikeluhkan oleh pasien.

Hasil uji statistik di peroleh nilai  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel dengan  $\varphi = 0.496$  maka dapat disimpulkan ada hubungan sedang antara *accountability* (akuntabilitas) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.

Hasil penelitian ini selaras dengan pendapat <sup>6</sup> yaitu Good Corporate Governance pada PT Telkom Banyuwangi dalam implementasinya berdasarkan pada penguatan prinsip Good Corporate Governance yaitu *Transparency*, *Independence*, *Accountability*, *Responsibility*, dan *Fairness*. Lima prinsip Good Corporate Governance ini dijadikan pedoman penilaian perusahaan tersebut sukses atau tidaknya dalam mewujudkan Tata Kelola Perusahaan yang baik. Selain itu menurut <sup>7</sup> Akuntabilitas berpengaruh terhadap kepuasan Pasien dengan nilai  $t\text{-hit} = 4,157 > 1.286$ . Partisipasi berpengaruh terhadap kepuasan

Pasien dengan nilai  $t\text{-hit} = 1,735 > 1,286$  Keadilan berpengaruh terhadap kepuasan Pasien dengan nilai  $t\text{-hit} = 1,750 > 1,286$ . Akuntabilitas merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien dengan nilai  $P = 0,000$  dan nilai  $r = 0,437$ . Hal ini berarti walaupun akuntabilitas merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien, namun tidak berarti variabel lain tidak memberikan kontribusi terhadap kepuasan pasien.

### **Hubungan *Responsibility* (Responsibilitas) dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara menunjukkan bahwa dari 62,5% yang menyatakan *responsibility* (responsibilitas) kurang terdapat 12,5% yang puas dan 50% yang tidak puas. Hal ini dapat disebabkan karena pasien menilai kebersihan peralatan kesehatan kurang baik dikarenakan dalam beberapa alat yang terdapat di ruangan digunakan oleh pasien secara bergantian misalnya baskom, pispot, ruangan rawat jalan dinilai kurang baik karena fasilitas yang diberikan oleh pihak puskesmas kurang baik misalnya AC ruangan bocor, wastafel yang tidak berfungsi, dan lain sebagainya; kamar mandi dinilai kurang baik karena pasien dan keluarga pasien secara bergantian menggunakan kamar mandi yang menyebabkan kamar mandi mudah kotor dan jumlah air tidak cukup dapat meningkatkan kenyamanan kepada pasien dengan memperhatikan sanitasi ruangan rawat pasien. Hal ini akan memengaruhi kepuasan pasien yang nantinya juga akan berdampak kepada perkembangan mutu dari puskesmas.

Hasil uji statistik di peroleh nilai  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel dengan  $\phi = 0,336$  maka dapat disimpulkan ada hubungan lemah antara *responsibility* (responsibilitas) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.

Hasil penelitian ini selaras dengan pendapat<sup>1</sup> Puskesmas kota Tasikmalaya umumnya telah menerapkan Good Governance, Clean Governance dan Kualitas pelayanan kesehatan yang baik. Hal ini terlihat dari interpretasi nilai total jawaban responden mengenai good governance, clean governance dan kualitas pelayanan kesehatan menunjukkan kategori baik..

### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas maka dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Ada hubungan sedang antara *fairness* (kewajaran) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.
2. Ada hubungan lemah antara *disclosure* dan *transparency* (transparansi) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara
3. Ada hubungan sedang antara *accountability* (akuntabilitas) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara
4. Ada hubungan lemah antara *responsibility* (responsibilitas) dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Oheo Kelurahan Linomoiyo Kecamatan Oheo Kabupaten Konawe Utara.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Apriliani Y. Pengaruh Penerapan Good Governance dan Clean Governance terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan (Survey pada Puskesmas Kota Tasikmalaya). J Chem Inf Model. 2019; 53(9): 1689–99.
2. Tahir A. Kebijakan Publik dan Transparansi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah. 2011;978–9.
3. Simanjuntak PNH. Pendidikan Kewarganegaraan. Gramedia Widiasarana Indonesia. 2007. 2 dan 5.
4. Keliat S.F. Pengaruh Penerapan Prinsip Good Corporate Governance (GCG) Terhadap Kepuasan Pasien Unit Rawat Inap di RSUD dr. Pirngadi Kota Medan (Tesis). 2016;
5. Andira A. Analisis implementasi prinsip-prinsip Good Corporate Governace (GCG) dan Hubungan terhadap Kinerja PT.United Transctors TBK.Cabang Makassar. 2012;66:37–9.
6. Ferlinda ED. Implementasi Good Corporate Governance dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan (Studi pada PT Telkom Banyuwangi). J Adm Publik Mhs Univ Brawijaya. 2013;1(4):22–30.
7. Lamadjido RA, Darmawansyah, Asdar M. Penerapan Prinsip Good Coorporate Governance terhadap Kepuasan Pasien di RSUD Anutapurapalu Tahun 2013. 2013;(71).

# ANALISIS PENINGKATAN MUTU LAYANAN KLINIS DAN KESELAMATAN PASIEN DALAM KESIAPAN PELAKSANAAN AKREDITASI PUSKESMAS DI WILAYAH KOTA KENDARI TAHUN 2018

## ANALYSIS OF CLINICAL SERVICE QUALITY IMPROVEMENT AND PATIENT SAFETY IN THE READINESS OF PUSKESMAS ACCREDITATION IN THE REGION OF KENDARI CITY 2018

Nani Yuniar<sup>1</sup>, Agnes Mersatika<sup>2</sup>, Arum Dian Pratiwi<sup>3</sup>, Ambo Sakka<sup>4</sup>, Lisnawaty<sup>5</sup>

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1-5</sup>

<sup>1</sup>Email : naniyuniar@yahoo.co.id

### ABSTRAK

Upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala setiap 3 tahun. BPJS akan menghentikan kerjasama kemitraan dengan Puskesmas yang belum terakreditasi sampai tahun 2019. di kota kendari Puskesmas yang belum terakreditasi berjumlah 9 unit Puskesmas dari 15 Puskesmas. Tujuan penelitian untuk mengetahui kesiapan akreditasi berdasarkan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien Puskesmas dalam kesiapan pelaksanaan akreditasi Puskesmas di wilayah kota kendari tahun 2018. Penelitian menggunakan pendekatan Fenomenologi dengan jenis penelitian kualitatif dengan jumlah informan sebanyak 8 (Delapan) orang pada 4 Puskesmas, informan kunci ketua peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP) dan informan biasa anggota peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Puskesmas Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas di wilayah kota kendari telah siap akreditasi. Namun, dari ke 4 Puskesmas yang akan akreditasi, yang lebih siap akreditasi yaitu Puskesmas Labibia, sedangkan Puskesmas Perumnas siap dari segi dokumen dan sumber daya. Disarankan dilakukan penelitian lebih lanjut terkait tanggung jawab tenaga klinis dan pemahaman mutu layanan klinis dengan pendekatan fenomenologi.

**Kata kunci** : Akreditasi, Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien, Puskesmas

### ABSTRACT

*Efforts to improve service quality, Puskesmas must be accredited regularly every 3 years. BPJS will stop cooperation with Puskesmas that have not been accredited until 2019. In the city of Kendari there are 9 units of Puskesmas that have not been accredited from 15 Puskesmas. The purpose of this study was to determine the readiness of accreditation based on improving the quality of clinical services and Puskesmas patient safety in the readiness of Puskesmas accreditation in the city of Kendari in 2018. The study used a Phenomenology approach with qualitative research with 8 (eight) informants in 4 Puskesmas, key informants chairing clinical quality improvement and patient safety and ordinary informants members of clinical quality improvement and patient safety. The results of this study indicate that the Mekar, Labibia, Mata and Perumnas community health centers in the Kendari city area are ready for accreditation. However, of the 4 community health centers that will be accredited, the more ready for accreditation is the Labibia community health center, while the Perumnas community health center is ready in terms of documents and resources. Further research is recommended regarding the responsibilities of clinical personnel and the understanding of the quality of clinical services using a phenomenological approach.*

**Keywords:** Accreditation, Quality Improvement of Clinical Services and Patient Safety, community health centers

### PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan

Perseorangan (UKP) tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya<sup>1</sup>

Kebijakan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama khususnya Puskesmas adalah dengan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Hal ini bertujuan untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme Akreditasi dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat Akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS. BPJS akan menghentikan kerjasama kemitraan dengan Puskesmas yang belum terakreditasi sampai tahun 2019<sup>2</sup>

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan tahun 2017, telah terakreditasi 4.223 Puskesmas dari 9.825 unit Puskesmas di seluruh Indonesia. Puskesmas dengan tingkat kelulusan Akreditasi dasar dan madya mendominasi jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi yakni 89% (31% Dasar dan 58% Madya), tingkat kelulusan Akreditasi utama 10%, sedangkan tingkat kelulusan Akreditasi paripurna sangat minim yaitu 1% (Kemenkes RI, 2017). di Sulawesi tenggara jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi belum mencapai setengah dari jumlah Puskesmas yang ada yakni 65 unit Puskesmas dari 280 Puskesmas di Sulawesi Tenggara<sup>3</sup>

Berdasarkan data dari dinas kesehatan di Kota Kendari jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi berjumlah 6 unit yaitu Puskesmas lepo-lepo, Puskesmas poasia, Puskesmas Puuwatu dan Puskesmas Wua-Wua ke 4 Puskesmas ini terakreditasi dengan status akreditasi madya sedangkan keduanya yaitu Puskesmas Abeli dan Puskesmas Benu-Benua dengan status akreditasi dasar dari 15 Puskesmas yang ada di kota Kendari. sedangkan Puskesmas yang belum terakreditasi berjumlah 9 unit yang masih melakukan perisapan akreditasi dimana Puskesmas Mekar, Puskesmas Mokoau, Puskesmas Labibia, Puskesmas Perumnas, Puskesmas Kemaraya, Puskesmas Kandai, Puskesmas Mata, Puskesmas Jati Raya dan Puskesmas Nambo<sup>4</sup>

Tujuan utama Akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat Akreditasi. Pendekatan yang dipakai dalam Akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien beserta keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegaskan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan. Kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan sehingga dalam melaksanakan pelayanan kesehatan harus senantiasa memperhatikan keselamatan pasien<sup>5</sup>

Pada saat melakukan studi pendahuluan ke 4 Puskesmas di kota kendari yaitu Puskesmas Mekar, Puskesmas Labibbia, Puskesmas Mata dan Puskesmas Perumnas Kota Kendari, ke 4 Puskesmas ini sedang melakukan persiapan akreditasi yang akan dilakukan penilaian pada tahun 2018.

Aspek peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi poin penting dalam penerapan mutu dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP). Hal ini terlihat dengan adanya perhatian khusus pada Standar Akreditasi Puskesmas dan Standar Akreditasi Klinik, Aspek tersebut diatur dalam 3 bab yang saling terkait, meliputi bab 3 (Tiga),<sup>6</sup> (Enam) dan 9 (Sembilan). Sedangkan pada standar akreditasi klinik, aspek peningkatan mutu dan keselamatan pasien diatur secara khusus pada bab 4, meliputi pemahaman mutu layanan klinis, pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien serta peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien (Permenkes 46 Tahun 2015).<sup>6</sup>

Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan, sehingga dilakukan penelitian mengenai "analisis peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien dalam kesiapan pelaksanaan akreditasi Puskesmas di wilayah kota kendari tahun 2018".

## METODE

Penelitian menggunakan pendekatan fenomenologi dengan jenis penelitian kualitatif. Jumlah informan pada penelitian ini terdiri dari 8 (Delapan) orang pada 4 Puskesmas, informan kunci ketua PMKP dan informan biasa anggota PMKP. Penentuan Informan pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini dilakukan pada 4 Puskesmas yang berada di wilayah kota kendari yaitu Puskesmas Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas. Jenis data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder dan data primer<sup>7</sup>.

## HASIL

Perbaikan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien Diupayakan, Dievaluasi dan Dikomunikasikan dengan Baik. Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didukung oleh tim yang berfungsi dengan baik. Berdasarkan peraturan menteri kesehatan no 46 tahun 2015<sup>8</sup> dalam peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien terdiri dari 20 elemen yang harus dipenuhi dalam persiapan akreditasi Puskesmas, adapun hasil wawancara dari ke 4 Puskesmas di wilayah kota kendari berdasarkan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien sebagai berikut.

### **Kejelasan Penanggungjawab Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien**

Hasil wawancara *dengan* informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

“Ada penanggung jawab manajemen mutu dan di SK kan oleh kepala Puskesmas. Salah satu kegiatan yang dilakukan pembuatan kotak saran untuk meningkatkan mutu layanan klinis” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Pertemuan pembuatan SK ini dilakukan pada bulan desember 2017 yang terlibat itu penanggung jawab dan kapus” (MJ. IK dan WMI. IB)

“Dibuktikan dengan SK pengangkatan tenaga klinis yang terlibat, kepala Puskesmas meng SK kan dan dibacakan langsung pada saat rapat” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada penanggung jawab yang di tunjuk langsung dan di SK kan oleh kepala Puskesmas” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas telah menunjuk langsung sebagai penanggung jawab untuk meningkatkan mutu layanan klinis dengan penunjukan langsung oleh kepala Puskesmas dan dibuktikan dengan SK yang dibacakan pada saat rapat

### **Adanya Tim Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien yang Berfungsi dengan Baik**

Hasil wawancara *dengan* informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

“Ada yang dibuat tim setiap unit untuk memonitoring pengumpulan data lalu penanggung jawab menganalisis jika terdapat masalah maka dilakukan rapat untuk menganalisis dan dilakukan perencanaan selanjutnya” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada, pengumpulan data, analisa evaluasi, dan tindak lanjut dan yang terlibat penanggung jawab dan kepala Puskesmas” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada, urain tugasnya juga ada” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (SY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke-3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas membentuk tim PMKP setiap unit.

#### **Adanya Kejelasan Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Tim**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

*“Setiap anggota atau tim memiliki peranan masing-masing”* (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

*“Penentuan uraian tugas dilakukan saat rapat setiap anggota memiliki uraian tugas masing-masing, yang terlibat itu penanggung jawab dan kepala Puskesmas”* (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

*“Ada uraian tugasnya masing-masing”* (I.IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

*“Masing-masing sudah ada tugasnya”* (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas uraian tugas dan tanggung jawab tim sudah jelas masing- masing anggota memiliki tugas.

#### **Rencana dan Program Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien yang Dilaksanakan Sesuai dengan Rencana yang Telah Disusun**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

*“Hasil pengumpulan data yang telah ditetapkan misalnya indikator, dilihat apakah sudah sesuai dengan kegiatan yang sedang berlangsung sudah sesuai yang kita rencanakan atau tidak”* (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

*“Pertemuan dilakukan perencanaan misalnya APAR alat pemadam api ringan untuk mencegah terjadinya KTD yang terlibat itu penanggung jawab dan kepala puskesmas”* (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

*“Dilakukan rapat untuk membahas perbaikan mutu dan pada saat rapat kita melakukan perencanaan”* (I. IK dan A.IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

*“Kami adakan rapat untuk membahas program/ kegiatan apa yang akan kami lakukan”* (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan perbaikan sesuai dengan rencana yang disusun pada saat rapat.

#### **Keteraturan Pengumpulan Data Monitoring Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

*“Setiap bulan dianalisis oleh penanggung jawab,dan masing-masing tim mengumpul ke penanggung jawab”* (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pengumpulan data ada lembar ceklis monitoring apakah petugas sudah menggunakan APD atau tidak sebelum melakukan tindakan, analisis, dan evaluasi tiga bulan sekali yang terlibat itu semua pemberi layanan” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada hasil monitoring, yang memonitoring adalah tim yang sudah di bentuk yang sudah ditunjuk oleh kepala Puskesmas” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada disetiap ruangan disimpan untuk memonitoring setiap pelayanan” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas mengumpulkan data monitoring setiap hari kepada setiap penanggung jawab tim yang telah dibentuk.

### **Analisis Pelaksanaan dan Pengambilan Kesimpulan untuk Menetapkan Masalah Mutu Layanan Klinis dan Masalah Keselamatan Pasien**

Hasil wawancara *dengan* informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah

“Jika ada masalah yang bersifat urgen maka diadakan rapat mendadak jika tidak maka penanggung jawab yang menganalisis. tujuan dianalisis untuk mencegah dan ditarik kesimpulan untuk membuat tindak lanjut” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kegiatannya diadakan pelatihan APAR untuk petugas layanan klinis/ staf di Puskesmas di aula dan dilakukan dokumentasi/potret serta dilakukan rapat setiap 3 bulan sekali yang terlibat penanggung jawab pemberi layanan klinis” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan survei dengan tim tadi kemudian diadakan rapat untuk dianalisis semua tenaga klinis ikut terlibat” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Diadakan rapat semua tenaga klinis ikut terlibat dalam analisis tersebut” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas menganalisis dan menetapkan masalah mutu layanan klinis dengan mengadakan rapat bersama dengan tenaga klinis dan kepala Puskesmas untuk melakukan tindak lanjut hasil penetapan analisis masalah.

### **Memastikan Pelaksanaan Analisis Penyebab Masalah**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Cara analisis dilakukan dengan cara fishbone dan dilakukan FMEA, misalkan masalah kita temukan, ada tim FMEA, penanggung jawab. jika dalam sebuah masalah urgent maka dirapatkan. dilihat dari tingkat urgennya” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pertemuan, analisis nya setiap bulan dan evaluasinya tiga bulan sekali yang terlibat tim PMKP” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Sudah ditetapkan dari awal indikator jadi masing-masing diruangan itu punya buku masing-masing, buku bantu kaya inilah nanti dilihat berapa persen yang dicapai, kalau tidak memenuhi sesuai standar dilakukan analisis penyebab, nanti dirapatkan apa yang akan dilakukan, ada namanya siklus PDCA” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kami analisis dengan menggunakan Fishbone, ada dokumennya kami buat analisis fishbone dilihat apa saja penyebab masalahnya” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan analisis penyebab masalah untuk menentukan langkah perbaikan yang berkelanjutan.

### **Penetapan Program-Program Perbaikan Mutu yang Dituangkan dalam Rencana Perbaikan Mutu**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Dibuat misalnya akan dilakukan perbaikan, tetapi perbaikan itu tidak bisa dilakukan karena sumber dana yang terbatas, jadi mana yang lebih prioritas itu yang akan diperbaiki dan jika sudah diperbaiki maka prioritas diubah lagi program-program lainnya, dibuat dalam area prioritas, misalnya pendaftaran. dilihat kondisinya tidak misalnya tidak tertib/teratur karena tidak ada mesin antrian, jadi perencanaannya adalah pembelian mesin antrian dan masuk dalam RUK” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pertemuan untuk membahas program-program perbaikan mutu, itu dilakukan pada bulan januari dan yang terlibat penanggung jawab pemberi layanan klinis” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Diadakan rapat nanti dihitung persen masing-masing berapa target, berapa pencapaian nanti disitu dilihat jika ada kesenjangan” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Diadakan rapat terus bahas apa-apa saja yang akan kami adakan perbaikan dan program apa yang akan kami lakukan” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas mengadakan rapat untuk membahas terkait kegiatan/program yang akan mereka lakukan untuk perbaikan mutu layanan klinis.

### **Rencana Perbaikan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien Disusun dengan Mempertimbangkan Peluang Keberhasilan, dan Ketersediaan Sumber Daya**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“misalnya direncanakan pengadaan mesin antrian tapi jika tidak ada gunanya atau masuk prioritas maka tidak diadakan, akan tetapi dilihat tingkat keberhasilan dan peluang yang tinggi dalam pelaksanaan yang ada” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pertemuan kami susun misalnya kartu masuk jika tidak ada maka akan menimbulkan kegaduhan antara pasien yang akan menimbulkan resiko sehingga itu dilakukan analisis yang lebih prioritas” (MJ. IK dan WM. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.



“Dilihat dulu pola ketenagaannya bagaimana apakah bisa dilakukan atau tidak didiskusikan dalam bentuk rapat, di indikator umapamanya dia butuhkan harus dokter yang layani seperti poli umum, kita lihat yang mana lebih prioritas” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kami melakukan perbaikan tentunya melihat atau mempertimbangkan, misalnya jika kami adakan alat ini apakah akan sangat bermanfaat atau mengatasi masalah dilihat yang lebih prioritas itumi kita perbaiki” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas dalam perbaikan mutu layanan klinis mereka melihat peluang keberhasilannya dengan berbagai pertimbangan baik dari segi dana maupun tingkat keberhasilannya dalam menyelesaikan masalah.

### **Adakah Kejelasan Siapa Penanggung Jawab untuk Melaksanakan Kegiatan Perbaikan yang Direncanakan**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Setelah *dipertimbangkan* maka dibuatkan SK siapa-siapa saja yang ditunjuk untuk kegiatan perbaikan atau penanggung jawab yang ditunjuk langsung oleh kepala Puskesmas” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pertemuan dan ada bendahara barang yang bertanggung jawab dalam perbaikan mutu layanan klinis pertemuan ini dilakukan di bulan januari 2018” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada di SK kan, dokumennya dalam bentuk SK ditunjuk langsung oleh kepala puskesmas” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada yang di tunjuk sebagai penanggung jawab oleh kepala Puskesmas” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas memiliki penanggung jawab yang telah ditunjuk langsung oleh kepala Puskesmas dan di SK kan oleh kepala Puskesmas.

### **Kejelasan Siapa Penanggung Jawab untuk Memantau Pelaksanaan Kegiatan Perbaikan**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Perbaikan ini diaudit, di pantau apakah sudah sesuai atau tidak dan ini dibuat SK akan tetapi tidak jelas, kegiatannya langsung ditunjuk oleh kepala Puskesmas dan ketua mutu menentukan ketua audit, selanjutnya ketua audit berembuk menentukan anggotannya, tetapi di SK penunjukan langsung oleh ketua tim. tim audit melaporkan kepada kepala Puskesmas dan ketua mutu” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan audit dan pelaksanaannya pada bulan desember 2017 yang terlibat itu penanggung jawab pemberi layanan klinis.” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“di SK kan dan di tunjuk langsung oleh kepala Puskesmas dibacakan SK nya pada saat rapat” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada penanggung jawab untuk memantau yang ditunjuk langsung oleh Kepala Puskesmas” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas menetapkan penanggung jawab yang bertugas dalam perbaikan mutu layanan klinis.

### **Keberadaan Tindak Lanjut terhadap Hasil Pemantauan Upaya Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Ada, hasil pemantauan itu yang dilaporkan ke mutu, dicek kalau dari hasil pemantauan misalkan agak dibawah standar, jika urgent langsung rapat, jika rapat tidak ad solusi maka dilibatk kepala Puskesmas. ketua audit memeriksa jika ada yang kurang maka ditindak lanjuti, dengan menggunakan analisis fishbone. Kegiatannya dilakukan dalam bentuk rapat untuk menganalisis untuk mencari solusi” (LK. IK dan R.IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kegiatannya itu diaudit dibahas pada pertemuan, nanti audit yang merekomendasi kegiatan ini dilakukan pada bulan juli 2018” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada, dinilai dan diaudit kembali setelah ditinjau jika ada yang perlu diperbaiki maka langsung ditindak lanjuti” (I.IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Setelah dipantau kita tindak lanjuti apa-apa yaang mau diperbaiki...” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas menindak lanjuti hasil pemantauan yang dilakukan dengan rapat membahas tentang solusi yang akan dilakukan penyelesaian masalah.

### **Pelaksanaan Monitoring terhadap Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien**

Hasil wawancara *dengan* informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Setelah direncanakan maka ditunjuk petugas monitoring, setelah dimonitoring maka datanya dikumpulkan kepada penanggung jawab” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kegiatannya itu pertemuan tinjauan manajemen pada bulan juli 2018...” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada hasil monitoringnya setiap tim yang telah ditunjuk oleh kepala Puskesmas” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Monitoring itu kita lakukan setipa hari ada buku bantu di simpan disetiap ruangan” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan monitoring setiap hari untuk melihat kinerja petugas klinis apakah sesuai prosedur atau tidak.

### **Dilakukan Evaluasi Terhadap Hasil Penilaian dengan Menggunakan Indikator-Indikator Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien untuk Menilai Adanya Perbaikan**

Hasil wawancara *dengan* informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Dievaluasi misalnya yang dipantau adalah pencabutan gigi tidak boleh 20 menit maka yang dimonitoring khusus pencabutan gigi, dengan cara menghitung waktu pelayanan setiap pasien. misalkan hari senin itu selalu bermasalah karena banyakny pasien maka evaluasinya dilihat apakah sudah tidak bermasalah, dan yang mengevaluasi adaalah ketua mutu dan tim yang bersangkutan” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan evaluasi dalam pertemuan per tiga bulan. evaluasi dilakukan untuk melihat apa kah hasilnya sudah berjalan sesuai yang diinginkan” (MJ. IK dan WM. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Sesuai indikator penilaiannya, kan sudah ditetapkan target berapa pencapaian nah dari situ kita nilaimi kesenjangannya berapa, mana yang lebih tinggi itumi lagi yang menjadi prioritas” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“...Dilakukan evaluasi sesuai indikator yang telah kita tetapkan apakah sudah berjalan sesuai ketetapan atau tidak”(RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas selalu melakukan evaluasi untuk melihat hasil capaaian apakah sesuai target atau tidak.

### **Hasil Perbaikan Ditindaklanjuti untuk Perubahan Standar/Prosedur Pelayanan**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Misalkan apabila pencabutan gigi lebih dari 20 menit satu pasien tidak sesuai dengan ketentuan maka dianalisis penyebabnya, jika berkaitan dengan petugasnya yang kurang maka SOP tidak boleh diubah, tapi jika seperti penggunaan peralatan yang kurang, maka SOP nya dilakukan perubahan atau revisi SOP” (LK. IK dan R.IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kegiatannya itu dilakukan penyusunan FMEA dilakukan pada bulan maret 2018 yang terlibat tim PMKP dan unit layanan” (MJ. IK dan WMI.IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Kalau ada masalah yang tidak sesuai berarti SOP nya yang perlu di ubah hasilnya dievaluasi apakah sudah sesuai SOP atau tidak jika dibutuhkan perbaikan maka dilakukan revisi SOP” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Jika ada yang perlu diubah dari SOP yang telah ditetapkan maka kami lakukan Revisi SOP” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan perubahan SOP jika ada masalah yang berhubungan dengan standar prosedur layanan agar proses pelayanan lebih optimal.

### **Dilakukan Pendokumentasian terhadap Keseluruhan Upaya Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien**

Hasil wawancara *dengan* informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Jelas dokumentasi PMKP bukti foto Puskesmas sebelum dan sesudah difoto/dokumentasi” (LK. IK dan R.IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pengumpulan laporan dan langsung dilakukan dokumentasi setiap bulan adapun yang terlibat itu semua unit layanan” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada dokumentasi dan buktinya” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada dokumentasinya” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan dokumentasi kegiatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

### **Ditetapkan Kebijakan dan Prosedur Distribusi Informasi dan Komunikasi Hasil-Hasil Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Ada SK nya, misalkan dalam SK penyampaian info PMKP dilakukan mini lokakarya kadang kalau penting dipasang papan informasi jika bersifat segera, kalau yang resmi ada di SK. Yang paling sering WA group Puskesmas mekar, misalkan setiap hari jumat pakai baju batik”(LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pertemuan untuk penetapan kebijakan itu dilakukan pada bulan januari 2018 yang terlibat penanggung jawab dan kepala Puskesmas” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada dalam rapat setelah dilakukan audit dipaparkan hasilnya setiap rapat itu di dokumentasikan semua tenaga klinis ikut terlibat”(I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Diadakan rapat semua tenaga klinis ikut.”(RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas mendistribusikan informasi dengan mengadakan rapat maupun disampaikan dalam wa group dan papan informasi, semua tenaga klinis ikut terlibat baik dalam pemaparan hasil-hasil monitoring maupun kebijakan lain yang ditetapkan.

### **Mengenai Apakah Proses dan Hasil Kegiatan Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien Disosialisasikan dan Dikomunikasikan kepada Semua Petugas Kesehatan yang Memberikan Pelayanan Klinis**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Melalui minlok, semua petugas klinis wajib di beri tahu tentang kegiatan peningkatan mutu, hasil kegiatan perlu disosialisasikan kepada petugas karena mereka kan yang dinilai kinerjanya, jadi perlu diberi tahu kepada mereka pada saat rapat” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan sosialisasi dalam pertemuan tinjauan manajemen dilakukan minlok dibahas jika ada masalah maka disini dicarikan solusinya dilakukan pada bulan juli 2018 yang terlibat itu penanggung jawab dan pemberi layanan klinis” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan rapat lintas prograam dan lintas sektor serta disosialisasikan kepada semua petugas klinis” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Disosialisasikan, disampaikan pada saat rapat semua tenaga klinis ikut dan dibahas hasil kegiatannya” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan sosialisasi dengan cara mengadakan rapat membahas tentang masalah apa saja yang akan dilakukan perbaikan.

#### **Mengenai Apakah Dilakukan Evaluasi terhadap Pelaksanaan Sosialisasi dan Komunikasi Tersebut**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“pada saat sosialisasi notulen mencatat hasil sosialisasi dan melaporkan kepada penanggung jawab, setiap pertemuan ada yang mencatat nah itu yang menjadi bukti. anggota melaporkan ke penanggung jawab PMKP hasil yang dirapatkan, direkap, dibaca, dianalisis/ diamati setelah itu dikumpulkan dan dilaporkan ke ketua mutu jika urgent maka dipanggil penanggung jawab bersangkutan yang berkaitan dengan masalah jika penanggung jawab dan ketua mutu tidak menemukan solusi maka dipanggil pelayanan yang bermasalah dan ditindak lanjuti dan dirapatkan di minlok tindak lanjutnya apa yaitu menyusun siklus PDCA” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pembuatan kuesioner pada bulan juli 2018 yang terlibat semua pemberi layanan klinis” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Ada evaluasinya dengan siklus di PDCA terus” (I. IK dan A. IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dari hasil evaluasi dilihat saja yang bermasalah maka kita lakukan perbaikan” (RY. IK dan RON. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap Puskesmas melakukan evaluasi terhadap hasil sosialisasi untuk melakukan perbaikan.

#### **Mengenai Apakah Dilakukan Pelaporan Hasil Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien kepada Kepala Puskesmas**

Hasil wawancara dengan informan kunci (LK) dan informan biasa (R) **Puskesmas Mekar** tentang kesiapan akreditasi adalah.

“Kalau hasilnya bagus dilaporkan, kalau tidak maka dirapatkan” (LK. IK dan R. IB)

Sedangkan hasil wawancara dengan informan kunci (MJ) dan informan biasa (WMI) **Puskesmas Labibia** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda, adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilakukan pertemuan dalam tiga bulan sekali disitu di paparkan semua hasil dari pengumpulan data layanan klinis yang ditemukan” (MJ. IK dan WMI. IB)

Sementara hasil wawancara dengan informan kunci (I) dan informan biasa (A) **Puskesmas Mata** tentang kesiapan akreditasi memberikan informasi yang sama adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Audit melaporkan ketim PMKP nah nanti tim PMKP melaporkan ke kepala Puskesmas” (I. IK dan A.IB)

Hasil wawancara dengan informan kunci (RY) dan informan biasa (RON) **Puskesmas Perumnas** tentang kesiapan akreditasi tidak jauh berbeda dengan ke 3 Puskesmas di atas adapun kutipan wawancaranya adalah.

“Dilaporkan kepada kepala Puskesmas pada saat rapat” (RY. IK dan WM. IB)

Berdasarkan hasil wawancara di atas ke 4 Puskesmas tersebut dapat dilihat, setiap tim PMKP melaporkan kepada kepala Puskesmas untuk menindak lanjuti dengan mengadakan rapat dan dipaparkan hasil monitoring yang dilakukan.

## **PEMBAHASAN**

Upaya peningkatan mutu pelayanan merupakan hal yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan bidang kesehatan. Peningkatan kualitas kesehatan ini bukanlah hal yang mudah karena tidak hanya berlaku untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit, tetapi juga berlaku untuk semua tingkatan pelayanan kesehatan dasar yaitu Puskesmas<sup>9</sup>

Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien hanya dapat terlaksana jika ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab dalam upaya tersebut. Penanggung jawab pelaksanaan dapat dilakukan dengan membentuk tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien di Puskesmas, yang mempunyai program kerja yang jelas.

Agar pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien dapat dilakukan secara efektif dan efisien, maka perlu perencanaan yang matang berdasarkan data monitoring mutu layanan klinis dan sasaran-sasaran keselamatan pasien yang telah disusun.

Agar terjadi perbaikan yang berkesinambungan, maka perlu dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. Jika dari hasil evaluasi ternyata menunjukkan perbaikan, maka perlu dibakukan sebagai standar dalam pemberian pelayanan.

Hasil evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien perlu dikomunikasikan untuk meningkatkan motivasi petugas dan meningkatkan keberlangsungan upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien. (Permenkes 46 tahun 2015)

Menetapkan atau menunjuk langsung penanggung jawab serta membentuk tim peningkatan mutu layanan klinis di Puskesmas dengan program kerja yang jelas pada saat dilakukan rapat dan dibacakan SK langsung oleh kepala Puskesmas dengan tujuan pembentukan tim mutu untuk memantau atau merencanakan, memonitoring mutu layanan klinis yang telah disusun serta dilakukan evaluasi pelaksanaan program mutu layanan klinis dan keselamatan pasien sebagai strategi atau rencana perbaikan selanjutnya.

Pembentukan tim PMKP setiap unit, uraian tugas dan tanggung jawab tim sudah jelas tugas masing- masing anggota, serta melakukan perbaikan sesuai dengan rencana yang disusun pada saat rapat, mengumpulkan, monitoring, Menganalisis dan menetapkan masalah mutu layanan klinis dengan mengadakan rapat bersama dengan tenaga klinis dan kepala Puskesmas untuk melakukan tindak lanjut hasil penetapan analisis masalah, analisis penyebab masalah untuk menentukan langkah perbaikan yang berkelanjutan, serta melakukan rapat untuk membahas terkait kegiatan/program yang mereka rencanakan untuk perbaikan mutu layanan klinis.

Perbaikan mutu layanan klinis selalu melihat peluang keberhasilannya dengan berbagai pertimbangan baik dari segi dana maupun tingkat keberhasilannya dalam menyelesaikan masalah, Setiap Puskesmas menindak lanjuti hasil pemantauan yang dilakukan dengan rapat membahas tentang solusi yang akan dilakukan penyelesaian masalah, melakukan monitoring setiap hari untuk melihat

kinerja petugas klinis apakah sesuai prosedur atau tidak, melakukan evaluasi untuk melihat hasil capaian apakah sesuai target atau tidak.

Perubahan SOP dilakukan jika ada masalah yang berhubungan dengan standar prosedur layanan agar proses pelayanan lebih optimal, melakukan dokumentasi kegiatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, mendistribusikan informasi dengan mengadakan rapat maupun disampaikan dalam WA group dan papan informasi. Semua tenaga klinis ikut terlibat baik dalam pemaparan hasil-hasil monitoring maupun kebijakan lain yang ditetapkan. Sosialisasi dilakukan untuk membahas tentang masalah apa saja yang ditemukan dan dilakukan evaluasi terhadap hasil sosialisasi untuk dilakukan perbaikan. Setiap tim PMKP melaporkan kepada kepala Puskesmas untuk menindak lanjuti dengan mengadakan rapat dan dipaparkan hasil monitoring yang telah dilakukan..

Didukung dengan hasil observasi/telaah dokumen, dalam meningkatkan mutu layanan klinis berdasarkan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke 4 Puskesmas telah menetapkan surat keputusan (SK) pembentukan tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, uraian tugas, program kerja tim, bukti pengumpulan data indikator mutu klinis dan keselamatan pasien, bukti analisis masalah mutu klinis, bukti pencatatan pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien, dll.

Kesiapan adalah hal yang penting dan harus tersedia ketika akan menghadapi atau melaksanakan sesuatu yang baru. Kesiapan akan dipengaruhi oleh dukungan baik dukungan internal maupun eksternal, sebaliknya dikatakan tidak siap bila ditemukan berbagai hambatan dari segi sumber daya.<sup>9</sup>

Penelitian yang dilakukan mengenai Kesiapan Pusat Layanan Kesehatan (PLK) B Unair Menghadapi Akreditasi Klinik Pratama. Dimana hasil Pencapaian PLK Unair B dalam persiapan akreditasi klinik secara keseluruhan dari 394 elemen penilaian, pencapaian saat ini dengan skor 2.020 dalam persentase sebesar 51% atau dikategorikan terpenuhi sebagian. Pencapaian terendah yaitu pada standar akreditasi peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien Pencapaian belum maksimal dikarenakan hampir seluruh dari elemen penilaian yang belum dimiliki adalah ketersediaan dokumen pendukung<sup>10</sup>

Berdasarkan hasil wawancara dari ke 4 Puskesmas di wilayah kota kendari khususnya puskesmas Mekar, Labibia, Mata dan Perumnas dapat dilihat bahwa dari semua elemen pada pengukuran mutu layanan klinis ke 4 puskesmas tersebut telah siap akreditasi berdasarkan standar pelaksanaan akreditasi puskesmas yang ditinjau dari segi peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien (PMKP)

## SIMPULAN

Pelaksanaan akreditasi Puskesmas wilayah kota kendari ditinjau berdasarkan peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien ke 4 Puskesmas telah siap akreditasi. Untuk meningkatkan mutu layanan Puskesmas secara optimal dalam menghadapi akreditasi sebaiknya setiap tim bekerja sama dan menjalin komunikasi yang baik agar hasil yang di dapatkan lebih optimal dengan cara bekerja bersama-sama dengan anggota lain agar apa yang tidak di ketahui bisa saling membantu.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Susilawati. (2016). Gambaran Implimentasi Akreditasi Puskesmas di Kabupaten/Kota Provinsi Sumatera.
2. Farzana, Nissa K, Anneke S, dan Septo PA. (2016). *Analisis Kesiapan Akreditasi Dasar Puskesmas Mangkang di Kota Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal), 4(4), 95-103.
3. Dinkes Sultra. (2017). Laporan Jumlah Puskesmas yang Terakreditasi. Kendari: Sulawesi Tenggara.
4. Dinkes Kota Kendari. (2017). *Laporan jumlah puskesmas yang terakreditasi*. Kendari: Sulawesi Tenggara.
5. Sulistinah, Agus EW, Christyana S. (2017). Kajian Kesiapan Dokumen Akreditasi Kelompok Kerja Administrasi Manajemen di Upt. Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. e-Jurnal Pustaka Kesehatan, 5(3), 581-587.
6. Permenkes RI. (2015). Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta: Indonesia

7. Sarwono, Mekar dwi Anggraeni, (2011). *Metode Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta
8. Permenkes RI. (2015). *Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta: Indonesia
9. Sugiana. (2015). *Analisis Kesiapan Layanan Puskesmas Sebagai Satelit Antiretroviral Therapy Bagi Orang dengan Hiv/Aids (Odha) di Kabupaten Badung*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Udayana Denpasar. Diakses pada tanggal 27 Maret 2018 di <http://erepo.unud.ac.id/8252/1/e664443412165e7ffc64c1cc5ab3f394.pdf>
10. Anggraeny, Putri A, Ernawaty. (2016). *Kesiapan Pusat Layanan Kesehatan (PLK) B Unair Menghadapi Akreditasi Klinik Pratama*. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 4(2).



## **KEDOKTERAN KOMUNITAS**



# STATUS GIZI LEBIH SEBAGAI FAKTOR RISIKO PENINGKATAN KADAR GULA DARAH PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE 2

## *EXCESS NUTRITIONAL STATUS AS RISK FACTORS FOR BLOOD SUGAR LEVELS INCREASED IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS*

Indria Hafizah<sup>1</sup> Wa Ode Ika Nurwahyuni Syarif<sup>2</sup> Dwiana Pertiwi T<sup>3</sup>

Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo<sup>1</sup>

Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo<sup>2</sup>

Spesialis Penyakit dalam RSUD Kota Kendari<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Email : [indria\\_hafizah@yahoo.com](mailto:indria_hafizah@yahoo.com)

### ABSTRAK

Status gizi sangat berperan dalam menjaga glukosa darah. Kadar lemak yang tinggi menyebabkan insulin bekerja secara tidak maksimal dalam penyerapan glukosa di sel tubuh. Tujuan penelitian ini untuk Mengetahui hubungan Status Gizi dengan Kadar Gula Darah pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2. Penelitian menggunakan desain cross sectional dengan subjek pasien DM tipe 2 rawat jalan poli penyakit dalam RSUD Muna pada bulan April- Juni 2019. Variabel yang diteliti adalah satus gizi (indek masa tubuh, lingkaran lengan atas, dan lingkaran perut) dan glukosa darah Puasa (GDP). Metode pengumpulan data primer dengan mengukur berat badan dan tinggi badan, lingkaran lengan atas dan lingkaran perut serta data sekunder dengan melihat GDP dari rekam medik pasien. Sampel diambil dengan metode Total sampling sebanyak 67 pasien dengan kriteria inklusi pasien yang terdiagnosis diabetes melitus dan berusia  $\geq 18$  tahun, kriteria eksklusinya yaitu pasien DM tipe 1 dan yang dirawat di rumah sakit. Sebanyak 71,6 % pasien memiliki IMT kriteria gemuk, 79,1 % LILA obesitas dan 71,6 % lingkaran perut kriteria obesitas. Sebanyak 77,6 % pasien dengan kadar gula darah tidak normal. Hasil uji menggunakan uji Fisher's Exact Test menunjukkan Indeks massa tubuh ( $p 0,023$ ), lingkaran lengan atas ( $p 0,01$ ), lingkaran perut ( $p 0,020$ ) memiliki hubungan dengan kadar GDP pada penderita diabetes melitus.

**Kata kunci:** Status Gizi, Kadar Gula Darah dan Diabetes Melitus

### ABSTRACT

*Nutritional status is also known to play a role in maintaining blood glucose. The high levels of fat causes insulin to work less optimally in the absorption of glucose in body cells. This study aims to determine the relationship between nutritional status and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes mellitus. This cross sectional study using type 2 diabetes mellitus out patient at internis unit of RSUD Muna on April – June 2019. The variabel that was being observed were the nutritional status of the patient (body mass index (BMI), Upper Arm Circumference (UAC), Stomach Circumference and Fasting Blood Glucose (FBG)). The primary data collected by measuring the weight, height, Upper Arm Circumference, Stomach Circumference while secondary data by looking at FBG result from patients' medical record. The subjects were taken by a total sampling method of 67 patients with inclusion criteria for patients diagnosed with type 2 DM and aged  $\geq 18$  years, the exclusion criteria were type 1 DM patients and those who were hospitalized. A total of 71.6% of patients which had BMI criteria for overweight, 79.1% for obese with UAC measurement and 71.6% for obesity with abdominal circumference measurement. As many as 77.6% of patients with abnormal blood sugar levels. Test results using the Fisher's Exact Test showed body mass index ( $p 0.023$ ), upper arm circumference ( $p 0.01$ ), abdominal circumference ( $p 0.020$ ) have a relationship with the levels of FGB in diabetics.*

**Keywords ;** Nutritional Status, Blood Sugar Level, Diabetes Mellitus

### PENDAHULUAN

International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2017 memperkirakan ada 451 juta (usia 18- 99 tahun) penderita diabetes diseluruh dunia. Kejadian ini akan terus meningkat menjadi 693 juta pada tahun 2045. Masalah yang dihadapi yaitu hampir setengah dari penderita diabetes (49,7 %) tidak terdiagnosis, sekitar 374 juta orang mengalami gangguan toleransi glukosa dan hampir 21,3 juta wanita hamil mengalami

hiperglikemia kehamilan serta pengeluaran untuk pengobatan dan perawatan DM diperkirakan mencapai 850 miliar USD. Tahun 2017 diperkirakan 5 juta kematian diakibatkan oleh diabetes melitus dengan rentang usia 20- 99 (Cho *et al*, 2017). Data sample registration survey tahun 2014 hingga 2017 mencakup populasi 8,6 juta di 128 kecamatan (103 desa dan 25 kota), sekitar 55-72 % penyebab kematian di Indonesia ialah penyakit kardiovaskuler, Diabetes, penyakit paru obstruktif kronis, Tuberkulosis, kecelakaan transportasi. Bila tidak ditanggulangi, kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan produktivitas, disabilitas dan kematian dini (Usman dkk, 2019)

Diabetes Mellitus (DM) adalah salah satu penyebab utama kematian yang disebabkan oleh karena pola makan/nutrisi, perilaku tidak sehat, kurang aktivitas fisik dan stres. Menurut laporan Riskesdas 2007, DM menyumbang 4,2% kematian pada kelompok umur 15-44 tahun di daerah perkotaan dan merupakan penyebab kematian tertinggi ke-6. Selain pada kelompok tersebut, DM juga merupakan penyebab kematian tertinggi ke-2 pada kelompok umur 45-54 tahun di perkotaan (14,7%) dan tertinggi ke-6 di daerah perdesaan (5,8%) (Profil Kesehatan Indonesia 2012).

Berdasarkan hasil Riskesdas Sulawesi Tenggara Tahun 2013 Prevalensi diabetes terdiagnosa tenaga kesehatan tertinggi pada kelompok umur 55- 64 tahun sebesar 4,2% terendah pada kelompok umur 15-24 tahun dan 25-34 tahun sebesar 0,2%. Responden terdiagnosa diabetes dengan gejala tertinggi di kelompok umur 65 - 74 tahun sebesar 5,3% dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun sebesar 0,8%. (Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara 2016). Dinas Kesehatan Kabupaten Muna (2017) melaporkan prevalensi diabetes melitus tahun 2013 sebanyak 17% kasus, tahun 2014 sebanyak 15%, dan tahun 2015 sebanyak 13%. Sedangkan tahun 2016 prevalensi penyakit diabetes melitus masih meningkat berjumlah menjadi 14% kasus.

Salah satu faktor risiko terjadinya DM adalah obesitas. Obesitas saat ini menjadi permasalahan dunia bahkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendeklarasikan sebagai *epidemic global* 2016. Prevalensi obesitas populasi dewasa di dunia pada tahun 2008 lebih dari 200 juta pria dan 300 juta wanita. Secara keseluruhan lebih dari 10% populasi dewasa di dunia mengalami obesitas (WHO, 2013).

Hasil analisis Riset Kesehatan Dasar dengan porposi obesitas dewasa >18 tahun dari tahun 2007 menunjukkan prevalensi IMT  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> penduduk dewasa di Indonesia (umur 18 tahun ke atas) sebesar 10,5 %. pada tahun 2013 sebesar 14,8 % dan tahun 2018 dengan IMT  $\geq 27$  (umur 18 tahun ke atas) sebesar 21,8 (Riskesdas 2018).

Jumlah obesitas di Sulawesi Tenggara pada tahun 2017 diperoleh melalui pengukuran pengunjung Puskesmas dan jaringannya yang berusia 15 tahun ke atas. Hasilnya menunjukkan dari 975.299 penduduk yang diperiksa, 46.763 atau 25,93% terdeteksi mengalami obesitas. Berbeda dengan kasus hipertensi, pada obesitas lebih banyak ditemukan pada perempuan dengan jumlah 28,10 % sedangkan pada laki-laki hanya 17,48 %. Hasil tersebut cukup mengkhawatirkan karena sejalan dengan kecenderungan meningkatnya jumlah obesitas baik di Indonesia maupun dunia, masyarakat Sulawesi Tenggara tidak terlepas dari fenomena ini. (Profil Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara, 2017).

Orang yang obesitas memiliki kadar lemak yang tinggi seperti kolesterol dan trigliserida. Beberapa penelitian menyatakan, kadar lemak yang tinggi dapat mengganggu kerja maksimal insulin dalam membantu sel-sel tubuh menyerap glukosa dalam darah sehingga terjadi peningkatan kadar gula dalam darah (Gibney, 2009 ; Olvista, 2011). Kadar gula darah berfungsi sebagai sumber energi utama bagi sel tubuh di otot dan jaringan (Nita Rahmawati. 2015.). Otot menggunakan glukosa yang disimpannya sehingga glukosa yang tersimpan akan berkurang maka untuk mengisi kekurangan tersebut otot mengambil glukosa di dalam darah (Barnes,2012).

Cara yang baik untuk memantau apakah orang dewasa dikategorikan obesitas atau tidak dilakukan dengan pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT). (Sugondo, 2006). Selain IMT status gizi juga dapat diukur melalui pengukuran lingkar lengan atas (LILA) serta mengukur lingkar perut.

Obesitas merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya DM. Hubungannya dengan DM tipe 2 sangat kompleks. Obesitas dapat membuat sel tidak sensitif terhadap insulin (resisten insulin) Insulin berperan meningkatkan pengambilan glukosa di banyak sel dan dengan cara ini juga mengatur metabolisme karbohidrat, sehingga jika terjadi resistensi insulin oleh sel, maka kadar gula di dalam darah juga dapat mengalami gangguan (Guyton, 2008). Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui apakah ada hubungan antara status gizi dengan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus tipe II

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional* yang dilakukan di RSUD Muna Sulawesi Tenggara pada bulan April sampai Juni tahun 2019 dengan menggunakan *Total sampling*. Analisis data yang digunakan yaitu *chi-square* ( $X^2$ ) untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Karena tidak memenuhi syarat maka digunakan uji alternatif *Fisher's Exact Test* dilakukan Penggabungan Cell Indeks Massa Tubuh Kurus dan Normal.

Variabel yang diteliti adalah satus gizi (indek masa tubuh, lingkaran lengan atas, dan lingkaran perut) dan glukosa darah Puasa (GDP). Metode pengumpulan data primer dengan mengukur berat badan dan tinggi badan, lingkaran lengan atas dan lingkaran perut serta data sekunder dengan melihat GDP dari rekam medik pasien. Sampel diambil dengan metode *Total sampling* sebanyak 67 pasien dengan kriteria inklusi pasien yang terdiagnosis diabetes melitus dan berusia  $\geq 18$  tahun, kriteria eksklusinya yaitu pasien DM tipe 1 dan yang dirawat di rumah sakit.

## HASIL PENELITIAN

### Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden penelitian berdasarkan umur, jenis kelamin, kadar gula darah puasa, indeks masa tubuh dan lingkaran lengan atas dan lingkaran perut. Dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1**  
**Karakteristik Responden di Rumah Sakit Umum Daerah Muna**

No.	Karakteristik Responden		Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Umur (tahun)	a. 36-45	15	22,4
		b. 46-59	32	47,8
		c. 60-74	20	29,8
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	18	26,9
		Perempuan	49	73,1
3.	Kadar Gula Darah	Normal	15	22,4
		Tidak Normal	52	77,6
4.	Indeks Masa Tubuh	Kurus	6	9
		Normal	13	19,4
		Gemuk	48	71,6
5.	Lingkaran Lengan Atas	Normal	14	20,9
		Obesitas	53	79,1
6.	Lingkaran Perut	Normal	19	28,4
		Obesitas	48	71,6
Total			67	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 67 responden, umur responden terbanyak adalah responden yang berumur 46-59 tahun sebanyak 32 responden (47,8%), 49 responden (73,1%) berjenis kelamin perempuan, 52 responden (77,6%) dengan gula darah tidak normal. Berdasarkan IMT yaitu responden yang gemuk sebanyak 48 responden (71,6%), responden dengan LILA obesitas 53 orang (79,1%) dan lingkaran pinggang kategori obesitas sebanyak 48 orang (71,6 %).

### Analisis Bivariat

#### Analisis Hubungan antara Status Gizi berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT) dengan Kadar Gula Darah

Analisis hubungan IMT dengan kadar gula darah pada penderita DM Tipe II di RSUD Muna yang dilakukan dengan uji *Fisher's Exact Test* dilakukan Penggabungan Cell Indeks Massa Tubuh Kurus+Normal dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2**  
**Analisis Penggabungan Cell Hubungan IMT dengan Kadar Gula Darah di RSUD Kabupaten Muna**

Indeks Masa Tubuh	Kadar Gula Darah						<i>p value</i>
	Normal		Tidak normal		Jumlah		
	N	%	n	%	n	%	
Kurus + Normal	8	42,1	11	59,9	6	100	0,023
Gemuk	7	14,6	41	85,4	48	100	
Jumlah	15	22,4	52	77,6	67	100	

Berdasarkan penggabungan cell dari 67 responden, responden dengan kadar gula darah tidak normal yang memiliki IMT gemuk sebanyak 41 responden (85,4%). Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,023$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi berdasarkan IMT dengan kadar gula darah

**Analisis Hubungan antara Status Gizi Berdasarkan Lingkar Lengan Atas (LILA) dengan Kadar Gula Darah**

Analisis hubungan LILA dengan kadar gula darah pada penderita DM Tipe II di RSUD Muna yang dilakukan dengan uji *Fisher's Exact Test* dapat dilihat pada tabel 3. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,001$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi berdasarkan LILA dengan kadar gula darah.

**Tabel 3**  
**Analisis Hubungan LILA dengan Kadar Gula Darah di RSUD Kabupaten Muna**

LILA	Kadar Gula Darah						<i>p value</i>
	Normal		Tidak normal		Jumlah		
	N	%	N	%	n	%	
Normal	8	57,1	6	42,9	14	100	0,001
Obesitas	7	13,2	46	86,8	53	100	
Jumlah	15	22,4	52	77,6	67	100	

**Analisis Hubungan antara Status Gizi Berdasarkan Lingkar Perut dengan Kadar Gula Darah**

Analisis hubungan lingkar perut dengan kadar gula darah pada penderita DM Tipe II di RSUD Muna yang dilakukan dengan uji *Fisher's Exact Test* dapat dilihat pada tabel 5.

Berdasarkan tabel 5. di atas dapat diketahui dari total 67 responden, responden yang memiliki kadar gula darah tidak normal dan yang memiliki lingkar perut obesitas sebanyak 44 orang (91,7%).

**Tabel 4**  
**Analisis Hubungan Lingkar perut dengan Kadar Gula Darah di RSUD Kabupaten Muna**

Lingkar Perut	Kadar Gula Darah						<i>p value</i>
	Normal		Tidak normal		Jumlah		
	N	%	N	%	n	%	
Normal	11	57,9	8	42,1	19	100	0,000
Obesitas	4	8,3	44	91,7	48	100	
Jumlah	15	22,4	51	77,6	67	100	

Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,000$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi berdasarkan lingkar perut dengan kadar gula darah.

## PEMBAHASAN

### Hubungan antara Status Gizi Berdasarkan IMT dengan Kadar Gula Darah

Obesitas dan kelebihan berat badan berhubungan dengan peningkatan resiko kejadian diabetes melitus. Kontrol berat badan penting dalam manajemen diabetes dan pencegahan perkembangan prediabetes menjadi DM. Salah satu cara sederhana yang umum digunakan untuk menentukan obesitas ini adalah dengan mengukur Indeks Massa Tubuh (IMT). pada penelitian di Hongkong ditemukan fakta bahwa terjadi peningkatan kadar gula darah (Kang dan Kim, 2005). Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,023$  ( $p<0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi berdasarkan IMT dengan kadar gula darah di RSUD Kabupaten Muna.

Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin tinggi kategori IMT maka semakin tinggi pula kadar gula darah didalam tubuh, hal ini sesuai dengan penelitian Adnan, Mulyati, dan Issworo pada tahun 2013 dan penelitian yang dilakukan oleh Ivan Kurniawan (2014) menunjukkan bahwa hasil analisis *Chi-Square*, didapatkan hasil  $p: 0,016$  dengan nilai *Significancy*  $<0,05$  artinya terdapat hubungan antara indeks massa tubuh dengan kadar gula darah postprandial.

Penelitian yang dilakukan oleh Nur Isnaini (2016) menunjukkan bahwa hasil uji *pearson correlation* dari indeks masa tubuh dengan kadar gula darah sewaktu responden dari 72 responden nilai  $p$  adalah  $> 0.05$ . Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan antara IMT terhadap kadar GDS responden, tetapi dari hasil *coefsiencorelasi* = 0,85 menunjukkan adanya hubungan meskipun tidak kuat antara IMT dan GDS. Data responden yang diperoleh dari 72 responden didapatkan sebanyak dua responden dengan kategori  $GDS>200\text{mg/dl}$  dan 47 responden berada pada rentang pra DM dengan  $GDS 110-199\text{mg/dl}$ . Meskipun hasil analisis tidak ada pengaruh yang signifikan dari IMT terhadap GDS karena penelitian ini dilakukan pada warga Aisyiah yang tidak semuanya memiliki riwayat penyakit DM, tetapi dilihat dari responden yang memiliki IMT pada skala Obesitas I dan II juga berada pada rentang Pra DM dan DM, melihat hasil tersebut artinya terdapat hubungan antara IMT dan kadar GDS.

Laporan FAO/WHO/UNU tahun 1985 menyatakan bahwa batasan berat badan normal orang dewasa ditentukan berdasarkan nilai Body Mass Index (BMI) atau yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia menjadi Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai harapan hidup lebih panjang (Supariasa, 2012)

### Hubungan antara Status Gizi Berdasarkan LILA dengan Kadar Gula Darah

Saat ini terdapat beberapa metode pengukuran antropometri yang dapat digunakan untuk skrining obesitas yaitu dengan mengukur indeks massa tubuh (IMT), lingkar perut dan lingkar lengan atas (LiLA). Lingkar perut adalah ukuran relatif sederhana yang mudah digunakan dan dapat menilai jumlah lemak abdomen (Pereire, 2015).

Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,001$  ( $p <0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi berdasarkan LILA dengan kadar gula darah di RSUD Kabupaten Muna. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Devang (2016) yang mendapatkan hasil hubungan positif signifikan dengan kekuatan sedang ( $p>0,05$  dan  $r = 0,360$ ) antara LiLA dengan kadar HbA1c pada orang dewasa. Hasil tersebut dapat menyimpulkan bahwa LiLA pada orang dewasa dengan obesitas dapat digunakan sebagai prediktor kadar HbA1c pada orang dewasa. Terlebih lagi LiLA berhubungan secara signifikan dengan IMT dan lingkar perut, menandakan bahwa LiLA dapat menjadi indeks alternatif untuk penanda obesitas dan diasosiasikan dengan penyakit sindroma metabolik dan lemak visceral.

Penelitian ini tidak sejalan dengan yang dilakukan oleh Dwi (2013) menunjukkan bahwa kadar gula darah tidak memengaruhi lingkar lengan atas seseorang dan penelitian Rosdiana (2015) yang juga menemukan bahwa lingkar lengan atas pasien DM Tipe 2 dengan komplikasi kronik yang menjadi responden sebagian besar dalam batas normal. Berdasarkan hasil perhitungan, kategori LILA (Underweight, Normal, Overweight, Obesitas) tidak berpengaruh terhadap kenaikan atau penurunan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus tipe II.

## Hubungan antara Status Gizi Berdasarkan Lingkar Perut dengan Kadar Gula Darah

Jaringan adiposa yang berlebihan dalam area abdomen dan di sekeliling intestinal dan liver (obesitas abdominal) dapat meningkatkan risiko DM tipe dua, hipertensi, dislipidemia, penyakit jantung koroner, dan sindrom metabolik, bahkan ketika IMT masih dalam kisaran normal sehingga lingkar pinggang merupakan faktor risiko mayor DM tipe 2 (Mahan, L. 2008; Gautier et al 2010).

Hasil penelitian pada anak dan remaja di Cina menyatakan bahwa pengukuran lingkar pinggang merupakan salah satu metode klinis yang digunakan untuk menilai ketebalan akumulasi lemak tubuh di daerah abdominal atau identifikasi malignansi pada profil adipositokin. (Mahan, L. 2008).

Lingkar perut sebesar  $\geq 90$  cm pada laki-laki dan  $\geq 80$  cm pada perempuan berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas akibat obesitas, misalnya diabetes melitus tipe 2, sindrom metabolik, dan penyakit jantung koroner, hipertensi, hiperlipidemia, dan hiperglikemia (Alain, 2010).

Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,000$  ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi berdasarkan lingkar perut dengan kadar gula darah di RSUD Kabupaten Muna. Hal ini dikarenakan lingkar perut yang melebihi normal dapat menyebabkan akumulasi lemak di jaringan adiposa yang berdampak pada peningkatan asam lemak bebas, proses glukogenesis, akumulasi trigliserida sehingga terjadi resistensi insulin (Jalal, 2006).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Raudatul Hasanah (2018) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara lingkar perut dengan kadar glukosa darah puasa ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,002$ ) menunjukkan bahwa hubungan lingkar perut dengan kadar glukosa darah puasa bernilai positif dengan koefisien korelasi 0,427 hubungan bermakna moderat. Berdasarkan hasil tersebut, orang dengan lingkar perut obesitas akan memengaruhi atau memperburuk kadar gula darah didalam tubuhnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Lina Sofiana (2014) menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji korelasi *Chi-Square* pada variabel lingkar perut dengan kadar gula darah diperoleh nilai  $p$  value sebesar 0,023 ( $< 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara lingkar perut dengan kadar gula darah seseorang yang berisiko diabetes mellitus tipe 2 usia dewasa.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurlina Mayasari (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara lingkar perut dengan kadar glukosa darah puasa ( $r = 0,375$ ;  $p = 0,007$ ) dan berpola positif, artinya semakin besar lingkar perut semakin tinggi kadar glukosa darah puasa. Hal ini sejalan dengan penelitian lingkar perut pada populasi Indian yang menunjukkan bahwa lingkar perut berhubungan dengan kadar glukosa darah puasa ( $r = 0,214$ ;  $p < 0,001$ ). Penelitian lain di Semarang menunjukkan bahwa laki-laki dengan obesitas abdominal berisiko 4,85 kali terkena DM tipe 2 dibandingkan laki-laki dengan lingkar perut (Retno, 2010).

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara Status Gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh, Lingkar Lengan Atas, Lingkar perut dengan Kadar Gula Darah pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Muna.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Adnan, Mulyati, Isworo. 2013. Hubungan Indeks Massa Tubuh(IMT) dengan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 Rawat Jalan di RS Tugurejo Semarang. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang April 2013, Volume 2, Nomor 1*. Universitas Muhammadiyah Semarang
2. Alain, 2010. Increases in Waist Circumference and Weight As Predictors of Type 2 Diabetes Individuals with Impaired Fasting Glucose Influence of Baseline BMI. *Diabetes Care* 33: 1850 –1852
3. Arisman, M. 2010. *Buku Ajar Ilmu Gizi Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta : EGC.
4. Barnes, D.E. 2012. *Program Olahraga Diabetes*. Yogyakarta: Citra Aji Parama.



5. Cho N.H, Shaw J.E, Karuranga S, Huang Y, Fernandes JD, Ohlrongge AW, Maland B. 2017. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projection for 2045. *Diabetes Research and clinical Practice*, vol 138, April 2018, Pages 271-281. Elsevier.
6. Devang, 2016. *Mid Arm Circumference: An Alternate Anthropometric Index of Obesity in Type 2 Diabetes and Metabolic Syndrome*. *Br J Med Med Res* 12(1):1-8.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Muna. 2017. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Muna*.
8. Dwi, 2013. Hubungan Antara Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Lingkar Lengan Atas (Lila) dengan Kadar Gula Darah dan Kolesterol pada Wanita Usia Subur (WUS) di Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.
9. Gibney, M.J. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
10. Guyton, A. C. 2008. *Textbook of Medical Physiology (5th ed.)*. Philadelphia: W. B. Saunders.
11. Isnaini N, Hikmawati I. 2016. Pengaruh Indeks Masa Tubuh Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu. *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*. 14 (1):65-66.
12. Jordan dalam Nita Rahmawati. 2015. Gambaran Kontrol dan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Melitus di Poliklinik Penyakit dalam Rsj Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Skripsi*. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
13. Jalal, F., dkk. 2006. Hubungan Lingkar Pinggang dengan Kadar Gula Darah, Trigliserida dan Tekanan Darah pada Etnis Minang di Kabupaten Padang Pariaman, Sumatera Barat. *Jurnal MMI* 43(3):129-137
14. Kang, Kim. 2005. Body Mass Index and Waist Circumference According to Glucose Tolerance Status in Korea : Korean Health and Nutrition Examination Survey. *J KoreanMed Sci* 27: 518-24.
15. Kuniawan I. 2010. *Diabetes melitus tipe 2 pada usia lanjut*. Public Health.
16. Mahan, L. K., Escott-Stump S., Raymond J. L. 2008. *Krause's Food and Nutrition Care Process. 12th ed.* Missouri – Elsevier Saunders; p. 533.
17. Masfufah M& VH. 2013. Pengetahuan, kadar glukosa darah, dan kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 rawat jalan di wilayah kerja puskesmas kota Makasar. *Skripsi*. program studi keperawatan FK Diponegoro.
18. Nita Rahmawati. 2015. Gambaran Kontrol dan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Melitus di Poliklinik Penyakit dalam Rsj Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Skripsi*. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
19. Olvista. 2011. Diabetes dan Obesitas (Kegemukan). <http://www.olvista.com>. 25 maret 2019 (19.00).
20. Pereire, 2015. Measurements Of Location Of Body Fat Distribution: An Assessment Of Colinearity With Body Mass, Adiposity And Stature In Female Adolescents. *Rev Paul Pediatr* 33 (1):63-71.
21. Profil Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. 2016. Pemeriksaan Obesitas Menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas Sulawesi Tenggara.
22. Profil Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. 2017. *Demografi, Sarana dan Tenaga Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Kesehatan Keluarga, Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan di Sulawesi Tenggara pada Tahun 2017*. Kendari : Badan Pusat Statistik Prov. Sultra
23. Profil Kesehatan Indonesia. 2012. *Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
24. Retno. 2010. Beberapa Faktor Risiko Kadar Glukosa Darah pada Pasien Obesitas di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kariadi Semarang. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Gizi FK Undip
25. Rikesdas. 2018. *Hasil Utama Rikesdas 2018*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
26. Rosdiana. 2015. Gambaran status gizi pasien diabetes mellitus dengan komplikasi kronik di bangsal penyakit dalam RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Universitas Riau*.
27. Sugondo, S. 2006. Obesitas. Editor Sudoyo.W, Setiyohadi.B, Alwi.I,
28. Supariasa, I.D.N., Bakri, B., Fajar, I., 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

29. Usman Y, Iriawan RW, Rosita T, Lusiana M, Kosen S, Kelly M, Forsyth dan Rao, 2019. Indonesia's Sample Registration System in 2018 : A work in progress. *Journal of Population and Social Studies*, Vol 27 (1), Januari 2019. 39-52. DOI : 10. 25133/JPSSv27n1.00
30. World Health Organization. 2013. *Obesity and overweight*. WHO technical series

# GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG ANEMIA DAN PENGGUNAAN TABLET ZAT BESI (FE) DI PUSKESMAS SAMKAI MERAUKE

## THE OVERVIEW OF UNDERSTANDING ON ANEMIA AND THE USE OF FERRUM TABLET IN SAMKAI PUBLIC HEALTH CENTER MERAUKE

Titus Tambaip<sup>1</sup>, Supriyatin<sup>2</sup>, Marni Br Karo<sup>3</sup>, Ruwiah<sup>4</sup>, Wa Ode Salma<sup>5\*</sup>.

Akademi Kebidanan Yaleka Maro-Papua Merauke- Indonesia<sup>1-2</sup>

Program Studi Kebidanan, Sekolah Tinggi Kesehatan Medistra Jakarta. Indonesia<sup>3</sup>

Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu OLeo, Kendari- Indonesia<sup>4-5</sup>

<sup>5</sup>Email : waode.salma.@uho.ac.id

### ABSTRAK

Pengetahuan ibu hamil sangat penting terkait dengan kekurangan zat besi dan anemia untuk mencegah persalinan yang buruk, sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikan ibu berbanding lurus dengan pengetahuan yang luas. Sampai saat ini Anemia pada kehamilan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang. Tujuan: untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan tentang anemia dan penggunaan tablet zat besi (fe) di Puskesmas Samkai Merauke, Provinsi Papua. Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dan dilakukan di Puskesmas Samkai Merauke pada bulan juli tahun 2016, Sampel Ibu hamil diperoleh dari Puskesmas Samkai Merauke yang diambil berdasarkan buku registrar berjumlah 185 ibu hamil namun pada studi kami didapatkan sampel sesuai kriteria inklusi sebanyak 40 orang ibu hamil. Teknik pengambilan sample dengan menggunakan kuota sampling sedangkan instrument yang digunakan adalah kuisioner tertutup. Hasil: gambaran tingkat pengetahuan tentang anemia dan penggunaan tablet Fe pada ibu hamil di Puskesmas Samkai Merauke menunjukkan sekitar 37,5% memiliki pengetahuan baik, dan 42,5% berpengetahuan cukup, dan hanya sekitar 20% berpengetahuan kurang. Kesimpulan: Kegiatan deteksi dini dan penanganan ibu hamil untuk mencegah penyakit beresiko/komplikasi kebidanan perlu ditingkatkan dan penting diprioritaskan baik di fasilitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) maupun di masyarakat.

**Kata Kunci** :Pengetahuan, Anemia, tablet Fe, Ibu hamil

### ABSTRACT

Knowledge of pregnant women is more important related to iron deficiency and anemia in which to prevent the poor birth outcomes and the higher level of education of mothers is directly proportional to extensive knowledge. Anemia in pregnancy is a public health problem in developing countries recently. Objective: to find out the level of knowledge about anemia and the application of iron (fe) tablets at the Samkai Health Center in Merauke, Papua Province. This research method is quantitative descriptive research and was conducted at the Samkai Health Center in Merauke in July 2016. Samples of pregnant women were obtained from the Samkai Health Center in Merauke, were taken based on the registration book totaling 185 pregnant women but in our study we obtained samples according to the inclusion criteria of 40 people pregnant mother. The sampling technique was used a quota sampling while the instrument was used a closed questionnaire. Results: Description of the level of knowledge for the anemia and the application of Fe tablets in pregnant women in the Samkai Merauke Community Health Center showed 37.5 % had good knowledge, 42.5% had sufficient knowledge, and 20% had less knowledge. Conclusion: Early detection activities and handling of pregnant women to prevent the risky diseases/obstetric complications need to be improved and it is important to prioritized both the maternal and child health service facilities as well as in the community.

**Keywords** : Knowledge, Anemia, Ferrum tablet, pregnancy

### PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan salah satu periode paling penting dalam hidup terkait dengan peningkatan asupan mikronutrien tertentu untuk menunjang kesehatan ibu dan anak, selain itu untuk mendukung langkah-langkah kesehatan klinis perlu memastikan tingkat pengetahuan ibu dan asupan mikronutrien yang cukup selama kehamilan<sup>1</sup>. Selain itu perlu meningkatkan pengetahuan ibu tentang kualitas kesehatan terkait dengan tanda-tanda bahaya komplikasi kebidanan selama kehamilan, persalinan, dan periode pascanatal adalah langkah penting pertama untuk rujukan<sup>2</sup>.

Sebuah studi kohort prospektif yang di dilaporkan oleh Loy et al, menunjukkan sebanyak 985 wanita pada usia kehamilan 26-28 minggu, diketahui hampir tiga perempat wanita Singapura mengalami

kekurangan zat besi pada awal trimester ketiga kehamilan, hal ini menunjukkan skrining universal dan suplementasi kehamilan berisiko dapat dievaluasi sebagai strategi pencegahan kekurangan zat besi dan mengurangi cadangan zat besi pada bayi baru lahir<sup>3</sup>. Sedangkan studi yang di laporkan oleh Fasola, et al, menunjukkan bahwa anemia yang didiagnosis pada awal kehamilan dikaitkan dengan peningkatan risiko perkembangan autisme, gangguan attention-deficit/hyperactivity dan cacat intelektual pada anak, oleh karena itu pentingnya skrining awal untuk status zat besi dan konseling gizi dalam perawatan antenatal<sup>4</sup>.

Negara Bagian Lagos, angka kematian ibu dilaporkan sekitar 650 kematian per 100.000 kelahiran hidup, diduga kematian ini salah satunya karena mungkin kekurangan gizi mikro seperti zat besi sebagai faktor predisposisi, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga perlu memberikan lebih banyak pengetahuan, sikap dan praktik nutrisi yang baik pada wanita usia subur maupun ibu hamil untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi morbiditas, mortalitas dan biaya perawatan kesehatan<sup>5</sup>.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Rikesda) tahun 2018 prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia mengalami peningkatan sebesar 48,9% dibanding data Rikesda tahun 2013 hanya sebesar 37,1%, meskipun pemerintah sudah melakukan program penanggulangan anemia pada ibu kehamilan dengan pemberian zat besi (90 tablet Fe) selama periode kehamilan dengan tujuan menurunkan angka anemia ibu hamil, tetapi kejadian anemia masih tinggi<sup>6</sup>. Data dari Dinas Kesehatan Papua, diketahui bahwa jumlah ibu hamil dikabupaten Merauke pada tahun 2015 sebanyak 5.358 orang, dan diberi tablet Fe selama 30 hari sebanyak 4.956 orang (92%) sedangkan pemberian selama 90 hari sebanyak 5.210 orang (97,2%), akan tetapi perkiraan ibu hamil yang mengalami komplikasi neonatal sebanyak 1.072 orang namun yang ditangani hanya 299 (27,9%)<sup>7</sup>. Studi awal yang telah kami lakukan dipuskesmas Samkai Kabupaten Merauke pada tahun 2015 diperoleh data jumlah ibu hamil yang diberi tablet zat besi (Fe) sebanyak 898 orang dan yang mengalami anemia sebanyak 372 orang, sedangkan pada tahun 2016 antara bulan Januari – Februari data ibu hamil yang diberi tablet zat besi (Fe) sebanyak 185, mengalami anemia sebanyak 78 orang dengan klasifikasi anemia ringan sebanyak 44 orang ibu hamil dan anemia sedang sebanyak 13 orang. Informasi dari data tersebut, menjadi menarik dikajian lebih dalam sehingga kami ingin mengetahui gambaran tingkat pengetahuan ibu hamil tentang Anemia dan penggunaan tablet zat besi di Puskesmas Samkai Kabupaten Merauke.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan studi deskriptif dengan rancangan *cross – sectional* dengan tujuan ingin mendapatkan menggambarkan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang anemia dan penggunaan tablet Fe. Lokasi penelitian di Wilayah kerja Puskesmas Samkai Merauke dan kegiatan penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Ibu hamil di Puskesmas Samkai Merauke yang diambil berdasarkan buku register berjumlah 185 ibu hamil namun pada studi kami didapatkan sampel sesuai kriteria inklusi sebanyak 40 orang ibu hamil. Teknik Sampling dilakukan dengan cara simple random sampling. Data diperoleh dari data primer dengan menggunakan kuesioner dan diolah menggunakan computer dan dianalisa secara univariat.

## HASIL PENELITIAN

**Tabel 1**  
**Gambaran Pengetahuan tentang Anemia pada Ibu Hamil**

Pengetahuan	Frekuensi (n)	%
Baik	15	37,5
Cukup	17	42,5
Kurang	8	20
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Tabel.1, menunjukkan gambaran pengetahuan ibu hamil tentang anemia diketahui cukup sekitar 42.5% dan baik sekitar 37,5% sedangkan ibu hamil yang memiliki pengetahuan kurang hanya 20%.

**Tabel 2**  
**Pengetahuan Anemia dan Penggunaan Tablet Fe Berdasarkan Pendidikan**

Pendidikan	Karakteristik Pengetahuan Anemia & Penggunaan Tablet Fe							
	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SD & SMP	2	5	12	30	4	10	18	45
SMA	8	20	4	10	4	10	16	40
D-3	1	2,5	0	0	0	0	1	2,5
S-1	4	10	1	2,5	0	0	5	12,5
Total							40	100

Tabel. 2, ibu hamil yang memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar dan sekolah menengah pertama diketahui memiliki pengetahuan tentang anemia dan penggunaan zat besi dikategorikan kurang sebanyak 10%, dan sekolah menengah atas 10 %. Sedangkan Ahli madya dan Sarjana 0 %.

## PEMBAHASAN

Hasil studi kami, menunjukkan bahwa gambaran pengetahuan ibu tentang anemia diketahui cukup sekitar 42.5% namun masih ada sekitar 20% tingkat pengetahuan ibu dikategorikan kurang, meskipun angka ini kecil namun resiko dari dampak anemia perlu mendapat perhatian penting mengingat berdasarkan data awal atau studi pendahuluan pada bulan Januari- Februari tahun 2016 di peroleh dari dipuskesmas Samkai Merauke, sebanyak 185 ibu hamil yang diberi suplemen zat besi ditemukan jumlah ibu hamil yang anemia sebanyak 78 orang.

Anemia pada kehamilan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang. Hal ini diduga karena tingkat pendidikan yang rendah pada ibu terkait dengan anemia selama kehamilan, seperti yang dilaporkan oleh Stephen, et al, menunjukkan bahwa sebanyak 539 wanita hamil yang diwawancarai Negara Tanzania di ketahui prevalensi anemia adalah 18,0% dan 2% mengalami anemia berat<sup>8</sup>. Zat besi sangat penting dalam kehamilan dan bayi untuk memenuhi tuntutan tinggi akan hematopoiesis, pertumbuhan dan perkembangan, sekitar dua pertiga dari zat besi ini untuk kebutuhan ibu, dan 1/3 untuk kebutuhan jaringan plasenta-janin namun, kebutuhan bervariasi pada tahap kehamilan trimester pertama (0,8 mg / hari) pada trimester ketiga meningkat (3,0-7,5 mg / hari)<sup>9</sup>. Bukti menunjukkan bahwa, kehamilan dalam minggu 32-39, rata-rata konsentrasi SF (serum feritin) atau simpanan cadangan zat besi adalah 6-21 µg / L, dan prevalensi anemi sekitar 28-85%. Wanita yang menggunakan suplemen zat besi memiliki status zat besi yang lebih tinggi dan anemia defisiensi zat besi yang lebih rendah, namun tergantung pada dosis zat besi dan kepatuhan. Sebaliknya kondisi ibu dan janin akan memburuk pada kehamilan tanpa suplementasi zat besi<sup>10</sup>.

Terapi untuk anemi ibu hamil selain modifikasi diet juga di beri suplementasi zat besi oral, dan dalam kondisi tertentu zat besi diberikan secara intravena maupun transfusi darah. Hal ini dilakukan dengan harapan agar masyarakat meningkatkan kesadaran dan pengetahuan untuk mengatasi masalah kesehatan terkait dengan anemia ibu hamil terutama pada trimester kedua dan ketiga, termasuk ketaatan pada perawatan anemia secara Nasional<sup>11</sup>. Selain pengetahuan tentang ketaatan pada perawatan dan pemberian suplementasi Fe namun pemahaman dan pengetahuan gizi serta sikap suatu populasi sangat memengaruhi asupan nutrisi mikro esensial terkait dengan Anemia. Namun hasil wawancara yang melibatkan 248 ibu rumah tangga yang tinggal di daerah pedesaan Acholi di Uganda utara dikaitkan dengan pengetahuan gizi yang kurang<sup>12</sup>. Selain itu pentingnya skrining dan suplementasi rutin untuk anemia defisiensi besi pada wanita hamil dan yang tidak menunjukkan gejala anemia dapat meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi<sup>13</sup>. Bayak bukti yang mendukung efektivitas suplementasi zat besi rutin selama kehamilan untuk meningkatkan indeks hematologi ibu, tetapi signifikansi klinis untuk ibu hamil dan bayi masih belum jelas dikarenakan efek dari pemberian zat besi yang tidak terkontrol akan membahayakan kesehatan ibu dan anak, olehnya itu diperlukan lebih banyak data untuk memahami efek klinis skrining rutin dan pengobatan anemia defisiensi besi selama kehamilan<sup>14-15</sup>.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang berbanding lurus dengan pengetahuan yang luas. di ketahui gambaran pengetahuan ibu hamil tentang Anemia dipuskesmas Samkai Merauke sebanyak 37,5% dikategorikan berpengetahuan baik. Hal ini mungkin dari hasil wawancara tentang anemia dan penggunaan zat besi ibu yang memiliki Ijasah Sarjana dan D3 diketahui memiliki pengetahuan kurang 0%. Sebuah studi survei deskriptif crosssectional menunjukkan bahwa dari 244 wanita usia subur terutama wanita hamil (15-49 tahun) diketahui memiliki pengetahuan yang sangat baik dan sikap yang baik terhadap nutrisi ibu hamil untuk mencegah anemia<sup>5</sup>. Selain itu perlu pemahaman dan pengetahuan tentang anemia dikaitkan dengan risiko kurang energi kronis pada wanita hamil karena sangat memengaruhi kondisi kesehatan anak pada saat dilahirkan. Kedua hal tersebut mungkin berpotensi terjadinya kekerdilan pada anak dilihat dari berat dan tinggi badan ketika lahir. Bahkan di antara etnis dan individu sosial ekonomi rendah prevalensi anemia mungkin lebih tinggi daripada populasi umum.

## SIMPULAN

Kegiatan deteksi dini dan penanganan ibu hamil untuk mencegah penyakit beresiko/komplikasi kebidanan perlu ditingkatkan dan penting diprioritaskan baik di fasilitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) maupun di masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Darnton-Hill I, Mkpuru UC. (2015). Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries. *Nutrients*. Mar;7(3):1744-68.
2. Bililign N, Mulatu T. (2017). Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among reproductive age women in Raya Kobo district of Ethiopia: A community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17: 70.
3. Loy SL, et al, (2019). Iron status and risk factors of iron deficiency among pregnant women in Singapore: a cross-sectional study *BMC Public Health*. April; 19: 397.
4. Wieggersma AM, Dalman C, Lee BK, Karlsson H, Gardner RM. (2019). Association of Prenatal Maternal Anemia With Neurodevelopmental Disorders. *JAMA Psychiatry*. Sep 18:1-12.
5. Fasola O, Aboosedo O, Fasola FA. (2018). Knowledge, attitude and practice of good nutrition among women of childbearing age in Somolu Local Government, Lagos State. *J Public Health Afr*. 2018 May 21; 9(1): 793.
6. Rikesda, (2018). Hasil utama Rikesda tahun 2018, Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-rikesdas-2018.pdf?opwvc=1>
7. Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Papua (2015). Edisi Revisi. Pemerintah Provinsi Papua tahun 2016. [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2015/34\\_Papua\\_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/34_Papua_2015.pdf)
8. Stephen G, Melina Mgongo M, Hashim TH Katanga J, Stray-Pedersen B, Msuya SE. (2018). Anaemia in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Adverse Perinatal Outcomes in Northern Tanzania. *Anemia*. May 2, 1846280.
9. Patsy M. Brannon PM, Christine L. Taylor CL. (2017) Iron Supplementation during Pregnancy and Infancy: Uncertainties and Implications for Research and Policy. *Nutrients*. Dec; 9(12): 1327.
10. Tandon R, Jain A, Malhotra P. (2018). Management of Iron Deficiency Anemia in Pregnancy in India. *Indian J Hematol Blood Transfus*. Apr; 34(2): 204-215.
11. Milman N, Taylor CL, Merkel J. (2017). Brannon PM. Iron status in pregnant women and women of reproductive age in Europe. *Am J Clin Nutr*. Dec;106(Suppl 6):1655S-1662S.
12. Okidi L, Odongo W, Ongeng D.(2018). The mix of good nutritional attitude and poor nutritional knowledge is associated with adequate intake of vitamin A and iron from wild fruits and vegetables among rural households in Acholi subregion of Northern Uganda. *Food Sci Nutr*. Oct 25;6(8):2273-2284.
13. Cantor AG, Bougatsos C, Dana T, Blazina I, McDonagh M. (2015). Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2015 Apr 21;162(8):566-76
14. McDonagh M, Cantor A, Bougatsos C, Dana T, Blazina I. (2015). Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); Mar. Report No: 13-05187-EF-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25927136>
15. O'Brien KO, Ru Y, (2017). Iron status of North American pregnant women: an update on longitudinal data and gaps in knowledge from the United States and Canada. *Am J Clin Nutr*. Dec; 106(Suppl 6): 1647S-1654S.

## **KEPERAWATAN KOMUNITAS**





**MOTIVASI PENDERITA DIABETES MELLITUS DALAM MENCEGAH  
TERJADINYA KOMPLIKASI DIABETES DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
LEPO-LEPO KOTA KENDARI**

***MOTIVATION OF DIABETES MELLITUS PATIENTS IN PREVENTING THE  
COMPLICATIONS OF DIABETES IN THE REGION LEPO-LEPO HEALTH CENTER  
KENDARI***

**Asbath<sup>1</sup>, Sitti Norma Sidrati<sup>2</sup>**

Program Studi Keperawatan, STIKES Mandala Waluya Kendari<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>Email : [asbath.mw@gmail.com](mailto:asbath.mw@gmail.com)

**ABSTRAK**

Komplikasi yang di alami penderita Diabetes Mellitus diantaranya komplikasi fisik, psikologis, social dan ekonomi. Untuk mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus (DM) di butuhkan motivasi dalam pencegahan terjadinya komplikasi. Efikasi diri, dukungan keluarga dan pengetahuan penderita merupakan hal yang berpengaruh dalam memotivasi diri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan motivasi penderita diabetes mellitus dalam mencegah terjadinya komplikasi di wilayah kerja puskesmas lepo-lepo kota kendari. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari tahun 2018 Periode (Oktober-Desember) berjumlah 87 penderita dengan sampel sebanyak 71 responden. Data diolah dengan menggunakan uji Chi-Square dan dilanjutkan dengan uji Koefisien Phi. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan efikasi diri dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus dengan nilai  $\alpha = 0,003$ . Ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus dengan  $\alpha = 0,003$ . Ada hubungan pengetahuan dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus dengan nilai  $\alpha = 0,002$ . Diharapkan perawat dapat meningkatkan motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dengan memberikan pendidikan kesehatan terstruktur serta memberikan pengetahuan kepada keluarga bahwa dukungan keluarga sangat membantu pasien dalam memotivasi diri mencegah komplikasi

**Kata kunci** : DM, Motivasi, Efikasi Diri, Dukungan Keluarga, Pengetahuan

**ABSTRACT**

*Complications experienced by people with Diabetes Mellitus include physical, psychological, social and economic complications. To prevent complications of Diabetes Mellitus (DM) motivation is needed in the prevention of complications. Self-efficacy, family support and knowledge of patients are influential in motivating themselves. The purpose of this study was to determine the factors associated with the motivation of people with diabetes mellitus in preventing complications in the working area of the city of kendari lepo-lepo puskesmas. This research is a quantitative study with a cross-sectional approach. The population in this study were all Diabetes Mellitus patients in the Work Area of the Lepo-lepo Health Center in Kendari City in 2018. The period (October-December) was 87 patients with a sample of 71 respondents. Data were processed using the Chi-Square test and continued with the Phi Coefficient test. The results found there is a relationship of self-efficacy with motivation in preventing complications of diabetes mellitus with a value of  $\alpha = 0.003$ . There is a relationship of family support with motivation in preventing complications of Diabetes Mellitus with  $\alpha = 0.003$ . There is a relationship of knowledge with motivation in preventing complications of Diabetes Mellitus with a value of  $\alpha = 0.002$ . It is expected that nurses can increase motivation by self-efficacy of patients with type 2 diabetes by providing structured health education and providing*

*knowledge to families that family support is very helpful for patients in motivating themselves to prevent complications*

**Keywords :** *DM, Motivation, Self Efficacy, Family Support, Knowledge*

## **PENDAHULUAN**

Diabetes Mellitus (DM) merupakan gangguan kronis metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Insufisiensi relative atau absolute dalam respons sekretorik insulin, yang di terjemahkan menjadi gangguan pemakaian karbohidrat (glukosa) adalah gambaran khas pada diabetes mellitus demikian pula hiperglikemia yang terjadi. (Robbins, 2007).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Sulawesi Tenggara tahun 2016 sampai tahun 2018 di dapatkan jumlah kasus DM terbanyak di Puskesmas Lepo-lepo dari pada Puskesmas lainnya yang di mana pada tahun 2016 jumlah kasus DM sebanyak 2.123 kasus dan pada tahun 2017 mengalami penurunan dengan jumlah penderita penyakit DM sebanyak 1.484 kasus. Akan tetapi, ditahun 2018 penderita DM kembali meningkat dengan jumlah penderita sebanyak 3.796 kasus (DINKES Kota Kendari, 2018).

Kemampuan tubuh pasien DM untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun, keadaan ini dapat menimbulkan komplikasi baik akut (seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperosmolar nonketotik) maupun kronik (seperti komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler, dan neuropati). Komplikasi kronik biasanya terjadi dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah diagnosa ditegakkan (Smeltzer & Bare, 2008). Komplikasi kronik terjadi pada semua organ tubuh dengan penyebab kematian 50% akibat penyakit jantung koroner dan 30% akibat penyakit gagal ginjal. Selain itu, sebanyak 30% pasien diabetes mengalami kebutaan akibat retinopati, 60 - 70% mengalami neuropati, dan 10% menjalani amputasi tungkai kaki (LeMone & Burke, 2008; Smeltzer & Bare, 2008).

Komplikasi yang di alami penderita Diabetes Mellitus diantaranya komplikasi fisik, psikologis, social dan ekonomi. Komplikasi fisik yang timbul berupa kerusakan mata, kerusakan ginjal, penyakit jantung, tekanan darah tinggi (hipertensi), stroke bahkan sampai menyebabkan gangrene. Komplikasi psikologis yang muncul di antaranya dapat berupa kecemasan (Tamara Ervy, 2014).

Menurut Suyono (2006), mengingat jumlah pasien diabetes yang terus meningkat dan besarnya biaya perawatan pasien diabetes yang terutama disebabkan oleh karena komplikasinya, maka upaya yang paling baik adalah melakukan pencegahan. Menurut WHO (1994 dalam Suyono, 2006), upaya pencegahan dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer merupakan semua aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya hiperglikemia pada populasi umum misalnya dengan kampanye makanan sehat dan penyuluhan bahaya diabetes. Pencegahan sekunder yaitu upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang telah menderita DM dengan pemberian pengobatan dan tindakan deteksi dini penyulit. Pencegahan tersier adalah semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan. Upaya pencegahan ini memerlukan keterlibatan semua pihak untuk mensukseskannya baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga, dan pasien itu sendiri. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada pasien DM tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan, dan pengelolaan DM termasuk didalamnya memberi motivasi dan meningkatkan efikasi diri (Suyono, 2006; Wu et al, 2006).

Dari uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Penderita Dm dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Tahun 2019.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif analitik yang bersifat deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada seluruh pasien Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari tahun 2019 dalam empat bulan terakhir berjumlah 71 penderita yang

telah memenuhi kriteria inklusi, yakni bersedia menjadi responden, dapat membaca dan menulis, dapat berbahasa Indonesia, dan menderita DM tipe 2 selama 4 bulan sampai dengan  $\leq 11$  tahun. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Alat pengumpul data berupa kuesioner. Kuesioner terdiri dari: kuesioner demografi (umur, jenis kelamin, lama menderita DM, pendidikan, pekerjaan, dan status marital), kuesioner motivasi, kuesioner efikasi diri, dan skala pengukuran dukungan keluarga. Data dianalisis secara univariat, bivariat (*chi square*).

## HASIL

### Karakteristik Responden

#### Jenis Kelamin

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin seperti terlihat pada tabel di bawah :

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo 2019**

No	Jenis Kelamin	n	%
1	Laki – laki	21	29,6
2	Perempuan	50	70,4
Jumlah		71	100

#### Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan seperti terlihat pada tabel di bawah :

**Tabel 2**  
**Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskemas Lepo-lepo 2019**

No	Tingkat Pendidikan	n	%
1.	Tidak Sekolah	8	11,3
2.	SD	11	15,5
3.	SMP	28	39,4
4.	SMA/SMU Sederajat	7	9,9
5.	DIPLOMA I/II/III	6	8,5
6.	SARJANA	11	15,5
Jumlah		71	100

#### Umur

Distribusi responden berdasarkan umur seperti terlihat pada tabel di bawah :

**Tabel 3**  
**Distribusi Responden Menurut Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari 2019**

No	Umur	n	%
1	30-40 Tahun	6	8,5
2	41-50 Tahun	10	14,1
3	51-60 Tahun	24	33,8
4	61-70 Tahun	19	26,8
5	71-80 Tahun	12	16,9
Jumlah		71	100

## Pekerjaan

Distribusi responden berdasarkan pekerjaan seperti terlihat pada tabel di bawah :

**Tabel 4**  
**Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo 2019**

No	Pekerjaan	n	%
1	Tidak Bekerja	17	23,9
2	PNS	3	4,2
3	Ibu Rumah Tangga	8	11,3
4	Wirasuasta	19	26,8
5	Petani/Pedagang	19	26,8
6	Pensiunan	5	7,0
	Jumlah	71	100

## Analisis Univariat

### Distribusi Responden Berdasarkan Efikasi Diri

Distribusi responden berdasarkan efikasi diri, diketahui bahwa lebih banyak yang kurang untuk lebih jelasnya seperti terlihat pada tabel di bawah:

**Tabel 5**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Efikasi Diri di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo 2019**

No	Efikasi Diri	n	%
1	Baik	39	54,9
2	Kurang	32	45,1
	Total	71	100

### Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga

Distribusi responden berdasarkan Dukungan Keluarga, diketahui bahwa lebih banyak yang kurang untuk lebih jelasnya seperti terlihat pada tabel di bawah:

**Tabel 6**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo 2019**

No	Dukungan Keluarga	n	%
1	Baik	60	84,5
2	Kurang	11	15,5
	Total	71	100

### Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan

Distribusi responden berdasarkan Pengetahuan, diketahui bahwa lebih banyak yang kurang untuk lebih jelasnya seperti terlihat pada tabel di bawah:

**Tabel 7**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo 2019**

No	Pengetahuan	N	%
1	Baik	47	66,2
2	Kurang	24	33,8
	Total	71	100

### Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi

Distribusi responden berdasarkan motivasi, diketahui bahwa lebih banyak yang kurang untuk lebih jelasnya seperti terlihat pada tabel di bawah:

**Tabel 8**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo 2019**

No	Motivasi	N	%
1	Baik	36	50,7
2	Kurang	35	49,3
Total		71	100

### Analisis Bivariat

#### Hubungan Efikasi Diri dengan Motivasi Penderita Diabetess Mellitus dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus

Hubungan Efikasi Diri dengan Motivasi Penderita Diabetess Mellitus dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi di Wilayah Kerja Puskesmas Lapo-lepo Kota Kendari Tahun 2019 seperti terlihat pada tabel di bawah :

**Tabel 9**  
**Hubungan Efikasi Diri dengan Motivasi Penderita Diabetess Mellitus dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2019**

Efikasi Diri	Motivasi				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Baik	26	66,7	13	33,3	39	100
Kurang	10	31,2	22	68,8	32	100
Total	36	50,7	35	49,3	71	100

#### Hubungan Dukungan Keluarga dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus

Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2019 seperti terlihat pada tabel di sebelah :

**Tabel 10**  
**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2019**

Dukungan Keluarga	Motivasi				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Baik	35	58,3	25	41,7	60	100
Kurang	1	9,1	10	90,9	11	100
Total	36	50,7	35	49,3	71	100

**Hubungan Pengetahuan dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus**  
 Hubungan Pengetahuan dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2019 seperti terlihat pada tabel di bawah:

**Tabel 11**

**Hubungan Pengetahuan dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2019**

Pengetahuan	Motivasi				Total	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Baik	30	63,8	17	36,2	47	100
Kurang	6	25,0	18	75,0	24	100
Total	36	50,7	35	49,3	71	100

## PEMBAHASAN

Motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna untuk mencapai suatu tujuan (Marquis & Huston, 2006). Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan (Swansburg & Swansburg, 1999). Motivasi merupakan salah satu faktor yang memberikan pengaruh terhadap efikasi diri pasien. Motivasi yang tinggi dapat meningkatkan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam perawatan diri (Da Silva, 2003). Motivasi merupakan prediktor terhadap kepatuhan dalam regimen terapi dan kontrol glikemik (Butler, 2002). Menurut teori sosial kognitif (Bandura, 1997), motivasi manusia didasarkan pada kognitif dan melalui proses pemikiran yang didasarkan pada pengetahuan yang dimiliki oleh individu. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh *Chi square*,  $\alpha = 0,352$  yang berarti adanya Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2019.

Adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien DM tipe 2 untuk dapat meningkatkan keyakinan akan kemampuannya melakukan tindakan perawatan diri (Skarbek, 2006). Pasien DM tipe 2 yang berada dalam lingkungan keluarga dan diperhatikan oleh anggota keluarganya akan dapat menimbulkan perasaan nyaman dan aman sehingga akan tumbuh rasa perhatian terhadap diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melaksanakan perawatan diri

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh *Chi square*  $\alpha = 0,356$  yang berarti adanya Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2019.

Pendidikan juga secara umum akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi. Menurut Stipanovic (2002) pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien DM untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri serta dalam mengontrol gula darah

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh *Chi square*  $\alpha = 0,367$  yang berarti adanya Hubungan Antara Pengetahuan dengan Motivasi dalam Mencegah Terjadinya Komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2019

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara efikasi diri dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2019.

2. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari Tahun 2019.
3. Ada hubungan antara pengetahuan dengan motivasi dalam mencegah terjadinya komplikasi Diabets Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Tahun 2019.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Aini Nur & Aridiana Ledy Martha., 2016. *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta Selatan: Selemba Medika., hal 19-24
2. Ainul Yaqin Salam, dkk. 2017. Efek Self Efficacy Training Terhadap Self Efficacy dan Kepatuhan Diet Diabetesi. *Jl-KES: Jurnal Ilmu Kesehatan* Volume 1, No. 1, Agustus 2017: Page 1-10 ISSN: 2579-7913.
3. Ariani Yesi, dkk, 2011. *Motivasi dan efikasi diri pasien diabetes mellitus tipe 2 dalam asuhan keperawatan*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 15, No1, Maret 2014; Hal 29-38. Astuti, A.P. 2016. *Strategi Budaya Karakter Caring Of Nursing*. In Media. Bogor.
4. Bertalina dan Purnama, 2016. *Hubungan lama sakit, pengetahuan, motivasi pasien dan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus*. *Jurnal Kesehatan*, volume VII, Nomor 2, Agustus 2016, hal 329-338. Brunner & Suddarth., 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 8*. Buku Kedokteran: EGC., hal 1220.
5. Dinas Kesehatan Kota Provinsi SULTRA. 2018. Data Profil 2016-2018
6. Dinas Kesehatan Provinsi SULTRA. 2017. Data Profil 2017
7. Dr. Siswanto, S. AP., M. M., 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Bursa Ilmu. Yogyakarta. Hal 231-236.
8. Kusuma Hardhi & Nurarif Huda Amin. 2015. *Nanda Nic-Noc Aplikasi Jilid 1*. Jogjakarta: Mediacion
9. Kusuma Henni dan Hidayati Wahyu, 2014. *Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di persedia salatiga*. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 1, Nomor 2, November 2014; 132-
10. Meidikayanti Wulan., 2017. *Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Pademawu*. *Jurnal Berkala Epidemiolog*, Volume 5, Nomor 2, Mei 2017, Hal 240-252
11. Mubarak, W. I., 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Salemba Medika. Jakarta
12. Novia Ratnawati., 2016. *Skripsi Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta*
13. Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
14. Priyoto. 2014. *Teori Sikap & Perilaku dalam Kesehatan Dilengkapi Contoh Kuesioner*. Yogyakarta: Nuhu Medika.
15. Rembang Paskalini Vini, dkk., 2017. *Hubungan dukungan sosial dan motivasi dengan perawatan mandiri pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Poliklinik penyakit dalam RSUD Mokopido Toli-Toli*. e-Journal (e-kp) volume 5 Nomor 1, february 2017. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan RI. 2013.
16. Robbins L Stanley, Dkk., 2013. *Buku Ajar Patologi Edisi 7*. Jakarta. Buku Kedokteran: EGC., hal 718-734
17. Sahputra Noval, 2014. *Skripsi Pengaruh Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Obat Antidiabetes Oral di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh*. file:///E:/DOCUMENT%20KAMPUS/SEMESTER%208/kuesioner/Appendix.pdf [diakses 1 Juni 2019]
18. Sugiyono., 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Penerbit IKAPI.
19. Tamara Ervy, dkk, 2014. *Hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe II di rsud arifin achmad provinsi riau* *JOM PSIK* Vol.1 No.2 Oktober 2014. file:///E:/DOCUMENT%20KAMPUS/SEMESTER%208/JURNAL%20OKE/DUK.KEL.pdf diakses 3 Mei 2019]

20. Yolanda Bertha dan Anggi Pratiwi., 2017. *Hubungan motivasi dengan self efficacy pada pasien dengan diabetes mellitus (DM) di Rumah Sakit Umum Daerah Prabumulih tahun 2017*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia* Vol1, No2, 2018
- Yusra Aini., 2011. *Skripsi Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawa*



## **KESEHATAN DAN OBAT-OBATAN**



**UJI AKTIVITAS ANTIBAKTERI MINUMAN TRADISIONAL PONGASI  
TERHADAP *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus***  
***ANTIBACTERIAL ACTIVITY TESTING OF PONGASI AGAINST *Escherichia coli* and  
*Staphylococcus aureus****

**Angriani Fusvita<sup>1</sup>; Nuramalia Ramadhani<sup>2</sup>; Sri Aprilianti Idris<sup>3</sup>, Susanti<sup>4</sup>**  
Program studi Diploma Analisis Kesehatan Politeknik Bina Husada Kendari  
Jl. Sorumba No. 17 Kendari – Sulawesi Tenggara <sup>1234</sup>  
<sup>1</sup>Email : angrianif@gmail.com

**ABSTRAK**

Pongasi adalah minuman fermentasi dengan kandungan alkohol yang terbuat dari beras yang diberi ragi. Alkohol memiliki kemampuan untuk mendenaturasi protein dan merusak dinding sel dengan cara melarutkan lipid yang terdapat pada dinding sel bakteri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya aktivitas antibakteri minuman pongasi terhadap *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Jenis penelitian ini adalah eksperimen dengan pengambilan sampel minuman pongasi dari industri rumah tangga. Penelitian dilakukan dengan analisa senyawa aktif menggunakan teknik Gas chromatography–mass spectrometry (GCMS) dan uji aktivitas antibakteri minuman pongasi terhadap *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus* dengan metode sumuran. Hasil analisa dengan GCMS ditemukan beberapa senyawa alkohol antara lain 1-metoksi, 2-propanol, isopropyl alkohol dan 2-metoksi etanol. Hasil uji aktivitas antibakteri minuman Pongasi terhadap *Escherichia coli* ATCC 35218 diperoleh zona hambat tertinggi pada fermentasi hari keempat sebesar 1,216 mm sedangkan pada *Staphylococcus aureus* ATCC 25023 diperoleh zona hambat tertinggi pada fermentasi hari keempat sebesar 3,116 mm.

**Kata Kunci: Pongasi, Alkohol, Aktivitas Antibakteri, Tolaki**

**ABSTRACT**

*Pongasi is a fermented beverage with an alcohol content made from rice that is given yeast. Alcohol has the ability to denature proteins and damage cell walls by dissolving lipids found in bacterial cell walls. This study aims to determine the antibacterial activity of pongation drinks against *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus*. This type of research is an experiment with sampling drinks from household industries. The study was conducted by analyzing active compounds using the Gas Chromatography-Mass Spectrometry (GCMS) technique and testing the antibacterial activity of pongasi drinks against *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus* by the wells method. The results of the analysis with GCMS found several alcohol compounds including 1-methoxy, 2-propanol, isopropyl alcohol and 2-methoxy ethanol. The test results of pongasi drink antibacterial activity against *Escherichia coli* ATCC 35218 obtained the highest inhibitory zone on the fourth day fermentation of 1.216 mm while the *Staphylococcus aureus* ATCC 25023 obtained the highest inhibitory zone on the fourth day fermentation of 3.116 mm*

**Keywords: Pongasi, Alcohol, Antibacterial Activity, Tolaki**

**PENDAHULUAN**

*Pongasi* merupakan minuman khas Sulawesi Tenggara terutama di wilayah Kabupaten Konawe. *Pongasi* adalah minuman yang dikenal dengan kandungan alkohol yang cukup tinggi dan bisa memberi efek memabukkan. Pandangan masyarakat Kabupaten Konawe meyakini bahwa tradisi minum *pongasi* yang dilakukan saat pesta pernikahan atau pada momen-momen khusus bukan kebiasaan yang buruk karena sudah menjadi tradisi dan budaya di daerah tersebut dan beranggapan wajib dilestarikan<sup>1</sup>.

*Pongasi* berasal dari beras yang dimasak kemudian diberi ragi untuk membantu fermentasi yang diperam selama empat sampai lima hari hingga beras mengeluarkan air (*Wulele Pongasi*). Air *Pongasi* difermentasi lagi hingga menghasilkan alkohol. Alkohol berfungsi sebagai *desinfektan* dengan cara melarutkan lipid pada membran sel mikroorganisme dan juga mendenaturasi protein yang dimiliki mikroorganisme tersebut, dimana alkohol dapat menghambat pertumbuhan bakteri atau mematikan bakteri yang bersifat patogen<sup>2</sup>. Penelitian sebelumnya yaitu aktivitas antimikroba *sopi* terhadap bakteri patogen *Salmonella typhimurnium* dan *Salmonella enteritidis* didapatkan hasil bahwa minuman beralkohol *sopi* mampu menghambat bakteri patogen<sup>3</sup>.

Bakteri-bakteri patogen diantaranya *Salmonella spp*, *Clostridium botulium*, *Vibrio para haemolyticus*, *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Hasil penelitian ditemukan 3749 kasus penyakit dari makanan yang

disebabkan oleh bakteri patogen terutama *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Kedua jenis bakteri ini dapat menghasilkan racun yang mencemari makanan dapat menyebabkan infeksi dan keracunan pada manusia <sup>4</sup>. Berdasarkan latar belakang peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang uji aktivitas antibakteri minuman pongasi khas Sulawesi Tenggara terhadap bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah eksperimen, yaitu minuman *pongasi* khas Suku Tolaki yang diperoleh dari fermentasi hari ke 2, 3 dan 4 di salah satu industri rumah tangga. Minuman Pongasi dilakukan pengujian kandungan senyawa aktif dan Aktivitas daya hambat terhadap bakteri *E.coli* dan *S.aureus*.

Alat yang digunakan pada penelitian ini diantaranya *autoclave*, batang pengaduk, batang drigalski, cawan petri, erlenmeyer, gelas kimia, gelas ukur, GCMS, jangka sorong, karet pengisap, lampu, silinder cup, spritus, labu ukur, *laminar air flow*, oven, ose bulat, pH meter, pinset, sendok tanduk, timbangan analitik. Bahan yang digunakan pada penelitian ini ialah alkohol 70%, aquadest, biakan *E.coli* ATCC 35218, biakan *S.aureus* ATCC 25023, NaCl 0,9%, H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> 1%, BaCl<sub>2</sub> 1%. *pongasi*, media MHA (Mueller Hinton Agar). Desain penelitian yang digunakan adalah menguji aktivitas antibakteri minuman pongasi fermentasi hari ke II, hari ke III, dan hari ke IV menggunakan bakteri *E.coli* dan *S.aureus* dengan metode sumuran atau *punched holes* dan uji senyawa aktif dengan teknik GCMS.

Prosedur Uji Aktivitas Antibakteri Minuman Pongasi Khas Sulawesi Tenggara Terhadap *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. Massa sel diresuspensi dalam larutan pengencer sehingga diperoleh larutan dengan kekeruhan setara dengan larutan standar McFarland 0.5. Larutan standar McFarland 0.5 diasumsikan setara dengan populasi kultur 1,5 x 10<sup>8</sup> CFU/mL Kemudian diuji ke dalam media MHA dengan metode sumuran. Setelah diberi label dimasukkan sampel sebanyak 80 µL kedalam lubang sumuran pada masing-masing lama fermentasi, perlakuan ini diulang sebanyak tiga kali. Diinkubasi selama 2x24 jam pada suhu 37°C. Setelah diinkubasi, zona hambat yang terbentuk diamati dan diukur <sup>5</sup>.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

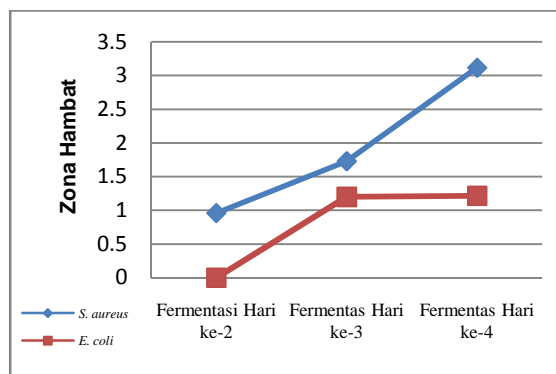
Bersadarkan uji aktivitas antibakteri minuman *Pongasi* khas Sulawesi Tenggara terhadap *E. coli* dan *S. aureus* dan analisa senyawa aktif diperoleh hasil sebagai berikut.

**Tabel 1**  
**Hasil pengukuran diameter zona hambat minuan *Pongasi* terhadap *E. coli* dan *S. aureus***

Pongasi Fermentasi (Hari ke-)	Zona Hambat Bakteri Uji							Rata-rata (mm)
	<i>E. coli</i> (ATCC 35218)			Rata-rata (mm)	<i>S. aureus</i> (ATCC 25023)			
	I	II	III		I	II	III	
2	0	0	0	0	0,75	0	2,15	0,96
3	1,3	1,8	0,5	1,2	2,17 5	1,77 5	1,425	1,729
4	1,27 5	1,75	0,625	1,216	4,55	2,32 5	2,475	3,116
Amoksilin (100 ppm)	0,425 mm				9,645 mm			
akuades	0 mm				0 mm			

Berdasarkan data pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa uji aktivitas antibakteri yang dilakukan menggunakan minuman *Pongasi* dengan metode sumuran terhadap *E. coli* dan *S. aureus* memperoleh hasil yang bervariasi dilihat dari lama fermentasi yaitu fermentasi hari ke-2, ke -3 dan ke-4. Hasil tersebut memberikan pengaruh terhadap pertumbuhan *E. coli* dan *S. aureus*, yang ditandai dengan terbentuknya zona hambat disekeliling sumuran.

Zona hambat yang terbentuk pada uji aktivitas antibakteri minuman *Pongasi* terhadap *S. aureus* pada fermentasi hari ke-2 sebesar 0,96 mm, fermentasi hari ke-3 sebesar 1,729 mm dan fermentasi hari ke-4 sebesar 3,116 mm. Sedangkan pada bakteri *E. coli* zona hambat yang terbentuk pada fermentasi hari ke-2 tidak terdapat zona hambat, fermentasi hari ke-3 sebesar 1,2 mm dan fermentasi hari ke-4 sebesar 1,216 mm. Perbandingan zona hambat dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Zona hambat minuman Pongasi terhadap *E. coli* dan *S. aureus*

Zona hambat yang paling besar terbentuk pada fermentasi hari ke-4, sehingga menunjukkan bahwa semakin lama fermentasi semakin besar zona hambat yang terbentuk seperti yang tertera pada Gambar 2.



Gambar 2. Zona hambat minuman pongasi fermentasi hari ke-2, ke-3, dan ke-4 terhadap a) *S. aureus* b) *E. coli*.

Tabel 2  
Senyawa Aktif dalam Minuman Pongasi dari Hasil Analisa GCMS

RT	Nama Senyawa	Formula Molekul	Area %	Aktivitas Biologi
0.53	1-methoxy, 2-Propanol	C <sub>4</sub> H <sub>10</sub> O <sub>2</sub>	0.06	Antibacterial <sup>6</sup>
0.53	Isopropyl Alkohol	C <sub>3</sub> H <sub>8</sub> O	0.02	Antibacterial <sup>6,7</sup>
0.61	2-methoxy, Ethanol	C <sub>3</sub> H <sub>8</sub> O <sub>2</sub>	0.04	Antibacterial <sup>6,8,9</sup>

Hasil penelitian yang diperoleh bahwa minuman Pongasi dapat menghambat pertumbuhan bakteri *E. coli* dan *S. aureus* dan bersifat antibakteri. Pongasi merupakan minuman dari fermentasi beras dan ragi, dalam proses fermentasi mikroba atau kamir dalam ragi mengubah karbohidrat menjadi etanol dan CO<sub>2</sub>. Berdasarkan analisa senyawa aktif dengan teknik GCMS diperoleh senyawa alkohol 1-metoksi,2-propanol, isopropyl alkohol dan 2-metoksi etanol yang disajikan pada Tabel 2.

Senyawa 1-metoksi,2-propanol dan 2-metoksi,2-propanol pernah di temukan pada kerang dan keju susu kambing. Batas ambang kandungan senyawa pada produk konsumen adalah 0,5 %<sup>10</sup>. Penelitian yang telah dilakukan untuk mengetahui efek 2-Methoxy, Ethanol (2-ME) pada pekerja pabrik yang terpapar disimpulkan bahwa senyawa tersebut tidak bersifat hepatotoksin<sup>11</sup>.

Zona hambat yang dibentuk oleh minuman Pongasi disebabkan oleh zat aktif yang terkandung dalam minuman Pongasi seperti 1-metoksi,2-propanol, isopropyl alkohol dan 2-metoksi etanol. Menurut Marlina pada tahun 2013 Alkohol efektif membunuh bakteri Gram positif dan Gram negative<sup>12</sup>. Alkohol memiliki kemampuan untuk mendenaturasi protein dan merusak dinding sel dengan cara melarutkan lipid yang terdapat pada dinding sel bakteri, dinding sel bakteri tersusun dari peptidoglikan atau mukopeptida, lipopolisakarida dan lipoprotein<sup>13</sup>. Ketiga senyawa alkohol ini merupakan salah satu bahan yang digunakan dalam pembuatan Handsanitizer karena dapat membunuh kuman dalam waktu yang relatif cepat<sup>6</sup>. Isopropil alkohol dapat menghambat bakteri dan jamur lebih baik dibandingkan dengan etanol<sup>7</sup>.

Aktivitas daya hambat minuman Pongasi fermentasi hari ke-2, ke-3 dan ke-3 lebih kuat pada bakteri *S. aureus* dibandingkan dengan bakteri *E. coli*. Hal ini sesuai dengan pernyataan, bahwa bakteri gram positif memiliki peptidoglikan pada dinding sel lebih tebal sehingga membentuk struktur yang kaku. Struktur dinding sel *S. aureus* relatif lebih sederhana sehingga memudahkan senyawa antibakteri masuk kedalam sel

<sup>14,15</sup>. Kelompok bakteri gram negatif mempunyai sifat kurang rentan terhadap beberapa antibiotik, hal ini disebabkan dinding sel bakteri gram negatif relatif lebih kompleks dan berlapis tiga dimana lapisan luar berupa lipoprotein, lapisan tengah berupa lipopolisakarida dan lapisan dalam berupa peptidoglikan. Pada pengujian ini menunjukkan bahwa minuman *Pongasi* khas Suku Tolaki dari fermentasi hari ke-2 sampai hari ke-4 dapat menghambat pertumbuhan *S. aureus*, sedangkan *E. coli* hanya dapat dihambat pada fermentasi hari ke-3 dan hari ke-4. Hal tersebut menunjukkan bahwa minuman *pongasi* bersifat antibakteri.

Minuman *Pongasi* memiliki aktivitas daya hambat yang lemah yaitu 3,116 mm terhadap *S. aureus* dan 1,216 mm terhadap *E. coli*. Jika dikaitkan dengan ketentuan kriteria aktivitas daya hambat yang di kemukakan sebelumnya zona hambat yang terbentuk >20 mm dianggap memiliki aktivitas daya hambat sangat kuat, 11-20 mm dinyatakan memiliki aktivitas daya hambat kuat, 6-10 dinyatakan memiliki aktivitas daya hambat yang sedang dan <5 mm dinyatakan memiliki aktivitas daya hambat lemah <sup>16</sup>.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa minuman *pongasi* fermentasi hari ke-2, ke-3, dan ke-4 dapat menghambat pertumbuhan bakteri *S.aureus* sedangkan bakteri *E. coli* hanya dapat dihambat pada minuman *pongasi* fermentasi hari ke-3, dan ke-4. Sebaiknya untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan uji *Liquid chromatography mass spectrometry* (LCMS) terhadap minuman *pongasi* dan menggunakan bakteri uji lain untuk mengamati aktivitas daya hambatnya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Syamsumarlin. Perempuan dan Pemberdayaan Ekonomi Keluarga melalui Pembuatan *Pongasi* di Desa Wengguduku Kabupaten Konawe. *Jurnal Kesehatan dan Keadilan Gender* 2012; 7 : 132–150.
2. Susatyo JH. Perbedaan Pengaruh Pengolesan dan Perendaman Alkohol 70% Terhadap Penurunan Angka Hitung Kuman pada Alat Kedokteran Gigi. *Jurnal Vokasi Kesehatan* 2016; 2(1): 160–164.
3. Detha A, dan Datta FU. Aktivitas Antimikroba Sopi terhadap Bakteri Patogen *Salmonella Typhimurium* dan *Salmonella Enteritidis*. *Jurnal Kajian Veteriner* 2015; 3(1): 17–21.
4. Li K, Guan G, Zhu J, Wu H, dan Sun Q. Antibacterial activity and mechanism of a laccase-catalyzed chitosan-gallic acid derivative against *Escherichia coli* and *Staphylococcus aureus*. *Food Control* 2019; 96: 234–243. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2018.09.021>.
5. [CLSI] Clinical and Laboratory Standards Institute. Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically; approved standard ninth edition 2012; 32(2):52.
6. Asngad A, Bagas AR, dan Nopitasari. Kuliatis Gel Pembersih Tangan (*Handsanitizer*) dari Ekstrak Batang Pisang dengan Penambahan Alkohol, Triklosan dan Gliserin yang Berbeda Dosisnya. *Biokesperimen* 2018; 4(2): 61-70.
7. Thaddeuse NI, Francis EC, Jane OO, Obumneme AC, Okechukwu EC. Effects of Some Common Additives On The Antimicrobial Activities of Alcohol-Based Handsanitizers:(2018). 11(3), 222-226
8. Roslizawaty, Ramadhani NY, Fakhrurrazi dan Herrialfian. Aktivitas Antibakterial Ekstrak Etanol dan Rebusan Sarang Semut (*Myrmecodia sp.*) Terhadap Bakteri *Escherichia coli*. *J. Medika Veterinarai* 2013; 7(2): 91-94.
9. Mambang DEP dan Rezi J. Efektivitas Antibakteri Ekstrak Etanol Daun Nangka (*Artocarpus heterophyllus L*) Terhadap Pertumbuhan Bakteri *Staphylococcus aureus*. *Jurnal Agroteknosains* 2018; 2(1): 178-187.
10. [EHC] Enviromen Canada Health Canada. Sreening Assasment for the Challenge 1-Propanol, 2- methoxy-(2-Methoxypropanol) 2009: Canada.
11. Loh SH, Shin TS, Hsien AT, Chen YH, Liao GD, Liou SH. Hepatic Effects in Workers Exposed to 2-Methoxy Ethanol. *JOEM* 2004; 46(7): 707-713.
12. Marlina Y, Khotimah S, dan Diba F. Aktivitas Antibakteri Kulit *Garcinia mangostana* Linn. terhadap Pertumbuhan *Flavobacterium* dan *Enterobacter* dari *Coptotermes curvoignathus Holmgren*. *Jurnal Protobiont* 2013; 2(1): 7–11.
13. Rahmawati F dan Bintari SH. Studi Aktivitas Antibakteri Sari Daun Binahong (*Anrdera cordifolia*) Terhadap Pertumbuhan *Bacillus cereus* dan *Salmonella enteritidis*. *Unnes Journal of Life Science* 2014; 3(2): 103-111
14. Pelczar MJ, ECS Chan. Dasar-dasar mikrobiologi. Jakarta: Universitas Indonesia; 2006.
15. Jawetz E, JL Melnick dan E Adelberg. Mikrobiologi Kedokteran. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran; 2008.
16. Susanto D, Sudrajat R, dan Ruga. Studi Kandungan Bahan Aktif Tumbuhan Meranti Merah (*Shorea Leprosula Mi*) Sebagai Sumber Senyawa Antibakteri. *Mulawarmnan Scientifie* 2012; 11(2): 181–190.

**SOSIALISASI DAGUSIBU (DAPATKAN, GUNAKAN, SIMPAN, BUANG) OBAT  
DENGAN BENAR PADA GURU DAN PELAJAR SMPN 1 SAMPARA**

**DAGUSIBU SOCIALIZATION (GET, USE, SAVE, DISPOSE) MEDICINE CORRECTLY  
TO TEACHERS AND STUDENTS OF SMPN 1 SAMPARA**

**Dewo Diha<sup>1</sup>, Nirwani Anwar<sup>2</sup>, Parawansah<sup>3</sup>, I Putu Sudayasa<sup>4</sup>**  
Program Studi Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Halu Oleo<sup>1-2</sup>  
Fakultas Kedokteran, Universitas Halu Oleo<sup>3-4</sup>

**ABSTRAK**

Berbagai masalah kesehatan, khususnya terkait obat masih sangat banyak ditemui di masyarakat. Berbagai macam permasalahan terkait obat ditemui dikarenakan kurangnya paham masyarakat tentang penggunaan dan penanganan obat dengan baik dan benar. Upaya peningkatan kesehatan bagi masyarakat sangat penting. Hal ini diperkuat dengan dicanangkannya program DAGUSIBU (Dapatkan, Gunakan, Simpan dan Buang Obat dengan benar) oleh Ikatan Apoteker Indonesia agar masyarakat mampu memahami dan dapat melaksanakannya dalam upaya peningkatan kesehatan di lingkungan rumah dan sekolah. Tujuan dari kegiatan ini adalah memberikan sosialisasi, informasi, edukasi dan penyuluhan di lingkungan kesehatan. Berdasarkan informasi yang diperoleh, guru dan siswa SMPN 1 Sampara belum pernah mendapatkan informasi tentang DAGUSIBU sehingga perlu dilakukan sosialisasi tentang DAGUSIBU. Adanya kegiatan ini diharapkan para guru dan siswa SMPN 1 Sampara dapat membagikan informasi tentang penggunaan dan penanganan obat yang benar kepada anggota keluarganya serta siswa siswi SMPN 1 Sampara. Metode yang digunakan dalam kegiatan ini adalah pengenalan masalah, pelaksanaan sosialisasi DAGUSIBU dengan cara penyuluhan dan diskusi interaktif. Kegiatan sosialisasi tentang DAGUSIBU berjalan dengan lancar. Para peserta yang hadir sangat antusias dalam mendengarkan penjelasan dan aktif bertanya terkait penggunaan obat dan penanganannya. Hal ini dapat menunjang terwujudnya program pemerintah dalam peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Sosialisasi ini meningkatkan pemahaman peserta tentang pengelolaan obat dengan benar, diharapkan peserta dapat menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh dalam lingkungan keluarga dan masyarakat

**Kata kunci** : DAGUSIBU, obat dan sosialisasi

**ABSTRACT**

*Various health problems, especially related to drugs are still many found in the Society. Various problems related to drugs can be caused by minimum public of understanding about the use and handling of drugs good and correctly. Efforts to improve health for the community are very important. This is reinforced by the launching of DAGUSIBU (Get, Use, Store and Dispose of Medicines properly) by the Indonesian Pharmacists Association so that the community is able to understand and be able to implement it in efforts to improve health in the home and school environment. The purpose of this activity is to provide socialization, information, education and health education. Based on the information obtained, teachers and students of SMPN 1 Sampara have never received information about DAGUSIBU, so it is necessary to conduct socialization about DAGUSIBU. The existence of this activity is expected that the teachers and the student of SMPN 1 Sampara can share information about the correct use and handling of medicines to their family members as well as students of kendaro SMPN 1 Sampara. The method used in this activity is the introduction of problems, the implementation of DAGUSIBU outreach through counseling and interactive discussion. The socialization activities on DAGUSIBU ran smoothly. The participants who were present were very enthusiastic in listening to explanations and actively asking questions related to drug use and treatment. This can support the realization of government programs in improving health services for the community. This socialization increases participants' understanding of drug management properly, it is hoped that participants can apply the knowledge they have acquired in the family and community environment*

**Keywords:** DAGUSIBU, medicine and socialization

## PENDAHULUAN

Selama dewasa ini banyak kasus-kasus di masyarakat mengenai penyalahgunaan obat. Baik itu obat yang sudah diresepkan dari dokter karena sakit, maupun obat yang masyarakat dapatkan atas inisiatif mereka sendiri. Kasus-kasus tersebut diantaranya mulai dari keracunan, overdosis, hingga menyebabkan kematian. Mereka menganggap diri mereka tahu cara menggunakan obat dari awal sejak mereka dapatkan hingga akhir. Kurangnya keingintahuan masyarakat mengenai hal ini sangatlah berbahaya. Mereka tidak boleh menganggap remeh mengenai tata cara pengelolaan obat. Mulaidari awal mereka mendapatkan resep dari dokter, hingga cara membuangnya jikasudah tidak bisa dipakai lagi. Padahal jika sedikit kita salah melakukan pengelolaan obat, maka akan sangat berakibat fatal bagi diri kita sendiri atau si konsumen obat. Selain itu dampak dari kesalahan pengelolaan obat akan tampak dilingkungan. Pencemaran lingkungan karena pembuangan obat yang sembarangan akan terjadi dan menyebabkan terganggunya keseimbangan ekosistem di sekitar. Hal ini pada akhirnya juga menyebabkan kerugian bagi manusia sendiri. Salah satu cara pengelolaan obat yang baik dan benar adalah DAGUSIBU. Cara ini menjelaskan tata cara pengelolaan obat dari awal mereka dapatkan hingga saat obat sudah tidak dikonsumsi lagi dan akhirnya dibuang (Prabandari dan Rizki, 2017).

DAGUSIBU (Dapatkan, Gunakan, Simpan, Buang) adalah Program Gerakan Keluarga Sadar Obat yang diprakarsai oleh Ikatan Apoteker Indonesia dalam mencapai pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap penggunaan obat dengan benar. DAGUSIBU merupakan salah satu upaya peningkatan kesehatan bagi masyarakat yang diselenggarakan melalui kegiatan pelayanan kesehatan oleh tenaga kefarmasian. Hal tersebut sesuai dengan yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian pada Bab I Pasal 1 yang menyatakan bahwa pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kesehatan yang dapat diberikan tenaga kefarmasian kepada masyarakat antara lain dengan melakukan kegiatan pemberian informasi tentang penggunaan dan penyimpanan sediaan farmasi dan alat kesehatan. Setiap warga negara berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik termasuk informasi tentang penanganan obat yang benar. Hal tersebut sesuai dengan yang tercantum dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang mana telah ditetapkan upaya kesehatan sebagai kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat dan salah satu kegiatan upaya kesehatan adalah pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan.

Saat ini, masyarakat masih sering salah dalam hal mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat dengan benar. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya hal yang tidak diinginkan dalam pengobatan seperti obat yang tidak bisa berfungsi optimal, obat yang salah cara penggunaannya, obat yang tidak disimpan secara benar dan pembuangan obat secara sembarangan. Hal yang tidak diinginkan tersebut tentu saja dapat merugikan bagi masyarakat saat menggunakan obat (Purwidyaningrum dkk., 2019).

Salah satu cara pengolahan obat yang baik dan benar adalah DAGUSIBU, cara ini menjelaskan tatacara pengolahan obat dari awal mereka dapatkan hingga saat obat sudah tidak dikonsumsi lagi dan akhirnya dibuang. Pengetahuan adalah suatu proses mengingat dan mengenal kembali objek yang telah dipelajari melalui panca indra pada suatu bidang tertentu secara baik. Pengetahuan dalam penggunaan obat DAGUSIBU merupakan hal yang terpenting karena pengetahuan merupakan salah satu cara agar dapat menggunakan obat, menyimpan, mendapatkan, dan membuang obat sesuai dengan konsep DAGUSIBU. Kategori pengetahuan meliputi kemampuan untuk mengatakan kembali dari ingatan hal-hal khusus dan umum, metode dan proses atau mengingat suatu pola, susunan, gejala atau peristiwa (Puspasari dkk., 2018).

Obat adalah senyawa kimia yang sangat kuat. di samping manfaat yang besar, obat berpotensi untuk mendatangkan malapetaka. Oleh karena itu semakin lengkap pengetahuan tentang obat dan bagaimana cara menggunakannya secara tepat dan aman, maka kita akan lebih banyak memetik manfaatnya. Sebetulnya banyak penyakit dan cedera jenis ringan yang dapat dirawat di rumah dengan obat-obatan yang dibeli tanpa resep dokter (Budiman dan Sunan, 2014).



Keterbatasan pengetahuan masyarakat tentang obat dan penggunaannya merupakan penyebab terjadinya kesalahan pengobatan dalam swamedikasi. Keterbatasan tersebut dapat menyebabkan rentannya masyarakat terhadap informasi komersial obat, sehingga memungkinkan terjadinya pengobatan yang tidak rasional jika tidak diimbangi dengan pemberian informasi yang benar (Ma'sum dkk., 2016).

Berbagai permasalahan penyalahgunaan obat dikarenakan masyarakat kurang paham tentang penggunaan dan penanganan obat dengan benar. Salah satu cara pengelolaan obat yang baik dan benar adalah dengan menerapkan program DAGUSIBU. Cara ini menjelaskan tata cara pengelolaan obat dari awal mendapatkan obat hingga saat obat sudah tidak dikonsumsi lagi dan akhirnya dibuang. Dengan berbagai pertimbangan di atas maka masyarakat perlu tahu akan pentingnya pengelolaan obat mulai dari mereka mendapatkan resep hingga membuangnya jika tidak diperlukan. Dengan demikian, dampak dari kesalahan penyalahgunaan obat oleh masyarakat dapat dicegah. Adanya berbagai masalah tersebut maka diperlukan keikutsertaan tenaga kefarmasian dalam mewujudkan kesehatan masyarakat dengan ambil bagian dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan.

Dagusibu adalah langkah penanganan obat sebagai singkatan dari Dapatkan, Gunakan, Simpan, dan Buang. Jadi sebagai konsumen, kita harus dapat mengetahui cara mendapatkan, menggunakan, menyimpan, dan membuang obat-obatan yang kita miliki. Tidak semua masyarakat mengetahui dan memahami cara penanganan obat ini, maka informasi tentang hal ini menjadi penting untuk disebarluaskan ke masyarakat (Yati dkk., 2018).

Salah satu upaya masyarakat dalam menjaga kesehatannya adalah dengan penggunaan obat. Obat dapat digunakan untuk beberapa tujuan yaitu untuk penetapan diagnosa, pencegahan dan penyembuhan penyakit, pemulihan, serta peningkatan kesehatan. Obat harus memiliki izin edar yaitu bentuk persetujuan registrasi obat untuk dapat diedarkan di wilayah Indonesia. Berdasarkan data Risesdas (2013) masyarakat Indonesia melakukan penyimpanan obat untuk pengobatan sendiri di Rumah sebesar 35,2% dengan menyimpan obat rata-rata 3 macam sediaan obat. Proporsi penyimpanan obat adalah obat keras 35,7% dan antibiotika 27,8%. Tingginya kebutuhan obat di masyarakat memunculkan pihak tak bertanggungjawab yang memanfaatkan kesempatan dengan menyalahi ketentuan tersebut, sehingga memicu maraknya peredaran obat palsu. Masyarakat Indonesia masih mengkonsumsi produk-produk palsu yang dapat membahayakan bagi kesehatan mereka, yaitu kosmetika, makanan dan minuman, dan obat-obatan (farmasi) sebesar 3,80% (Mardanugraha, dkk, 2014).

dalam pengelolaan obat di rumah masih banyak masyarakat yang belum mengerti bagaimana cara menyimpan dan membuang obat. Masyarakat menyimpan obat sirup di kulkas dengan harapan obatnya menjadi awet padahal penyimpanan ini tidak tepat. Tujuan dari kegiatan ini adalah setelah mengikuti kegiatan ini diharapkan masyarakat mengetahui macam-macam obat yang ada di pasaran, macam-macam bentuk sediaan obat, cara penggunaan obat, cara menyimpan dan membuang obat yang sudah tidak dipakai (Lutfiyati dkk., 2017).

## **METODE PELAKSANAAN KEGIATAN**

Metode yang digunakan dalam kegiatan pengabdian masyarakat ini yaitu :

### **1. Sosialisasi DAGUSIBU dengan cara penyuluhan Kegiatan sosialisasi**

DAGUSIBU dilaksanakan setelah semua perijinan dan peralatan disiapkan. Kegiatan dilaksanakan di SMPN 1 Sampara. Pelaksanaan penyuluhan dilakukan oleh ketua dan anggota pelaksana pengabdian dengan menjelaskan tentang penggunaan dan penanganan obat yang benar. Penyuluhan dilakukan dengan media bantu Power Point, sehingga peserta dapat mengetahui dengan jelas perbedaan jenis-jenis obat yang beredar di masyarakat. Materi yang disampaikan meliputi:

- DAGUSIBU (DAPatkan, GUNakan, SIMpan, BUang) obat dengan baik dan benar,
- Penggolongan obat,

### **2. Diskusi dan tanya jawab**

pada sesi diskusi dan tanya jawab, peserta dipersilakan bertanya berbagai hal terkait materi yang disampaikan ataupun permasalahan tentang penggunaan dan penanganan obat yang sedang dialami atau yang pernah dialami.

## HASIL DAN DISKUSI

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan tersebut antara lain dapat dilakukan dengan memberikan informasi tentang penggunaan dan penanganan obat yang benar melalui sosialisasi dengan cara penyuluhan tentang DAGUSIBU. Peningkatan pelayanan kesehatan dapat diberikan pada seluruh lapisan masyarakat antara lain pada guru dan siswa SMP Negeri 1 Sampara.



**Gambar 1. Foto bersama peserta sosialisasi SMP Negeri 1 Sampara**

Program pengabdian kepada masyarakat ini dimulai dengan koordinasi antara mahasiswa KKN Tematik Fakultas Kedokteran UHO dengan Kepala Sekolah SMP Negeri 1 Sampara. pada saat koordinasi dilakukan pembahasan tentang topik permasalahan dan usulan penyelesaiannya, sehingga diputuskan untuk melakukan kegiatan sosialisasi DAGUSIBU. Sosialisasi DAGUSIBU dengan cara penyuluhan tentang penggunaan dan penanganan obat yang benar DAGUSIBU (Dapatkan, GUNakan, SIMpan, BUang) bagi guru dan Siswa SMP Negeri 1 Sampara telah dilaksanakan pada hari Jumat, 16 Agustus 2019. Kegiatan dilaksanakan di kelas pada saat Jumat bersih. Kegiatan dimulai dengan pembukaan dan sambutan oleh guru SMPN 1 Sampara yang menjelaskan tujuan diadakannya kegiatan sosialisasi DAGUSIBU. Total peserta yang hadir yaitu 100 orang Siswa dan Siswi SMP Negeri 1 Sampara.

Kegiatan sosialisasi diawali dengan penjelasan tentang arti dari singkatan DAGUSIBU, tempat membeli obat yang aman yaitu pada fasilitas kefarmasian (apotek, rumah sakit, puskesmas, klinik utama, toko obat) serta penggolongan obat. Penggolongan obat dibagi menjadi empat, yaitu obat bebas, obat bebas terbatas, obat keras, dan obat narkotika. Para peserta ditekankan tentang perbedaan tiap golongan obat tersebut dan bagaimana cara mendapatkannya, wajib atau tidaknya menggunakan resep dokter. pada saat menjelaskan tentang penggolongan obat narkotika lebih ditekankan tentang fungsi obat secara umum dan efek samping berbahaya yang mungkin ditimbulkan apabila mengkonsumsi obat golongan narkotika tidak sesuai dengan aturan pakai. Hal ini yang memungkinkan obat golongan narkotika disalahgunakan yaitu mempunyai potensi menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran dan dapat menimbulkan ketergantungan. Para peserta diharapkan memahami macam-macam penggolongan obat sehingga dapat membedakan setiap jenis obat yang akan dibeli.



**Gambar 2. Pemberian materi pada peserta sosialisasi SMPN 1 Sampara**

Pada saat sosialisasi dijelaskan juga tentang hal-hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penanganan obat, yaitu melakukan pemeriksaan tanggal kadaluarsa obat dan memperhatikan cara penggunaan obat dengan benar. Penjelasan selanjutnya adalah tentang penyimpanan obat dengan benar sesuai dengan petunjuk penyimpanan yang tertera pada kemasan obat. Penyimpanan obat yang tidak memerlukan kondisi khusus sebaiknya disimpan pada kotak obat yang terlindung dari paparan sinar matahari langsung dan tidak terjangkau oleh anak-anak. Materi terakhir yang diberikan yaitu menjelaskan tentang cara membuang obat dengan benar supaya tidak disalahgunakan oleh orang lain. pada saat akan membuang obat terlebih dahulu harus menghilangkan semua label dari wadah obat, untuk obat berbentuk padat harus dihancurkan terlebih dahulu sebelum dibuang, sedangkan untuk obat berbentuk cair dibuang ke dalam saluran air.

Kegiatan sosialisasi dilanjutkan dengan sesi diskusi dan tanya jawab. Para peserta yang hadir dalam sosialisasi DAGUSIBU sangat antusias dalam mendengarkan penjelasan dan aktif bertanya terkait penggunaan obat dan penanganannya. Hal ini diketahui dari respon peserta dalam menanggapi kegiatan ini secara positif dan antusias. Antusiasme peserta terlihat pada saat mendengarkan penjelasan yang diberikan tentang penggunaan dan penanganan obat yang benar. Diberi kesempatan kepada 3 siswa untuk bertanya tentang beberapa hal antara lain terkait pengelolaan obat, penggunaan obat yang sedang dikonsumsinya, efek samping yang ditimbulkan oleh obat yang sedang dikonsumsi.



**Gambar 3. Interaksi aktif peserta yang mengajukan pertanyaan**

Kegiatan sosialisasi DAGUSIBU di akhiri dengan senam DAGUSIBU serta foto bersama siswa-siswi SMP Negeri 1 Sampara. Senam DAGUSIBU ini dilakukan dengan tujuan agar siswa-siswi SMP Negeri 1 Sampara dapat mengetahui gerakan-gerakan dari dagusibu serta dapat juga dijadikan sebagai olahraga kecil untuk merefreshkan tenaga dan pikiran setelah mengikuti proses penerimaan materi tentang DAGUSIBU.

Pada saat awal dilakukan penyuluhan diketahui bahwa tidak semua peserta paham dan mengerti tentang penggunaan dan penanganan obat dengan benar. Setelah pelaksanaan penyuluhan seluruh peserta menjadi mengerti bahwa pembelian obat yang benar adalah di sarana kefarmasian karena terjamin keaslian dan keamanan obatnya. Beberapa peserta yang kurang paham tentang penggunaan obat yang benar terutama untuk bentuk sediaan obat non oral, misalnya penggunaan obat tetes mata dan tetes telinga yang benar, serta posisi badan pada saat pengaplikasian obat setelah dilakukan penyuluhan menjadi lebih mengerti. Beberapa peserta penyuluhan yang pada awalnya kurang paham tentang penyimpanan obat yang benar serta tanda-tanda obat yang telah mengalami kerusakan, serta batas aman penggunaan obat setelah dibuka dari kemasan aslinya setelah pelaksanaan kegiatan menjadi lebih paham. Penyimpanan yang tidak tepat dapat merusak obat. Mayoritas obat sebaiknya disimpan dalam suhu ruang di kotak obat yang tidak dapat dijangkau oleh anak-anak, namun ada sebagian obat yang harus disimpan dalam lemari es untuk menjaga obat tetap berkhasiat. Secara umum obat tidak boleh terpapar sinar matahari langsung, oleh karena itu, obat perlu disimpan di tempat tertutup dan kering. Obat juga harus disimpan di tempat aman, terhindar dari balita agar tidak dimakan sembarangan. Saat menerima obat hendaknya dibaca informasi terkait penggunaan obat dan cara penyimpanan yang tertera di kemasan obat. pada saat membeli obat seharusnya menerima kemasan obat secara lengkap karena semua informasi tentang obat tersebut tercantum dalam kemasan. Sebagian besar peserta telah paham tentang cara pembuangan obat yang telah rusak atau kadaluarsa, yaitu dengan merusak obat dan bungkusnya. Hal ini telah dipahami peserta bahwa obat yang dibuang sembarangan

dapat mencemari lingkungan. Obat dan kemasan yang akan dibuang jika tidak dirusak dapat memungkinkan untuk disalahgunakan oleh orang-orang yang tidak bertanggung jawab.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil pelaksanaan program pengabdian kepada masyarakat dapat disimpulkan bahwa kegiatan sosialisasi DAGUSIBU dengan cara penyuluhan tentang penggunaan dan penanganan obat yang benar berjalan dengan baik dan lancar. Hal ini diketahui dari tingkat kehadiran dan keaktifan para peserta. Total peserta yaitu 100 orang siswa SMP Negeri 1 Sampara. Para peserta yang hadir sangat antusias dalam mendengarkan penjelasan dan aktif bertanya terkait penggunaan obat dan penanganannya. Sosialisasi ini meningkatkan pemahaman peserta tentang pengelolaan obat dengan benar. Hasil dari kegiatan ini adalah diharapkan bagi peserta dapat menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh dalam lingkungan keluarga dan masyarakat. Hal ini dapat mendukung terwujudnya program pemerintah dalam peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Budiman. A, dan Sunan. I. K. S, 2014. Pengobatan Mandiri yang Rasional dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pengetahuan dan Wawasan Kesehatan di Desa Tambak Sari dan Desa Karang Paninggal Kecamatan Tambaksari Kabupaten Ciamis. *Dharmakarya: Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat*. **Vol 3 (2)**
2. Lutfiyati. H., Fitriana. Y., dan Puspita. S. D, 2017. Pemberdayaan Kader PKK dalam Penerapan DAGUSIBU (Dapatkan, Gunakan, Simpan, dan Buang) Obat dengan Baik dan Benar. *University Research Colloquium*. **ISSN 2407-9189**
3. Mardanugraha, Eugenia., Wardhani, S, 2014. Dampak Ekonomi Pemalsuan di Indonesia. Jakarta : Makara Mas. *Holdering Company Universitas Indonesia*.
4. Ma'sum., Yusransyah., dan Sofi. N. S, 2016. Profil Pelayanan Informasi obat (PIO) di Apotek (Studi Kasus di Apotek Pharmicare Pandeglang) Periode Maret-Mei 2015. *Perkolasi*. **Vol 1 (1)**
5. Prabandari. S, dan Rizki. F, 2018. Sosialisasi Pengelolaan Obat DAGUSIBU (Dapatkan, Gunakan, Simpan, Buang) di Kelurahan Pesurungan Kidul Kota Tegal Bersama Ikatan Apoteker Indonesia Tegal. *Pharmacy*. **Vol 3 (1)**
6. Pujiastuti, A dan Monica, K, 2019. Sosialisasi Dagusibu (Dapatkan, Gunakan, Simpan, dan Buang) Obat dengan Benar pada Guru dan Karyawan SMA Theresiana I Semarang. *Indonesian Journal Of Community Service*. **Vol 1 (1)**
7. Purwidyaningrum. I, Jason. M. P., Mardiyono., dan Jamilah. S, 2019. Dagusibu, Pertolongan Pertama pada Kecelakaan di Rumah dan Penggunaan Antibiotik Secara Rasional di Kelurahan Nusukan. *Journal of Dedicators Community UNISNU Jepara*. **Vol 3 (1)**
8. Puspasari. H., Siti. H, dan Dwi. F, 2018. Tingkat Pengetahuan Tentang "DAGUSIBU" Obat Antibiotik pada Masyarakat Desa Sungai Awan Kiri Kecamatan Muara Pawan Kabupaten Ketapang Tahun 2017. *Medical Sains*. **Vol 3 (1)**
9. Sulistyaningsih E, Kori Y, dan Fahjar P, 2019. Sosialisasi Penyuluhan Tentang Dagusibu dan Gema Cermat di Sekolah Dasar Muhammadiyah Jakarta Timur. *Jurnal Solma*. **Vol 8 (1)**
10. Yati. K., Hariyanti., Dwitiyanti., Pramulani. M. L, 2018. Pelatihan Pengelolaan Obat yang Tepat dan Benar di UKS Sekolah Muhammadiyah Wilayah DKI Jakarta. *Jurnal Solma*. **Vol 7 (1)**

# ANALISIS EFEKTIVITAS BIAYA OBAT RISPERIDON-CHLORPROMAZINE DAN HALOPERIDOL- CHLORPROMAZINE PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI SULAWESI TENGGARA

## *COST EFFECTIVENESS ANALYSIS OF RISPERIDON-CHLORPROMAZINE AND HALOPERIDOL-CHLORPROMAZINE IN SCIZOFRENIA PATIENTS IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL OF SOUTHEAST SULAWESI PROVINCE*

Musdalipah<sup>1</sup>, Eny Nurhikma<sup>2</sup>, Reynol Useng<sup>3</sup>

Program Studi DIII Farmasi, Politeknik Bina Husada Kendari<sup>1-2</sup>

Rumah Sakit Bhayangkara Kendari<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Email : [musdalipahapt@gmail.com](mailto:musdalipahapt@gmail.com)

### ABSTRAK

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang memengaruhi fungsi otak manusia, memengaruhi fungsi normal kognitif, memengaruhi emosional dan tingkah laku. di Indonesia terapi skizofrenia menghabiskan biaya pelayanan kesehatan yang besar, sehingga diperlukan peningkatan efisiensi atau penggunaan dana yang rasional. Tujuan penelitian ini ialah untuk menganalisis efektivitas biaya obat risperidon-chlorpromazine dan haloperidol-chlorpromazine pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara periode tahun 2018. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan rancangan cross sectional study. Efektivitas pengobatan dianalisis menggunakan ACER (Average Cost Effectiveness Ratio) yang dihitung berdasarkan rasio biaya dan % outcome klinis obat risperidon-chlorpromazine dan haloperidol-chlorpromazine dan ICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio) dihitung berdasarkan rasio antara selisih biaya dan % outcome klinis pada kedua kelompok terapi. Hasil penelitian menunjukkan efektivitas terapi dan nilai ACER yang diperoleh dari 47 pasien ialah haloperidol-chlorpromazine sebesar 26,92 % (444.614) dan risperidon-chlorpromazine sebesar 23,81 % (486.733). Nilai ICER risperidon-chlorpromazine ialah 112.153,5. Terapi skizofrenia yang paling cost-effective ialah kombinasi haloperidol-chlorpromazine.

**Kata kunci:** efektivitas biaya, ACER, skizofrenia, risperidon, haloperidol, chlorpromazine.

### ABSTRACT

*Schizophrenia is a disorder of psychiatric and condition medical that affect the function of the brain humans, affect the function of normal cognitive, affect emotional and behavior behavior. In Indonesia the therapy of schizophrenia spend the cost of services of health are great, so that the necessary improvement of the efficiency or the use of funds that rational. The purpose of research it is to analyze the effectiveness of the cost of the drug risperidone - chlorpromazine and haloperidol-chlorpromazine in patients with schizophrenia in Southeast Sulawesi province period in 2018. The research is using methods of descriptive with design cross sectional. The effectiveness of the treatment was analyzed using ACER (Average Cost Effectiveness Ratio) which is calculated based on the ratio of costs and % outcome of clinical drug risperidone -chlorpromazine and haloperidol-chlorpromazine and ICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio) is calculated based on the ratio between the difference between the cost and % outcome of clinical in the second group therapy. Results of the study show the effectiveness of the therapy and the value ACER were obtained from 47 patients is haloperidol-chlorpromazine amounted to 26,92 % (444.614) and risperidone -chlorpromazine amounted to 23,81% (486.733). The ICER value of risperidone- chlorpromazine is 112.153,5. The most cost-effective schizophrenia therapy is a combination of haloperidol-chlorpromazine.*

**keyword :** cost effectiveness, ACER, schizophrenia, risperidone, haloperidol, chlorpromazine.

### PENDAHULUAN

Dewasa ini, di berbagai negara khususnya di Indonesia biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat<sup>1</sup>. Salah satu penyakit yang membutuhkan biaya secara terus menerus dan terapi jangka panjang ialah

penyakit kesehatan jiwa. Kesehatan jiwa merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia.

Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 25,97 juta orang atau 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 1.817.900 orang<sup>2</sup>.

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang memengaruhi fungsi otak manusia, memengaruhi fungsi normal kognitif, memengaruhi emosional dan tingkah laku<sup>3</sup>. Masalah skizofrenia juga tidak hanya terbatas dibidang kesehatan, tetapi juga berpengaruh pada bidang ekonomi. di Indonesia diketahui satu episode skizofrenia untuk mendapatkan satu kali perawatan dapat menghabiskan biaya total rata-rata sebesar Rp 1.817.466. di Amerika Serikat, biaya untuk menangani pasien skizofrenia diperkirakan 30 milyar dolar AS setiap tahunnya<sup>4</sup>.

Penatalaksanaan skizofrenia bisa menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi. Sesuai algoritma pengobatan, terapi pilihan pertama pada pengobatan fase akut pasien skizofrenia adalah antipsikotik atipikal (Klozapin, Olanzapin, Risperidon)<sup>5</sup>. Hal ini dikarenakan efek samping yang ditimbulkan oleh obat antipsikotik atipikal minimal<sup>6</sup> sedangkan penggunaan antipsikotik tipikal (Haloperidol, Klorpromazin, Flufenazin) memiliki risiko lebih besar terhadap timbulnya gejala ekstrapiramidal<sup>7</sup> Akan tetapi terapi Haloperidol juga masih banyak digunakan pada pengobatan skizofrenia<sup>8</sup>. Haloperidol adalah antipsikotik golongan tipikal yang dapat menurunkan respon emosi dari pasien skizofrenia. Sedangkan risperidon merupakan antipsikotik yang memiliki efektivitas terhadap gejala positif pada skizofrenia<sup>9</sup>.

Hasil Penelitian menyebutkan bahwa Risperidone dan Olanzapine memiliki efektivitas yang baik dalam memperbaiki gejala negative<sup>10</sup>. Berdasarkan penelitian di RSJ Grhasia, penggunaan terapi kombinasi lebih sering dibandingkan dengan terapi tunggal. Haloperidol dan Chlorpromazin sebagai antipsikotik tipikal mampu menghilangkan gejala positif pada pasien skizofrenia, tetapi kurang efektif dalam menghilangkan gejala negative<sup>11</sup>.

Berbagai Negara salah satunya Indonesia, masalah biaya pelayanan kesehatan sangat dirasakan karena semakin hari semakin meningkat, sehingga sangat diperlukan pemikiran khusus dalam peningkatan penggunaan dana secara rasional. Farmakoekonomi membantu dalam proses memilih pilihan pelayanan kesehatan yang paling ekonomis dan efektif. Salah satu metode farmakoekonomi yang digunakan adalah CEA (*Cost Effectiveness Analycis*) yang digunakan sebagai penentu keputusan dalam memilih program yang tepat untuk pemilihan terapi.

*Cost effectiveness analysis* (CEA) merupakan bentuk analisis ekonomi yang komprehensif, dilakukan dengan mendefinisikan, menilai, dan membandingkan sumber daya yang digunakan (input) dengan konsekuensi dari pelayanan (output) antara dua atau lebih alternatif. Metode ini mengkonversi biaya dan efektivitas dalam bentuk rasio. Terdapat dua bentuk rasio, yaitu rata-rata (ACER/ *Average Cost Effectiveness Ratio*), dan tambahan (ICER/ *Incremental Cost Effectiveness Ratio*)<sup>12</sup>

Rumah Sakit Jiwa Sulawesi Tenggara merupakan Rumah Sakit khusus pasien Jiwa Tipe B. Berdasarkan observasi awal penelitian bahwa jumlah pasien skizofrenia pada tahun 2018 yaitu sebesar 830 pasien untuk pasien Rawat Inap dan 4268 pasien untuk pasien Rawat Jalan, sehingga penulis tertarik untuk meneliti tentang "Analisis Efektivitas Biaya Obat Risperidon-Chlorpromazine dan Haloperidol-Chlorpromazine pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara".

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini melakukan survei dengan metode *retrospektif*, dengan rancangan menggunakan *Cross Sectional*. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada bulan April - Juni 2019. Data diambil berdasarkan rekam medik pasien skizofrenia rawat inap periode 2018.

Kriteria inklusi sampel adalah pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa yang berobat pada periode Januari-Desember 2018, pasien yang menerima pengobatan kombinasi risperidon-chlorpromazine dan haloperidol-chlorpromazine, memiliki data lengkap berupa rekam medik, pasien rawat inap, dan pasien yang berumur > 15 tahun. Kriteria eksklusi adalah pasien yang tidak mengalami komplikasi atau gangguan kejiwaan lainnya.

Data dianalisis sebagai rasio biaya efektivitas (C/E ratio). Rasio C/E dihitung: Rata-rata (tunggal) rasio C/E = Biaya/Efek. Biaya menggambarkan jumlah seluruh biaya yang diukur dalam penelitian untuk alternative terapi, dan efek adalah *outcome* unit natural. ICER didefinisikan sebagai rasio perbedaan antara biaya dari 2 alternatif dengan perbedaan efektivitas antar alternatif dan dihitung berdasarkan persamaan berikut<sup>13</sup> :

$$ICER = \frac{\Delta b}{\Delta e} = \frac{b_2 - b_1}{e_2 - e_1}$$

## HASIL

### Demografi Pasien Skizofrenia

Berdasarkan data yang diperoleh, pasien dikelompokkan berdasarkan usia, jenis kelamin, penyakit penyerta. Distribusi pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara periode Januari 2018- Desember 2018 terdapat pada tabel 1

**Tabel 1**  
**Distribusi Pasien Skizofrenia Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara periode Januari 2018-Desember 2018**

Karakteristik	N	Persentase (%)
Laki-laki	35	74,47 %
15 - 25 Tahun	6	12,76 %
26 – 35 Tahun	12	25,53 %
36 – 49 Tahun	14	29,79 %
≥ 50 Tahun	3	6,38 %
Perempuan	12	25,53 %
15 - 25 Tahun	0	0 %
26 – 35 Tahun	2	4,25 %
36 – 49 Tahun	9	19,15 %
≥ 50 Tahun	1	2,13 %
Penyakit Penyerta		
Tidak ada	0	0 %
Ada	0	0 %

Berdasarkan tabel 1. Pasien skizofrenia banyak terjadi pada pasien laki-laki sebanyak 35 pasien (74,47 %) dibandingkan dengan perempuan sebanyak 12 pasien (25,53 %). Hal ini dikarenakan adanya pengaruh antidopaminergik estrogen yang dimiliki oleh wanita. Estrogen memiliki efek pada aktivitas dopamin di nukleus akumben dengan cara menghambat pelepasan dopamin. Peningkatan jumlah reseptor dopamin di nukleus kaudatus, akumben, dan putamen merupakan etiologi penyebab terjadinya skizofrenia<sup>14</sup>. Akibat adanya efek perlindungan atau neuroprotektif dari hormon estrogen ini secara tidak langsung akan memengaruhi kemunduran onset dan perjalanan penyakit skizofrenia yang lebih baik pada wanita<sup>15</sup>.

Kelompok usia yang paling banyak menderita skizofrenia yaitu 36-49 tahun (29,79 %). Skizofrenia paling sering terjadi pada akhir masa remaja atau dewasa awal dan jarang terjadi sebelum masa remaja

atau setelah usia 40 tahun. Hal ini dikarenakan rentan usia tersebut merupakan suatu usia yang cenderung dipenuhi dengan berbagai faktor stres dan memiliki beban tanggung jawab yang besar. Faktor pencetus stres tersebut di antaranya mencakup masalah dengan keluarga maupun teman kerja, pekerjaan yang terlalu berat, hingga masalah ekonomi yang dapat memengaruhi perkembangan emosional<sup>11, 16, 17</sup>.

### Penggunaan Terapi Obat

Berdasarkan tabel 2, penggunaan terapi obat pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara adalah haloperidol-chlorpromazine (55,32 %) sedangkan risperidon-chlorpromazine sebesar (44,68 %). Haloperidol-chlorpromazine merupakan antipsikotik yang paling banyak diberikan pada pasien dibandingkan dengan risperidon-chlorpromazine. Penggunaan kombinasi haloperidol-chlorpromazine sebagai antipsikotik tipikal mampu menghilangkan gejala positif pada pasien skizofrenia<sup>18</sup>.

**Tabel 2**  
**Penggunaan Terapi Obat pada Pasien Skizofrenia Selama Perawatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara periode Januari 2018-Desember 2018.**

Jenis Kombinasi Obat	Jumlah Pasien	Persentase (%)
Risperidon-Chlorpromazine	21	44,68 %
Haloperidol- Chlorpromazine	26	55,32 %

### Rekapitulasi Biaya

Rekapitulasi biaya berdasarkan tabel 3. Yang meliputi biaya administrasi, biaya konsultasi dokter awal, biaya visite dokter, biaya ruang perawatan, biaya perawatan dan biaya pelayanan gizi. Harga obat skizofrenia merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk obat skizofrenia dan harga obat lain merupakan biaya yang dikeluarkan pasien selain obat golongan antipsikotik.

Pada tabel 3. obat haloperidol-chlorpromazine pada biaya administrasi menunjukkan biaya tertinggi karena pasien yang paling banyak menggunakan obat kombinasi haloperidol-chlorpromazine. Hal ini dikarenakan jumlah pasien yang menggunakan kombinasi antipsikotik haloperidol-chlorpromazine lebih besar dibandingkan dengan kombinasi antipsikotik risperidon-chlorpromazine.

**Tabel 3**  
**Rekapitulasi Biaya Medik Langsung Selama Perawatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara periode Januari 2018-Desember 2018**

Jenis Kombinasi Obat	Harga Obat (Rp)	Harga Obat Lain (Rp)	Biaya Administrasi (Rp)	Total Biaya (Rp)
Risperidon-Chlorpromazine	567.198	11.572	11.010.349	11.589.119
Haloperidol-Chlorpromazine	169.139,40	22.528	11.777.349	11.969.016,40

### Efektivitas Terapi

Berdasarkan tabel 4. menunjukkan bahwa pasien mengalami perbaikan gejala setelah mendapatkan terapi pengobatan kombinasi risperidon-chlorpromazine dan haloperidol-chlorpromazine pada minggu ke-1 sampai minggu ke-5. Dari 21 pasien yang menjalani terapi pengobatan kombinasi risperidon-chlorpromazine, 5 diantaranya mencapai target pengobatan. Sedangkan dari 26 pasien yang menjalani terapi kombinasi haloperidol-chlorpromazine, 7 diantaranya mencapai target pengobatan.



Kombinasi haloperidol-chlorpromazine lebih efektif dibandingkan dengan kombinasi risperidon-chlorpromazine dengan persentase efektivitas terapi sebesar (26,92 %).

**Tabel 4**  
**Efektivitas Terapi Pasien Skizofrenia Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa**  
**Provinsi Sulawesi Tenggara periode Januari 2018-Desember 2018**

Jenis Kombinasi Obat	Jumlah Pasien	Jumlah pasien yang mencapai target	Efektivitas (%)
Risperidon-Chlorpromazine	21	5	23,81 %
Haloperidol-Chlorpromazine	26	7	26,92 %

#### Perhitungan Efektivitas Biaya Berdasarkan ACER dan ICER

Berdasarkan tabel 5, nilai ACER tertinggi yaitu pada kombinasi risperidon-chlorpromazine dengan nilai 486.733. Terapi pengobatan kombinasi obat haloperidol-chlorppromazine lebih *Cost-Effective* dibandingkan risperidon-chlorpromazine dengan nilai ACER sebesar Rp. 444.614. Nilai ICER yang didapatkan sebesar Rp. 112.153,5. Nilai ICER positif berarti besarnya Biaya tambahan yang dikeluarkan oleh pasien dalam mencapai terapi target pengobatan.

**Tabel 5**  
**Perhitungan ACER dan ICER kombinnasi obat Risperidon-Chlorpromazine dan Haloperidol-Chlorpromazine pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara periode Januari 2018-Desember 2018**

Jenis Kombinasi Obat	Total Biaya (Rp)	Efektivitas (%)	ACER (C/A) (Rp)	ICER (Rp)
Risperidon-Chlorpromazine	11.589.119	23,81 %	486.733	112.153,5
Haloperidol-Chlorpromazine	11.969.016,40	26,92 %	444.614	-

#### PEMBAHASAN

Kasus skizofrenia pada penelitian ini banyak dijumpai pada pasien dengan usia 25-45 tahun. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Vishnu bahwa prevalensi usia pasien skizofrenia lebih besar kejadiannya pada usia dewasa muda dibandingkan dengan usia tua. Hal ini dikarenakan usia 30-39 tahun merupakan usia produktif yang cenderung terkena masalah-masalah yang kompleks, meliputi masalah dengan teman dekat, rekan kerja, pekerjaan yang terlalu berat, ekonomi, dan masalah keluarga<sup>19</sup>.

Haloperidol merupakan obat antipsikotik generasi pertama yang bekerja dengan cara memblokir reseptor dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (Dopamin D2 reseptor antagonists). Haloperidol sangat efektif dalam mengobati gejala positif pada pasien skizofrenia, seperti mendengar suara, melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada dan memiliki keyakinan yang aneh<sup>20</sup>. Haloperidol berguna untuk menenangkan keadaan mania pada pasien

psikosis, sehingga sangat efektif diberikan pada pasien dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif dan sulit tidur yang dikarenakan halusinasi<sup>21</sup>.

Haloperidol - chlorpromazine merupakan antipsikotik yang paling banyak diberikan pada pasien dibandingkan dengan risperidon- chlorpromazine. Penggunaan kombinasi haloperidol-chlorpromazine sebagai antipsikotik tipikal mampu menghilangkan gejala positif pada pasien skizofrenia. Antipsikotik tipikal berguna untuk menenangkan keadaan pada pasien psikosis, sehingga sangat efektif diberikan pada pasien dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif dan sulit tidur yang dikarenakan halusinasi<sup>18</sup>.

Risperidon - chlorpromazine memiliki efektivitas dalam memperbaiki gejala positif dan negatif pada pasien skizofrenia serta efektif dalam mengobati pasien yang mengalami resisten. Risperidon memiliki efek yang lebih baik dalam mengobati skizofrenia dibandingkan dengan tipikal antipsikotik dan atipikal antipsikotik lainnya<sup>22</sup>. Risperidon dapat ditoleransi pada dosis rendah untuk mengatasi gejala skizofrenia secara efektif<sup>23</sup>. Risperidon harus diberikan pada pasien skizofrenia yang mempertahankan menjalani pengobatan dalam jangka waktu lama dengan kombinasi chlorpromazine dan/atau tipikal antipsikotik lainnya<sup>24</sup>.

*Cost Effectiveness Analisis* (CEA) merupakan suatu cara untuk memilih dan menilai program pengobatan yang terbaik bila terdapat beberapa pilihan dengan tujuan yang sama untuk dipilih. *Cost Effectiveness Analisis* (CEA) mengonversi biaya dan efektivitas dalam bentuk rasio<sup>13</sup>. pada tabel 5, nilai ACER tertinggi yaitu pada kombinasi risperidon-chlorpromazine dengan nilai 486.733. Maksud dari angka dalam ACER adalah setiap peningkatan *outcome* dibutuhkan sebesar ACER<sup>25</sup>. Harga ACER dihitung berdasarkan rasio biaya dan efektivitas terapi pada kedua kelompok terapi. Semakin kecil nilai ACER maka jenis terapi pengobatan tersebut lebih *Cost-Effective*, sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi pengobatan kombinasi obat haloperidol-chlorpromazine lebih *Cost-Effective* dibandingkan risperidon-chlorpromazine dengan nilai ACER sebesar Rp. 444.614.

ICER merupakan rasio perbedaan antara biaya dari 2 alternatif dengan perbedaan efektivitas antara alternatif. ICER digunakan untuk menjelaskan besarnya biaya untuk setiap unit perbaikan kesehatan. Jika perhitungan *Incremental* memberikannilai negatif, maka suatu terapi lebih efektif dan lebih murah dibanding alternatifnya<sup>13</sup>. Nilai ICER sebesar Rp. 112.153,5. Nilai ICER bermakna positif berarti besarnya biaya tambahan yang dikeluarkan oleh pasien dalam mencapai terapi target pengobatan.

Hasil penelitian ini dapat menjadi alternatif pemilihan antipsikotik yang efektif dari segi biaya. Hal ini menunjang hasil penelitian lain yang menyebutkan bahwa banyak pasien skizofrenia yang mengalami relaps karena faktor ekonomi<sup>26</sup> yaitu tidak adanya biaya untuk menebus obat setelah keluar dari rumah sakit jiwa, ketidakpatuhan pasien pada pengobatan, mendapat perlakuan kasar dan pertengkaran yang terus menerus dengan saudara kandung, konflik yang berkepanjangan dengan seseorang, dan emosi (marah) yang diekspresikan secara berlebihan oleh keluarga<sup>27</sup>.

## SIMPULAN

Terapi skizofrenia yang paling *cost effective* berdasarkan nilai ACER adalah haloperidol-chlorpromazine sebesar Rp.444.614. Berdasarkan nilai ICER pengobatan bernilai positif yaitu sebesar Rp.112.153,5, berarti besarnya biaya tambahan yang dikeluarkan oleh pasien dalam mencapai terapi target pengobatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- 1 Musdalipah, Tee, S. A. Analisis Efektivitas Biaya Obat Alprazolam dan Diazepam pada Pasien Depresi di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*, 2018. 3(2), 252–260. Retrieved from <http://jiis.akfar-isfibjm.ac.id/index.php/JIIS/article/view/175>
- 2 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (riskesdas)* Indonesia tahun 2018. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. 2018.

- 3 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Kemenkes, Jakarta. 2015.
- 4 Ranti, I., Octaviany, A. F., & Kinanti, S. Analisis Efektivitas Terapi dan Biaya antara Haloperidol Kombinasi dengan Risperidon Kombinasi pada Terapi Skizofrenia Fase Akut, *Mutiara Medika*, 2015. 15(1), 57–64.
- 5 Fahrul, M.A., & Faustine, I. Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah periode Januari-April 2014. *Online Jurnal of Natural Science*, 2014; 3(2): 18-29.
- 6 Irwan, M., Fajriansyah, A., Sinuhadji. B., & Indrayana, M. *Penatalaksanaan Skizofrenia*. Riau: Fakultas Kedokteran Riau. 2008.
- 7 Lesmanawati, D.A.S. Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Terapi Antipsikotika pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RSJ Grhasia Yogyakarta. Karya Tulis Imiah strata dua, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta. 2012.
- 8 Jarut, Yulia Maria, Fatimawali Fatimawali, and Weny I. Wiyono. Tinjauan Penggunaan Antipsikotik pada Pengobatan Skizofrenia di Rumah Sakit Prof. Dr. VL Ratumuysang Manado Periode Januari 2013-Maret 2013. *Pharmacon*, 2013; 2.3 : Manado.
- 9 Abdulah, R., Siregar, R. F., & Alfian, S. D. Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Kombinasi Antipsikotik pada Pasien Rawat Inap Skizofrenia. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. 2017. 6(1) : 61-66. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2017.6.1.61>
- 10 Davis J. M., Chen N., & Glick I. D. A Meta Analysis of the Efficacy Of Second Generation Antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60 (6): 553–564.
- 11 Perwitasari, D. A. Kajian Penggunaan Atypical Antipsychotic dan Conventional Antipsychotic pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta. Lembaga Penelitian dan Pengembangan UAD Yogyakarta. 2008.
- 12 Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Penerapan Kajian Farmakoekonomi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta. 2013
- 13 Andayani, TM. 2013, *Farmakoekonomi prinsip dan metodologi*, Bursa ilmu, Yogyakarta.
- 14 Canuso, C.M., Pandina, G. 2007. Gender and schizophrenia. *Psychopharmacol Bull*, 40(4), 178 - 90.
- 15 Mueser, K.T., Dilip, V.J. (2008). *Clinical Handbook Of Schizophrenia*. The Guilford Press, New York
- 16 Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G & Posey, L.M. (2009). *Pharmacotherapy A pathophysiological approach seventh edition*, The McGraw-Hill Companies, Inc United States.
- 17 Kaplan H.I., Sadock B.J., Greb Jack. (2010). *Sinopsis Psikiatri Jilid satu*. Jakarta: Bina rupa Aksara.
- 18 Yulianti, M, D, Cahaya, N, Srikartika, V.M. Studi Penggunaan Antipsikotik dan Efek Samping pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Kalimantan Selatan, *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 2017. 3(2), 153-164.
- 19 Vishnu Fahlian. The Difference of Frequency of Young Age and Old Age Schizophrenia's Patients on May 2010–May 2011 At Grhasia Hospital Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Islam Indonesia. 2011. [Http://www.academia.edu/6929569](http://www.academia.edu/6929569).
- 20 Maslim. (2014). *Panduan Praktis Penggunaan Klinis Obat Psikotropik*. Jakarta: Nuh Jaya
- 21 Tardy, M., Huhn, M., Kissling, W., Engel, R. R., & Leucht, S. Haloperidol versus low-potency first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014. 7, 1-87.
- 22 Salwan, J., Woldu, H., Rosen, A., & Katz, C.L. (2013). *Application for inclusion to the 19th expert committee on the selection and use of essential medicines: Risperidone*. New York, USA: Program in Global Mental Health.
- 23 Andri. Tatalaksana psikofarmaka dalam manajemen gejala psikosis penderita lanjut usia. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 2009. 59(9) : 444-449.
- 24 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2013). *Management of Schizophrenia; A national clinical guideline*. Diambil dari <http://www.sign.ac.uk>.
- 25 Lorensia, A., dan Doddy, D.Q. 2016. *Farmakoekonomi Edisi Kedua*. UBAYA, Surabaya

- 26 Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moulis M, Aggarwal J. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (9): 1122-1129.
- 27 Amelia, D. R. & Anwar, Z. Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 2013; 1 (1): 53-65.

**FORMULASI DAN UJI AKTIVITAS OBAT KUMUR EKSTRAK DAUN SUKUN  
(*Artocarpus altilis*) TERHADAP BAKTERI *Streptococcus mutans* ATCC 25175**

**FORMULATION AND ANTIBACTERIAL ACTIVITY OF MOUTHWASH OF  
BREADFRUIT LEAVES EXTRACT (*Artocarpus altilis*) AGAINST *Streptococcus  
mutans* ATCC 25175**

Nur Saadah Daud<sup>1</sup>, Agung Fujjar<sup>2</sup>, Nirwati Rusli<sup>3</sup>  
Prodi Diploma III Farmasi, Politeknik Bina Husada Kendari<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup>Email : [nursaadah.farmasi@gmail.com](mailto:nursaadah.farmasi@gmail.com)

**ABSTRAK**

Salah satu penyakit infeksi oral yang umum terjadi adalah karies gigi yang terjadi akibat akumulasi bakteri di antaranya bakteri *Streptococcus mutans* penyebab karies gigi. Bentuk pencegahan dan pengobatan yang kini sangat diminati adalah menggunakan obat kumur herbal. Salah satu bahan alam yang dapat dimanfaatkan adalah daun sukun (*Artocarpus altilis*) yang telah terbukti dapat menghambat bakteri *Streptococcus mutans*. Penelitian ini bertujuan untuk memformulasi sediaan obat kumur herbal yang mengandung ekstrak daun sukun yang berkhasiat menghambat pertumbuhan bakteri *Streptococcus mutans*. Formula obat kumur yang dibuat terdiri dari formula A, B dan C, dengan masing-masing konsentrasi ekstrak daun sukun hasil maserasi dengan pelarut etanol 96% yaitu 20%, 30% dan 40%. Bahan tambahan yang digunakan adalah asam benzoate, perasa mint, Na. bikarbonat, gliserin, etanol 70% dan aquadest. Terhadap formula yang sudah jadi, selanjutnya dilakukan evaluasi fisik sediaan dan uji aktivitas antibakteri dengan metode difusi menggunakan Cylinder cup. Hasil penelitian menunjukkan ketiga formula obat kumur merupakan sediaan homogen, jernih, dengan bau khas ekstrak dan rasa mint. Warna ketiga sediaan dipengaruhi oleh konsentrasi ekstrak dalam sediaan. Formula C memiliki warna sediaan lebih gelap dibandingkan formula A dan B. Ketiga sediaan memiliki pH 5,9-6,8. Ketiga formula memiliki daya hambat terhadap bakteri *Streptococcus mutans* ATCC 25175 dengan rata-rata diameter daya hambat untuk masing-masing formula A, B, C, kontrol positif dan kontrol negatif (obat kumur tanpa ekstrak daun sukun) adalah 4,31mm ± 0,17, 5,22mm ± 0,57, 6,55mm ± 0,09, 7,60mm ± 0,67 dan 0mm. Semakin tinggi konsentrasi ekstrak dalam sediaan, nilai daya hambat yang dihasilkan juga semakin tinggi. Hasil penelitian ini menunjukkan potensi ekstrak daun sukun sebagai sediaan obat kumur herbal yang mampu menghambat bakteri penyebab karies gigi *Streptococcus mutans*.

**Kata Kunci** : Formulasi, Obat Kumur, Ekstrak Daun Sukun, *Streptococcus mutans*

**ABSTRACT**

*One of the common oral infections is dental caries which occurs due to the accumulation of bacteria including Streptococcus mutans. One of the prevention treatment that is now in great demand is using herbal mouthwash. One of the natural ingredients that can be utilized is breadfruit leaves (Artocarpus altilis) which has been proven to inhibit the bacteria of Streptococcus mutans. This study aims to formulate the herbal mouthwash containing extract of the breadfruit leaves which has the effect of inhibiting the growth of Streptococcus mutans ATCC 25175. The mouthwash were formulated to formulas A, B and C with 20%, 40% and 60% extract of the breadfruit leaves respectively. The extract was extracted by maceration method with ethanol 96% as the solvent. Additional ingredients were benzoic acid, mint flavor, sodium bicarbonate, glycerin, ethanol 70% and aquadest. Those formulation were followed by physical evaluation and also antibacterial activity test with diffusion method using Cylinder cup. The results showed that the three mouthwash formulas were homogeneous, clear, with a distinctive odor of extract and had mint flavor. The color of the mouthwash were influenced by the concentration of the extract in the preparation. Formula C had a darker color than the formulas A and B. All three preparations have pH value of 5,9-6,8. All formulas were able to inhibit the growth of Streptococcus mutans ATCC 25175 with the average diameter of inhibition respectively for each formula A, B, C, positive control and negative control (the mouthwash without breadfruit leaves extract) were 4,31mm ± 0,17, 5,22mm ± 0,57, 6,55mm ± 0,09, 7,60mm ± 0,67 and 0mm. The higher concentration of the extract, the average diameter of inhibition were also higher. The results of this study indicate the potential of breadfruit leaves extract as herbal mouthwash preparations and able to inhibit the bacteria of Streptococcus mutans that cause dental caries.*

**PENDAHULUAN**

Salah satu penyakit infeksi oral yang umum terjadi adalah karies gigi dan periodontitis. Karies gigi umum terjadi pada anak-anak dan remaja, karena mereka tidak menjaga kebersihan gigi dan mulut

dengan tepat [1]. Karies gigi merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut yang paling umum di Indonesia. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi penduduk Indonesia yang bermasalah gigi dan mulut sebesar 57,6% dengan penyakit paling umum adalah karies, karies akar dan periodontitis [2].

Karies merupakan suatu penyakit pada jaringan keras gigi yaitu email, dentin dan sementum yang disebabkan aktivitas jasad renik yang ada dalam suatu karbohidrat yang diragikan. Mikroorganisme penyebab utama dalam proses terjadinya karies adalah *Streptococcus mutans* [3]. Terdapat 3 faktor yang mendukung terjadinya karies gigi, yaitu tersedianya bahan nutrisi untuk pertumbuhan bakteri, permukaan gigi yang rentan dan adanya bakteri kariogenik yaitu *Streptococcus mutans* [4]. Sisa makanan terutama yang mengandung gula sukrosa menjadi makanan utama bakteri *Streptococcus mutans* untuk tumbuh dan berkembang biak. Akibatnya akan terjadi demineralisasi jaringan keras gigi, gigi menjadi rapuh dan mudah berlubang. Oleh karena itu, tindakan pencegahan perlu dilakukan, yaitu dengan menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga dapat mengurangi akumulasi bakteri pada gigi dan mulut. Salah satunya adalah dengan menggunakan obat kumur (*mouthwash*).

Obat kumur herbal kini sangat diminati, karena aktivitasnya terhadap patogen oral, mampu meredakan rasa sakit secara instan dan memiliki efek samping yang lebih sedikit. Obat kumur yang mengandung bahan kimia hidrogen peroxide dan chlorhexidine yang berfungsi sebagai pemutih, *sterilizer* dan pereda nyeri gigi, cenderung menghasilkan perubahan warna gigi, memiliki efek samping serta harga yang relatif lebih mahal [1]. Obat kumur adalah sediaan berupa larutan, umumnya dalam bentuk pekat yang harus diencerkan dahulu sebelum digunakan yang biasanya mengandung bahan penyegar nafas, astringen, demulsen atau surfaktan atau antibakteri untuk membersihkan, melawan bakteri oral dan menyegarkan bau mulut yang digunakan dengan cara berkumur [5].

Salah satu bahan alam yang telah terbukti memiliki khasiat menghambat bakteri penyebab karies gigi adalah daun sukun (*Artocarpus altilis*). Senyawa utama pada daun sukun yang memiliki aktivitas antimikroba adalah flavonoid [6]. Aktivitas ekstrak daun sukun dalam menghambat bakteri *Streptococcus mutans* telah banyak dibuktikan. Hasil rebusan daun sukun konsentrasi 60% dilaporkan dapat menghambat bakteri *Streptococcus mutans* [4]. Ekstrak etanol 96% daun sukun konsentrasi 100% juga dilaporkan mampu menghambat bakteri *Streptococcus mutans* dengan diameter zona hambat 16,5 mm [7].

Penelitian ini bertujuan untuk memformulasi ekstrak etanol 96% daun sukun menjadi 3 formula sediaan obat kumur yaitu formula A, B dan C dengan masing-masing konsentrasi ekstrak 20%, 40% dan 60%. pada sediaan obat kumur yang telah jadi, dilakukan evaluasi fisik sediaan dan uji daya hambatnya terhadap bakteri *Streptococcus mutans* ATCC 25175. Dari penelitian ini diharapkan, diperoleh sediaan obat kumur herbal yang memenuhi syarat evaluasi fisik, stabil dan memiliki daya antibakteri yang kuat sehingga mampu menjadi alternatif pencegahan dan pengobatan karies gigi.

## **METODE PENELITIAN**

### **Alat dan Bahan**

Alat yang digunakan adalah alat-alat gelas (Pyrex), timbangan analitik (Durascale), 1 set alat maserasi, pH meter (Cheetah PHSJ-5), magnetic stirrer (HMS-79), cawan petri (Anumbra), autoklaf (Hirayama), *cylinder cup*, inkubator (Yenaco), oven (Yenaco), Laminar Air Flow (Pharmeq lab), vortex (AE), Rotary Evaporator (RE-100 Pro Scilogex), mikropipet (Bocco), jangka sorong, jarum ose, lampu bunsen dan pinset,

Bahan yang digunakan adalah daun sukun (*Artocarpus altilis*), Betadine obat kumur antiseptik, etanol 96%, aquadest, asam benzoate, perasa mint, Na. bikarbonat, gliserin, kultur biakan bakteri *Streptococcus mutans* ATCC 25175 (*Thermo*), media nutrient agar (Conda), NaCl 0,9%, kapas, aluminium foil dan kertas perkamen.

### **Prosedur Penelitian**

#### **Ekstraksi**

Sebanyak 300 g daun sukun yang telah kering, dimaserasi dengan pelarut etanol 96% 2,5 L, sambil sesekali dilakukan pangadukan untuk mencegah terjadinya kejenuhan. Setelah 5 hari disaring menggunakan kain flanel untuk memperoleh maserat. Selanjutnya dilakukan penguapan menggunakan

rotary evaporator. Ekstrak kental yang diperoleh digunakan untuk pembuatan sediaan obat kumur dengan 3 variasi konsentrasi yang berbeda.

### Pembuatan Sediaan

Sediaan obat kumur dibuat menjadi 3 formula dengan varian konsentrasi zat aktif yang berbeda-beda dengan 3 kali replikasi. Replikasi ini bertujuan untuk meminimalisir taksiran kekeliruan dalam percobaan sehingga dapat dipakai untuk menentukan panjang interval konfidensi atau satuan dasar pengukuran untuk menetapkan taraf signifikan dari perbedaan yang diamati serta untuk menghasilkan taksiran yang lebih akurat.

**Tabel 1. Formula Obat Kumur Ekstrak Daun Sukun (*Artocarpus altilis*)**

Bahan	Konsentrasi (%)			
	FO	FA	FB	FC
Ekstrak daun sukun	0	20	40	60
Asam benzoat	0,1	0,1	0,1	0,1
Perasa mint	0,25	0,25	0,25	0,25
Natrium bikarbonat	0,5	0,5	0,5	0,5
Gliserin	10	10	10	10
Etanol 70%	2	2	2	2
Aquades ad	100	100	100	100

#### Keterangan :

Sediaan obat kumur (FO) tanpa ekstrak; (FA) dengan ekstrak 20%; (FB) dengan ekstrak 40%; (FC) dengan ekstrak 60%

Formula sediaan tertera pada Tabel 1. Perasa mint dilarutkan dengan sedikit etanol 70%, lalu ditambahkan asam benzoat sambil digerus homogen (Campuran 1). Ekstrak daun sukun dilarutkan dalam sebagian aquades dan gliserin dalam gelas kimia, lalu diaduk hingga homogen (Campuran 2). Campuran 1 ditambahkan ke dalam campuran 2 kemudian tambahkan sisa aquades sambil diaduk sampai homogen dan terbentuk sediaan obat kumur yang baik [8].

### Evaluasi Sediaan

Evaluasi yang dilakukan terhadap sediaan obat kumur meliputi, uji organoleptik (bentuk, warna, rasa dan bau), uji homogenitas dan uji pH. Uji organoleptik dilakukan dengan mengamati tampilan, warna, rasa dan bau sediaan dengan panca indera. Uji homogenitas sediaan dilakukan menggunakan cahaya senter yang diarahkan ke sediaan dengan latar kertas berwarna putih, lalu digoyang-goyangkan sediaan obat kumur sambil diamati. Apabila terdapat butiran-butiran kasar pada sediaan, berarti sediaan tersebut tidak homogen. Sedangkan uji pH dilakukan menggunakan alat pH meter [9].

### Uji Aktivitas Antibakteri

Bakteri uji yang digunakan adalah kultur biakan bakteri *Streptococcus mutans* ATCC 25175. Pengujian diawali dengan proses sterilisasi, peremajaan biakan bakteri dan pembuatan suspensi bakteri. Selanjutnya dilakukan uji aktivitas antibakteri dengan metode difusi menggunakan *cylinder cup*. Sebanyak 1 mL suspensi bakteri uji ditambahkan ke dalam media Nutrien Agar (NA) steril yang telah dicairkan dan dibiarkan suhunya hingga 50-60 °C. Selanjutnya 15 mL campuran tersebut dituang ke dalam cawan petri menggunakan gelas ukur steril sebagai lapisan 1 dan dibiarkan memadat. Sebagai lapisan ke 2, dituang sebanyak 5 mL media NA tanpa suspensi bakteri dan diamkan 3-5 menit hingga memadat. Selanjutnya diletakkan *cylinder cup* di atas permukaan lapisan 2 menggunakan pinset sambil ditekan secara perlahan agar dapat menyatu dengan permukaan lapisan dan tidak merusak permukaan lapisan. Atur jarak antara *cylinder cup* satu dengan yang lainnya agar tidak saling berhimpitan. Masukkan sampel uji sebanyak 200 µL ke dalam rongga *cylinder cup* menggunakan mikropipet. Inkubasi pada suhu 35-37 °C selama 18-24 jam, lalu amati zona bening yang berbentuk serta ukur diameter zona hambatnya menggunakan jangka sorong.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Determinasi dan Ekstraksi Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah daun sukun yang diperoleh dari Jl. Sinar Surya No.1 Kec.Wua-Wua Kendari. Sampel daun sukun telah dideterminasi di Laboratorium FKIP Universitas Halu Oleo. Hasil menunjukkan sampel benar sebagai *Artocarpus altilis* (Parkinson) Fosberg, dengan kunci determinasi 1a-2a-3b-4b-5a-6b-7a, permukaan daun atas berwarna hijau mengkilap dan licin, bagian bawah berwarna kusam dan kasar. Tujuan dilakukan determinasi adalah untuk mengetahui kebenaran identitas tanaman tersebut apakah tanaman tersebut benar-benar tanaman yang diinginkan.

Ekstraksi daun sukun dilakukan dengan metode maserasi menggunakan pelarut etanol 96%. Proses ekstraksi dilakukan selama 5 hari pada temperatur kamar dan terlindungi dari cahaya dengan sesekali pengadukan untuk mencegah kejenuhan. Metode maserasi dipilih karena alat yang digunakan sederhana dan dalam prosesnya tanpa mengalami pemanasan sehingga dapat menghindari rusaknya senyawa-senyawa yang bersifat termolabil [10]. Ekstrak kental yang diperoleh sebanyak 20,90 g dengan rendemen 6,6%.

### Evaluasi Sediaan

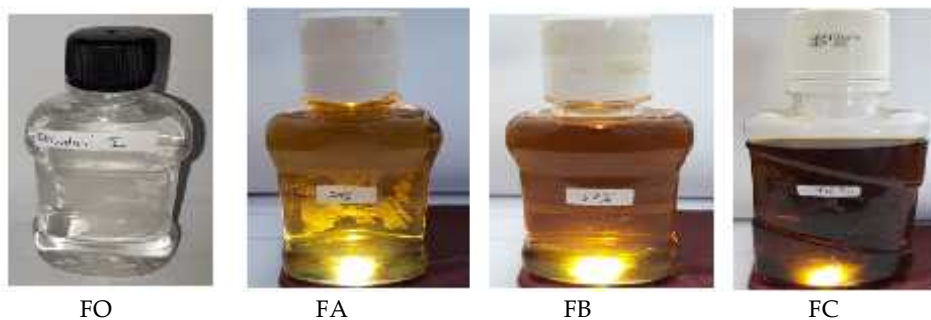
Tabel 2. Hasil Uji Evaluasi Sediaan Obat Kumur Ekstrak Daun Sukun

Formula	Organoleptik			Kejernihan	Homogenitas	pH
	Warna	Bau	Rasa			
FO	Putih Bening	Bau Khas	Rasa mint	Jernih	Homogen	5,5 ± 0,10
FA	Kuning	Bau Khas	Rasa mint	Jernih	Homogen	5,9 ± 0,25
FB	Kuning kecoklatan	Bau Khas	Rasa mint	Jernih	Homogen	6,4 ± 0,06
FC	Coklat kehitaman	Bau Khas	Rasa mint	Jernih	Homogen	6,8 ± 0,17

Keterangan : Sediaan obat kumur (FO) tanpa ekstrak; (FA) dengan ekstrak 20%; (FB) dengan ekstrak 40%; (FC) dengan ekstrak 60%

Uji organoleptik dilakukan dengan panca indra dan bertujuan untuk memeriksa kesesuaian organoleptik sediaan agar sedapat mungkin sesuai dengan spesifikasi sediaan yang ditentukan dan diinginkan. Parameter yang diamati adalah tampilan, warna dan aroma sediaan. Hasil uji organoleptik pada Tabel 2 menunjukkan semua sediaan cair jernih, beraroma khas ekstrak daun sukun dan berwarna kuning hingga coklat kehitaman (Gambar 1). Warna sediaan dipengaruhi oleh ekstrak yang berwarna coklat kehitaman. Semakin tinggi konsentrasi ekstrak, gradasi warna sediaan yang dihasilkan semakin gelap/pekat. Meskipun demikian konsistensi sediaan tetap cair, tidak pekat seperti warna yang terbentuk, sehingga penggunaan obat kumur ini tidak perlu diencerkan terlebih dahulu.

Sediaan obat kumur yang dibuat memiliki rasa mint dingin segar di rongga mulut karena bahan perasa yang ditambahkan. Ketiga sediaan adalah homogen ditandai dengan sediaan yang bebas dari partikel kecil yang dapat dilihat dengan mata. Hal ini menunjukkan bahwa ekstrak yang ditambahkan sebagai bahan aktif terdispersi sempurna ke dalam campuran bahan pembawanya. Peningkatan konsentrasi ekstrak tidak memengaruhi homogenitas sediaan, karena ketiga formula menghasilkan sediaan yang sama homogen. Hasil evaluasi fisik sediaan menunjukkan bahwa sediaan obat kumur ekstrak daun sukun yang telah dibuat telah memenuhi spesifikasi sediaan yang diinginkan.



Gambar 1. Sediaan obat kumur (FO) tanpa ekstrak; (FA) dengan ekstrak 20%; (FB) dengan ekstrak 40%; (FC) dengan ekstrak 60%



Selanjutnya juga dilakukan pengujian pH sediaan untuk mengetahui apakah pH sesuai dengan pH normal rongga mulut manusia. Nilai pH yang terlalu asam dapat menyebabkan korosif pada gigi dan jika terlalu basa dapat mengganggu indra pengecap [11]. Hasil uji pH menunjukkan bahwa ekstrak daun sukun memiliki pH basa. Hal ini ditunjukkan oleh nilai pH sediaan tanpa ekstrak yang asam. Setelah penambahan ekstrak pada formula A, B dan C, terlihat bahwa semakin tinggi konsentrasi ekstrak maka nilai pH sediaan juga semakin meningkat. Formula B dan C adalah sediaan obat kumur yang memenuhi standar pH rongga mulut normal yaitu pada range 6,0-7,0 [9].

### Uji Aktivitas Antibakteri Obat Kumur Ekstrak Daun Sukun

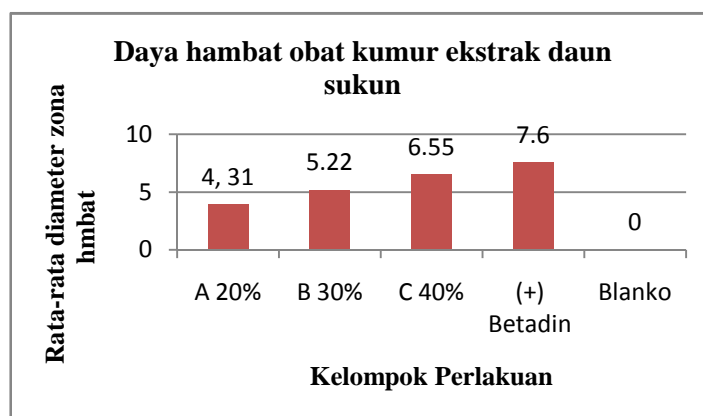
Uji aktivitas antibakteri obat kumur ekstrak daun sukun dilakukan dengan metode difusi menggunakan *Cylinder cup*. Tabel 3 menunjukkan bahwa ketiga formula memiliki kemampuan daya hambat terhadap bakteri *Streptococcus mutans* ATCC 25175.

**Tabel 3. Hasil Uji Daya Hambat Obat Kumur Esktrak Daun Sukun**

Kelompok Perlakuan	Rata-Rata Diameter Daya Hambat (mm)
FA	1,31 ± 0.17
FB	5,22 ± 0.57
FC	6,55 ± 0.09
FO	0,00 ± 0.00
FX	7,60 ± 0.67

Keterangan : Sediaan obat kumur (FA) dengan ekstrak 20%; (FB) dengan ekstrak 40%; (FC) dengan ekstrak 60%; (FO) kontrol negatif; (FX) Kontrol positif obat kumur merek "X"

Formula C dengan konsentrasi ekstrak paling tinggi memiliki diameter daya hambat paling tinggi dibandingkan 2 formula lainnya, namun tidak lebih tinggi daripada kelompok kontrol positif. Meskipun demikian formula C sudah masuk dalam kategori kuat sebagaimana kontrol positif. Sedangkan kelompok kontrol negatif tidak memberikan efek apapun. Hal ini menunjukkan bahwa campuran bahan tambahan dalam formula adalah netral, tidak memberikan efek dan tidak memengaruhi aktivitas antibakteri ekstrak sebagai bahan aktif pada sediaan obat kumur yang dibuat.



**Gambar 2. Diagram Daya Hambat terhadap *Streptococcus mutans***

Gambar 2 menunjukkan bahwa semakin tinggi konsentrasi ekstrak, semakin tinggi pula aktivitas obat kumur dalam menghambat bakteri *Streptococcus mutans* ATCC 25175. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian lainnya yang meneliti tentang aktivitas ekstrak daun sukun terhadap bakteri *Staphylococcus aureus* [12] dan rebusan daun sukun terhadap bakteri *Streptococcus mutans* [4]. Bahkan penelitian lain melaporkan untuk mendapatkan rata-rata diameter daya hambat 16,5 mm butuh ekstrak daun sukun hingga 100% [7].

Hal tersebut disebabkan karena zat aktif yang terdapat dalam sediaan juga semakin besar. Ekstrak daun sukun diketahui mengandung komponen senyawa aktif utama yang berkhasiat antibakteri yaitu flavonoid. Selain itu daun sukun juga mengandung saponin, polifenol, tanin, asam hidrosianat, asetilkolin, riboflavin dan fenol [13]. Senyawa-senyawa tersebutlah yang menyebabkan adanya penghambatan terhadap pertumbuhan *Streptococcus mutans*. Mekanisme kerja flavonoid sebagai antimikroba adalah dengan menghambat sintesis asam nukleat, menghambat fungsi membrane sel dan menghambat metabolisme energy. Flavonoid menyebabkan terjadinya kerusakan pada permeabilitas dinding sel bakteri, mikrosom dan lisosom sebagai hasil interaksi antara flavonoid dengan DNA bakteri [14].

Sedangkan aktivitas antibakteri senyawa tanin berhubungan dengan kemampuannya untuk menginaktivkan adhesi sel mikroba, menginaktivkan enzim dan materi genetik, dan mengganggu transport protein pada lapisan dalam sel. Tanin juga dapat mengganggu polipeptida dinding sel sehingga pembentukan dinding sel menjadi kurang sempurna. Hal ini menyebabkan sel bakteri menjadi lisis karena tekanan osmotik maupun fisik sehingga sel bakteri akan mati [15].

## SIMPULAN

- a. Ekstrak daun sukun dapat diformulasi dalam bentuk sediaan obat kumur yang memenuhi evaluasi fisik sediaan dan memiliki daya hambat terhadap bakteri *Streptococcus mutans*.
- b. Sediaan obat kumur terbaik adalah formula C yang mengandung ekstrak daun sukun 60%.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Banu, J.N., dan Gayathri, V. 2016. Preparation of Antibacterial Herbal Mouthwash Against Oral Pathogens. *Int.J.Curr.Microbiol.App.Sci.* 5 (11) : 205-221.
2. Anonim. 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
3. Soesilo, D., Rinna, ES., dan Indeswati, D. 2005. The role of Sorbitol in Maintaining Saliva's pH to Prevent Caries Process. *Journal Faculty of Dentistry Airlangga University.* 38 : 25-28.
4. Sariyem., Sadimin., Sunarjo, L., dan Haniyati, M. 2015. Efektivitas Ekstrak Daun Sukun Hasil Perebusan Terhadap Pertumbuhan Koloni Bakteri *Streptococcus mutans*. *Jurnal Kesehatan Gigi.* 2 (2) : 104-109.
5. Anastasia, A., Yuliet., dan Tandah, M.R. 2017. Formulasi Sediaan Mouthwash Pencegah Plak Gigi Ekstrak Biji Kakao (*Theobroma Cacao L.*) dan Uji Efektivitas pada Bakteri *Streptococcus Mutans*. *GALENIKA Journal of Pharmacy.* 3 (1) : 84 – 92.
6. Rizema, S. 2013. *Ajaibnya Daun Sukun Berantas Berbagai Penyakit*. Penerbit Flash Books, Jakarta.
7. Bempa, S.L.P., Fatimawali, dan Parengkuan, A.G. 2016. Uji Daya Hambat Ekstrak Daun Sukun (*Artocarpus altilis*) Terhadap Pertumbuhan Bakteri *Streptococcus mutans*, *PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi.* 5 (4) :1-9.
8. Saraswati, D. 2017. Formulasi Obat Kumur Ekstrak Buah Pare (*Momordica charantia*) dan Uji Daya Hambat Antibakteri Terhadap *Streptococcus mutans*. *KTI. Akademi Farmasi Bina Husada Kendari.* Kendari.
9. Kono, S.R., Yamlean, P.V.Y., dan Sudewi, S. 2018. Formulasi Sediaan Obat Kumur Herba Patikan Kebo (*Euphorbia hirta*) dan Uji Antibakteri *Prophyromonas gingivalis*. *PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi.* 7(1) : 37-46.
10. Mukhrani, 2014, "Ekstraksi, Pemisahan Senyawa, dan Identifikasi Senyawa aktif, Jurnal kesehatan, Vol. VII No. 2, 361-367
11. Potenfract, H.J., Hughes, J., Yantes, R., Newcombe, R.G., dan Addy, M. 2001. The Erosive Effect of Some Mouthrinses on Enamel. *J. Clin Periodontal.* 28 : 319.
12. Lestari, S. 2014. Uji Daya Hambat Ekstrak Etanol Daun Sukun Terhadap Pertumbuhan Bakteri MRSA. *Thesis.* Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Malaysia.
13. Wardany, K. 2012. *Khasiat Istimewa Sukun*. Rapha Publishing. Jakarta.
14. Hendra, R., Ahmad, S., Sukari, A., Shukor, M.Y., dan Oukoueian, E. 2011. Flavonoid Analysis and Antimicrobial Activity of Various Parts of Phaleria Macrocarpa Boerl Fruit. *Int.J.Mol.Sci.* 12(6) : 3422-3431
15. Alang, H., dan Dinar, Y. 2018. Aktivitas Sediaan Obat Kumur Ekstrak Biji Keben (*Barringtonia asiatica KURZ*) Terhadap Pertumbuhan *Streptococcus mutans*. *Jurnal Ilmiah Pena.* 1 (2) : 60-64.

# EVALUASI MANAJEMEN DAN PENGGUNAAN OBAT-OBATAN BERBASIS AKREDITASI *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)* DI INSTALASI FARMASI RSUD KOTA KENDARI

## *MANAGEMENT EVALUATION AND USE OF MEDICINES BASED ON JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) ACCREDITATION IN PHARMACEUTICAL INSTALLATION OF KENDARI CITY HOSPITAL*

Sabarudin<sup>1</sup>, Sunandar Ihsan<sup>2</sup>, Fifi Nirmala<sup>3</sup>, Febryanti Akzah<sup>4</sup>

Fakultas Farmasi, Universitas Halu Oleo<sup>1,2,4</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Email: [andres\\_sabar@yahoo.com](mailto:andres_sabar@yahoo.com)

### ABSTRAK

Manajemen dan penggunaan obat-obatan merupakan salah satu komponen akreditasi Joint Commission International (JCI) yang dirancang untuk peningkatan pengaturan dan manajemen (MPO.1), pemilihan dan pengadaan (MPO.2), penyimpanan (MPO.3), pemesanan dan pencatatan (MPO.4), penyiapan dan penyaluran (MPO.5), pemberian (MPO.6), dan pemantauan obat-obatan (MPO.7). Manajemen dan penggunaan obat-obatan dilakukan untuk memenuhi standar guna menjaga mutu pelayanan. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi manajemen dan penggunaan obat-obatan (MPO) di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari. Penelitian ini bersifat deskriptif non eksperimental dengan menggunakan kuesioner dan penilaian mandiri (self assessment) serta observasi terhadap SOP dan dokumen tentang MPO di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari ditinjau dari akreditasi Joint Commission International (JCI) dari Juli sampai dengan September 2016. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari belum tercapai penuh untuk akreditasi standar manajemen dan penggunaan obat-obatan dengan nilai masing-masing: MPO.1. pengaturan dan manajemen 50%, MPO.2. pemilihan dan pengadaan 50%, MPO.3. penyimpanan 13,3%, MPO.4. pemesanan dan pencatatan 66,7%, MPO.5. penyiapan dan penyaluran 41,1%, MPO.6. pemberian 44,4%, dan MPO.7. pemantauan obat-obatan 42,5% sehingga perlu dilakukan evaluasi secara rutin agar diperoleh hasil yang sesuai dengan standar yang ditentukan. Penyimpanan obat (MPO.3) masih rendah karena rumah sakit tidak mempunyai tempat penyimpanan yang baik dan aman untuk obat-obatan, tidak ada ruangan tersendiri untuk gudang penyimpanan obat, dan gudang penyimpanan obat masih bersatu dengan instalasi farmasi. Rumah sakit tidak mempunyai kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi. Tidak semua obat emergensi tersedia di unit-unit dimana diperlukan (misal: ICU dan ICCU). Obat emergensi hanya tersedia di depo farmasi UGD Rumah sakit tidak memiliki sistem penarikan obat-obatan dan memusnahkan obat dengan cara yang aman dan benar.

**Kata Kunci:** Manajemen dan penggunaan obat-obatan, Joint Commission International, IFRS.

### ABSTRACT

*Management and using of drugs is one component of Joint Commission International (JCI), which is designed to increase the regulation and management (MPO.1), selection and procurement (MPO.2), storage (MPO.3), booking and recording (MPO.4), preparation and distribution (MPO.5), administration (MPO.6), and monitoring of drugs (MPO.7). Management and using of drugs is done to meet the standards in order to maintain service quality. This study aimed to evaluate the management and use of drugs (MPO) in Pharmacy Installation RSUD Kendari. This research is non-experimental descriptive using questionnaires and self-assessment as well as observation on the SOP and documents the about MPO in Pharmacy Installation RSUD Kendari from Joint Commission International (JCI) from July until September 2016. The results obtained show that the pharmacy installation RSUD Kendari yet achieved full accreditation standards for the management and using of drugs with a value of each: MPO.1. setting and management 50%, MPO.2. selection and procurement of 50%, MPO.3. Storage 13,3%, MPO.4. booking and recording 66.7%, MPO.5. preparation and distribution of 41.1%, MPO.6. administration of*

44.4%, and MPO.7. monitoring of drugs 42.5%, so it should be evaluated regularly in order to obtain results in accordance with prescribed standards. Drug storage is still low because hospitals do not have good and safe storage for medicines, there is no separate room for drug storage, and drug storage is united with pharmaceutical installations. Hospitals do not have policies as guidelines for the proper storage of nutritional products. Not all emergency medicines are available in units where needed (for example: ICU and ICCU). Emergency medicine is only available in emergency department pharmacies. Hospitals do not have a drug withdrawal system and destroy drugs in a safe and correct manner.

**Keywords:** Management and the using of drugs, Joint Commission International, IFRS.

## PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan memiliki fungsi penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga dituntut untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Instalasi farmasi merupakan salah satu dari bagian pelayanan utama yang ada di rumah sakit, yang mempunyai pengaruh yang sangat besar pada perkembangan rumah sakit dan bertanggung jawab penuh atas pengelolaan dan pengendalian seluruh sediaan farmasi yang digunakan di rumah sakit.<sup>1</sup>

Dalam buku standar akreditasi rumah sakit telah disusun standar pelayanan yang salah satunya adalah manajemen dan penggunaan obat-obatan (MPO). Manajemen dan penggunaan obat-obatan merupakan komponen untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang dirancang untuk peningkatan terhadap pengaturan dan manajemen, pemilihan dan pengadaan, penyimpanan, pemesanan dan pencatatan, penyiapan dan penyaluran, pemberian, dan pemantauan. dengan ditetapkannya manajemen dan penggunaan obat-obatan di rumah sakit, tidaklah berarti semua permasalahan tentang manajemen dan penggunaan obat-obatan di rumah sakit menjadi mudah dan selesai. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi manajemen dan penggunaan obat-obatan<sup>2</sup>. Manajemen obat merupakan kemampuan dari rumah sakit untuk mengoptimalkan dalam penggunaan obat<sup>3</sup>.

Untuk mengetahui suatu manajemen dan penggunaan obat-obatan (MPO) sudah baik, maka perlu dilakukan suatu akreditasi. Akreditasi rumah sakit merupakan suatu proses terhadap suatu lembaga yang independen yang melakukan asesmen terhadap rumah sakit. Tujuannya adalah menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan.<sup>2</sup>

Selain diakreditasi dengan standar nasional, beberapa rumah sakit di Indonesia khususnya rumah sakit pemerintah juga akan diakreditasi menggunakan standar internasional. Sebenarnya telah banyak rumah sakit di Indonesia yang terakreditasi secara internasional, namun kebanyakan rumah sakit swasta. Kondisi ini semakin menanamkan kesan bahwa rumah sakit pemerintah memang kurang layak dipercaya dan kurang mampu memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat. Untuk mewujudkan hal ini, pemerintah bekerjasama dengan lembaga akreditasi internasional yaitu *Joint Commission International* (JCI) dari Amerika Serikat.<sup>4</sup>

JCI dipilih karena paling banyak berafiliasi dengan berbagai rumah sakit besar di dunia dan merupakan salah satu lembaga akreditasi yang dianggap berpengalaman. Akreditasi internasional ini bertujuan "menyetarakan" mutu pelayanan rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit internasional. dengan adanya akreditasi internasional ini diharapkan tumbuh pula kepercayaan dan pengakuan dari masyarakat bahwa rumah sakit pemerintah mampu memberikan pelayanan kesehatan terbaik dan menjamin adanya peningkatannya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit tanpa diiringi dengan kenaikan harga. dengan pengakuan ini diharapkan dapat membendung arus masyarakat yang berlomba-lomba berobat ke luar negeri.<sup>4</sup>

RSUD Kota Kendari merupakan rumah sakit umum milik pemerintah daerah Kota Kendari dan menjadi rumah sakit rujukan bagi masyarakat dari beberapa kabupaten/kota di sekitarnya. Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit belum sepenuhnya tercapai, hal ini terjadi karena beberapa kendala antara lain kurangnya tenaga farmasis yang bekerja di rumah sakit, sarana dan prasarana yang belum memadai, dan pelayanan di instalasi farmasi yang belum maksimal. Hal inilah yang mendasari dilakukannya penelitian di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari untuk melihat perkembangan dengan

meninjau dari segi mutu pelayanan yang telah dijalankan di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari berdasarkan akreditasi *Joint Commission International*(JCI). Hasil penelitian ini diharapkan mampu meningkatkan posisi dan keberadaannya di tengah-tengah pelayanan yang ada sehingga mampu memberikan dan meningkatkan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif non eksperimental untuk mengetahui gambaran dan evaluasi MPO di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari ditinjau dari akreditasi *Joint Commission International* (JCI). Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli-September 2016 di RSUD Kota Kendari. Pengambilan data dilakukan dengan cara penilaian mandiri (*self assessment*) dan observasi terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dan dokumen tentang MPO di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari. Responden pada penelitian ini adalah seluruh apoteker dan tenaga teknik kefarmasian (TTK) yang ada di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari.

Gambaran MPO di RSUD Kota Kendari terdiri dari 7 bagian dan 21 standar. Evaluasi MPO adalah evaluasi standar manajemen dan penggunaan obat-obatan berdasarkan standar elemen penilaian yang terdiri dari 84 elemen penilaian. Nilai persentase MPO adalah nilai persentase 7 bagian yang terdiri dari 21 standar dengan penilaian dari kuesioner yang dibandingkan dengan hasil observasi pada SOP dan dokumen. Setiap elemen penilaian (EP) dari sebuah standar diberi skor tercapai penuh (TP), tercapai sebagian (TS), tidak tercapai (TT), dan tidak dapat diterapkan (TDD)<sup>11</sup>. Data dianalisis dengan menggunakan analisis data univariat yang disusun secara deskriptif dalam bentuk tabel.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden berusia sekitar 31-35 tahun dengan jumlah responden 13 orang, dari latar pendidikan responden terbanyak yaitu apoteker sebanyak 7 orang, dan bekerja di instalasi farmasi rata-rata di atas 5 tahun dengan jumlah responden 9 orang.

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata persentasi penilaian kuesioner dan hasil observasi pada SOP dan dokumen pada standar MPO Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari belum tercapai penuh.

**Tabel 1**  
**Rata-rata Persentasi Penilaian dan observasi MPO di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

Standar MPO	Rata-Rata Persentasi Penilaian Kuesioner MPO	Rata-Rata Persentasi Penilaian Observasi MPO
MPO. 1	58,4 %	50%
MPO. 2	38,9%	50%
MPO. 3	14,6%	13,3%
MPO. 4	75%	66,7%
MPO. 5	75,6%	41,1%
MPO. 6	77,8%	44,4%
MPO. 7	77,5%	42,5%

Dari kedua hasil penilaian MPO yang terdiri dari 7 bagian dan 21 standar dijabarkan lebih rinci pada tabel-tabel selanjutnya.

### Pengaturan dan Manajemen (MPO.1)

Tabel 2 menjelaskan MPO. 1 tentang obat-obatan yang digunakan di dalam rumah sakit sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku dan diatur untuk memenuhi kebutuhan pasien. Elemen penilaian (EP) yang tercapai sebagian adalah tidak semua penataan pelayanan yang mengelola proses obat dilibatkan dalam struktur organisasi dan tidak selalu ada sumber informasi obat yang tepat selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat sedangkan EP yang tidak tercapai adalah tidak adanya *review* atas sistem manajemen yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir.

**Tabel 2**  
**Penilaian MPO.1 di RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 1 Obat-obatan yang digunakan di dalam rumah sakit sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku dan diatur untuk memenuhi kebutuhan pasien.	50%	Obat-obatan yang digunakan di dalam rumah sakit sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku, hanya saja belum efektif dan efisien. Rumah sakit tidak melakukan sistem <i>review</i> yang bertujuan agar rumah sakit dapat memahami kebutuhan dalam hal mutu dan keamanan penggunaan obat
MPO. 1.1 Ahli farmasi atau teknisi yang memiliki lisensi yang sesuai atau profesional terlatih lainnya mengawasi pelayanan farmasi.	50%	Rumah sakit mengidentifikasi petugasnya untuk mensupervisi pelayanan farmasi, hanya saja petugas tersebut bukan seorang farmasi dan belum pernah mengikuti pelatihan manajemen rumah sakit.

Manajemen obat yang efektif mencakup semua bagian dalam rumah sakit, unit rawat inap, dan rawat jalan. Adanya bagan organisasi dan uraian tugas yang lengkap yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, maka manajemen obat akan lebih efektif dan efisien.<sup>5</sup> Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari tidak mempunyai struktur organisasi, sehingga pembagian tugas dan tanggung jawab belum efektif. Panitia farmasi dan terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dengan staf farmasi sehingga anggotanya terdiri dari dokter-dokter yang ada di rumah sakit dan apoteker wakil dari farmasi rumah sakit, serta tenaga kesehatan lainnya.<sup>6</sup>

Dari hasil observasi, instalasi farmasi mempunyai formularium rumah sakit yang dibuat oleh kepala bidang pelayanan dan kepala seksi penunjang medik yang merupakan lulusan dari kesehatan masyarakat dengan beberapa dokter yang ada di RSUD Kota Kendari dan tidak melibatkan apoteker sebagai wakil dari farmasi rumah sakit. dalam memilih seorang petugas yang kompeten untuk mensupervisi semua aktivitas pelayanan kefarmasian selain mempunyai izin akan lebih baik juga apabila sudah terlatih atau memiliki pengalaman serta sering mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau pelayanan kefarmasian, agar memiliki pengetahuan dan pengalaman yang lebih spesifik<sup>5</sup>.

### **Pemilihan dan Pengadaan (MPO.2)**

Tabel 3 menjelaskan MPO. 2 tentang pemilihan obat-obatan yang tepat untuk persepean atau permintaan ada dalam persediaan atau tersedia dengan mudah.

**Tabel 3**  
**Penilaian MPO. 2 di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 2 Pemilihan obat-obatan yang tepat untuk persepean atau permintaan ada dalam persediaan atau tersedia dengan mudah	66,7%	Rumah sakit telah mengembangkan suatu daftar (formularium rumah sakit) dari semua obat yang ada distok. Biasanya terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman atau kurangnya stok nasional.
MPO. 2.1 Terdapat suatu metode untuk mengawasi daftar obat-obatan rumah sakit dan penggunaannya	16,7%	Rumah sakit mempunyai metode, seperti penunjukan komite medik, tetapi tidak menjaga dan memonitor daftar obats erta penggunaan obat di rumah sakit.
MPO. 2.2 Rumah sakit dapat dengan segera memperoleh obat-obatan yang tidak ada dalam persediaan atau tidak biasa tersedia bagi rumah sakit	66,7%	Tidak semua obat yang ada di formularium rumah sakit tersedia di rumah sakit. pada saat obat tersebut dibutuhkan dan tidak tersedia di rumah sakit, maka instalasi farmasi mengajukan permintaan peminjaman obat ke rumah sakit lainnya atau ke gudang farmasi kota.

MPO. 2 pada Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari belum tercapai penuh. Hal ini terjadi karena beberapa hal: barang yang dipesan belum datang, kurangnya stok nasional (misal: pada saat ini kurangnya stok cairan ringer laktat/RL yang dipesan pada pedagang besar farmasi (PBF)) dan pemesanan ditunda oleh PBF karena pembayaran/pelunasan utang ke PBF mengalami keterlambatan. Dokumen yang diperlukan pada MPO. 2 adalah formularium dan daftar stok obat rumah sakit.

Pada MPO. 2.1 terdapat 2 EP yang tercapai penuh, 2 EP yang tercapai sebagian dan 2 EP yang tidak tercapai. EP yang tercapai sebagian adalah tidak selalu ada keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar yang dipandu dengan kriteria dan tidak ada daftar obat yang ditelaah sekurang-kurangnya setahun sekali berdasarkan atas informasi tentang *safety* dan efektivitas. EP yang tidak tercapai adalah tidak adanya metode untuk mengawasi penggunaan obat dalam rumah sakit dan tidak ada perlindungan obat terhadap kehilangan di rumah sakit. Penerimaan barang dilakukan oleh petugas medic dan non medic untuk melakukan pemeriksaan jumlah, jenis, tanggal kadaluwarsa dan kesesuaian nota pesanan, kemudian dilakukan penyimpanan.<sup>7</sup>

Pada MPO. 2.2, SOP dan dokumen yang diperlukan adalah SOP bila persediaan obat/stok kosong, SOP bila farmasi tutup/persediaan obat terkunci, dokumen catatan dan formulir permintaan obat/alkes bila stok kosong/tidak tersedia di rumah sakit. Jika obat atau alat kesehatan (alkes) yang sering digunakan stoknya tinggal sedikit, maka segera mungkin dilakukan pemesanan untuk menghindari kekosongan stok gudang.

### Penyimpanan (MPO.3)

MPO. 3 pada Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari belum tercapai penuh, hal ini terjadi karena rumah sakit tidak mempunyai tempat penyimpanan yang baik dan aman untuk obat-obatan, tidak ada gedung tersendiri untuk gudang penyimpanan obat. Gudang tempat penyimpanan obat masih bersatu dengan instalasi farmasi, terbatasnya lemari tempat penyimpanan obat sehingga penyimpanan obat belum efektif dan efisien. pada saat obat masuk dalam jumlah banyak, maka obat biasanya disimpan di instalasi farmasi karena kondisi gudang penyimpanan yang tidak memadai.

**Tabel 4**  
**Penilaian MPO. 3 di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 3 Obat disimpan dengan baik dan aman	20%	Rumah sakit tidak mempunyai tempat penyimpanan yang baik dan aman untuk obat-obatan, tidak ada ruangan tersendiri untuk gudang penyimpanan obat, gudang penyimpanan obat masih bersatu dengan instalasi farmasi
MPO. 3.1 Kebijakan rumah sakit mendukung penyimpanan obat-obatan dan produk nutrisi yang dapat dipakai secara tepat	0%	Rumah sakit tidak mempunyai kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi.
MPO. 3.2 Obat-obatan untuk keadaan darurat tersedia, terpantau, dan aman apabila disimpan di luar instalasi farmasi rumah sakit	33,3%	Tidak semua obat emergensi tersedia di unit-unit dimana diperlukan (misal: ICU dan ICCU). Obat emergensi hanya tersedia di depo farmasi UGD.
MPO. 3.3 Rumah sakit memiliki sistem penarikan kembali obat-obatan	0%	Rumah sakit tidak memiliki sistem penarikan obat-obatan dan memusnahkan obat dengan cara yang aman dan benar

Pada MPO. 3.1 SOP yang diperlukan adalah SOP penyimpanan produk nutrisi dan SOP penyimpanan obat sampel, kedua SOP tersebut tidak terdapat pada instalasi farmasi RSUD Kota Kendari. Seperti halnya metode penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Siti Khodijah masih

tergolong kurang baik (61,54%) dikarenakan masih terdapat beberapa obat yang tidak terdapat label nama obat<sup>8</sup>.

MPO. 3.2 menggambarkan tentang obat-obatan untuk keadaan darurat tersedia, terpantau, dan aman apabila disimpan di luar instalasi farmasi rumah sakit. Sebelumnya RSUD Kota Kendari menyiapkan obat emergensi yang tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan, seperti ICU dan ICCU dengan sistem persediaan lengkap di ruangan (*floor stock*). Sistem tersebut tidak berjalan dengan baik, karena tidak adanya laporan penggunaan obat pada masing-masing ruangan dan tidak ada kebijakan bagaimana obat emergensi disimpan dan obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sehingga masih sering kehilangan obat, sehingga sekarang sistem *floor stock* tidak lagi digunakan.

RSUD Kota Kendari membuka depo farmasi di UGD untuk mempercepat akses pelayanan pasien dengan menggunakan sistem resep perorangan. Hasil observasi MPO. 3.3 masih banyak terdapat obat yang kadaluwarsa yang tidak dimusnahkan sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku, obat tersebut disimpan pada suatu ruangan kosong yang terdapat dibagian belakang rumah sakit dekat dengan ruang instalasi gizi.

#### Pemesanan dan Pencatatan (MPO.4)

EP yang tidak tercapai pada MPO ini adalah tidak ada kebijakan dan prosedur di rumah sakit yang mengarahkan peresepan, pemesanan, dan pencatatan obat yang aman di rumah sakit dan tidak ada kebijakan yang mengatur tindakan yang terkait dengan penulisan resep yang tidak terbaca. Kebijakan tersebut hanya dalam bentuk lisan yang disampaikan direktur RSUD Kota Kendari bahwa hanya dokter yang berhak menulis resep tetapi kenyataannya yang terjadi masih banyak petugas lain yang bukan dokter yang menulis resep dengan alasan dokter tersebut lupa menuliskan obat/alkes yang dibutuhkan pasien. pada MPO. 4 SOP yang diperlukan adalah SOP bila resep tak terbaca/tidak jelas dan dokumen tentang pelatihan staf dalam penulisan resep, pemesanan obat, pencatatan obat.

**Tabel 5**  
**Penilaian MPO. 4 di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 4 Peresepan, permintaan, dan pencatatan diatur oleh kebijakan dan prosedur	50%	Peresepan, permintaan dan pencatatan obat yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Rumah sakit menetapkan bahwa hanya dokter yang berhak meresepkan atau meminta obat.
MPO. 4.1 Rumah sakit menetapkan elemen-elemen suatu permintaan atau peresepan yang lengkap serta jenis permintaan yang dapat diterima dan digunakan	50%	Peresepan, pemesanan dan pencatatan obat yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien. Salah satu dari elemen yang harus dilengkapi dari suatu resep adalah untuk penggunaan diperlukan PRN ( <i>pro re nata</i> atau bila perlu)
MPO. 4.2 Rumah sakit menetapkan siapa saja yang diizinkan untuk menulis resep atau meminta obat	66,7%	Rumah sakit menetapkan bahwa hanya para dokter yang ada di rumah sakit yang berhak menulis resep, tetapi masih banyak petugas lain yang menulis resep atau meminta obat.
MPO.4.3 Obat-obatan yang diresepkan dan diberikan ditulis dalam rekam medis pasien	100%	Setiap obat yang diresepkan dan diberikan kepada pasien dicatat dalam rekam medis pasien.

Para staf medis, perawatan, farmasi dan administratif berkolaborasi untuk mengembangkan dan memonitor kebijakan dan prosedur. Kebijakan dan prosedur mengatur tindakan yang terkait dengan



penulisan resep dan pemesanan obat yang diperlukan. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan yang juga diizinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan. Obat yang diresepkan dan diberikan dicatat dalam rekam medis pasien.<sup>5</sup>

Untuk mengurangi variasi dan meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit menjabarkan kebijakan elemen yang bisa diterima dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap. Elemen-elemen yang diatur dalam kebijakan diantaranya adalah: data yang penting untuk mengidentifikasi pasien secara akurat, elemen-elemen dari pemesanan atau penulisan resep, bilamana nama generik atau nama dagang adalah akseptabel atau diperlukan, prosedur khusus untuk pemesanan obat dengan nama obat-rupa-ucapan-mirip, tindakan yang harus diambil bila pemesanan obat tidak lengkap atau tidak terbaca, pemesanan obat secara verbal atau melalui telepon.<sup>5</sup>

Dalam hal ini petugas Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari tidak melayani permintaan resep tersebut, resep dikembalikan dan menjelaskan kepada petugas tersebut bahwa hanya dokter yang berhak menulis resep, petugas tersebut diarahkan ke UGD untuk meminta kepada dokter yang ada di UGD menuliskan resep. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan juga diizinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.

### Penyiapan dan Penyaluran (MPO.5)

**Tabel 6**  
**Penilaian MPO. 5 di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 5 Obat-obatan disiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih	33,3%	Tidak semua obat-obatan yang ada di rumah sakit disiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih.
MPO. 5.1 Resep atau permintaan obat-obatan diperiksa kelayakannya	50%	Semua resep atau permintaan obat-obatan diperiksa kelayakannya sebelum dilakukan penyiapan. Rumah sakit belum menggunakan sistem software komputer untuk mengcrosscheck obat untuk interaksi obat dan alergi.
MPO. 5.2 Suatu sistem digunakan untuk mengeluarkan obat-obatan dengan dosis yang tepat bagi pasien	40%	Sistem yang digunakan instalasi farmasi untuk mengeluarkan obat-obatan adalah sistem <i>individual prescription (IP)</i> yaitu resep individu perorangan.

Pada MPO. 5 terdapat satu EP yang tercapai penuh dan 2 EP yang tercapai sebagian. EP yang tercapai sebagian adalah obat dipersiapkan dan disalurkan tidak selalu dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan yang memadai dan tidak semua staf yang menyiapkan produk steril dilatih dalam hal teknik aseptik. MPO. 5 dokumen yang diperlukan adalah sertifikat pelatihan teknik aseptik untuk petugas yang menyiapkan produk steril.

Kadang kala pada pemberian obat terjadi kesalahan, hal ini terjadi karena penulisan resep yang tidak terbaca, jika terjadi hal tersebut petugas menghubungi langsung dokter penulis resep. pada MPO. 5.1 SOP yang diperlukan adalah SOP penelaahan ketepatan resep sebelum pemberian, SOP menghubungi petugas bila tulisan resep/pesanan tidak jelas/timbul pertanyaan. Setiap obat yang diberikan kepada pasien disertai dengan etiket yang jelas, pada etiket tersebut tertulis dosis yang jelas, nomor resep dan tanggal penyiapan serta nama pasien.

Pada MPO. 5.2 dokumen yang diperlukan adalah bukti pengecekan keakurasian penyaluran obat dan tepat waktu. Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk

memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian. Semua persediaan farmasi yang dikeluarkan dari gudang farmasi harus dicatat dalam buku pengeluaran dan kartu stock sesuai masing.<sup>9</sup>

### Pemberian (MPO.6)

Pada MPO. 6 dokumen yang diperlukan adalah STR dan SIP dari orang yang diberi kewenangan memberikan obat, dokumen tersebut terdapat pada RSUD Kota Kendari. Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Suatu rumah sakit dapat membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, seperti bahan yang diawasi atau radioaktif. dalam situasi darurat, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diizinkan untuk memberikan obat<sup>5</sup>.

**Tabel 7**  
**Penilaian MPO. 6 di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 6 Rumah sakit mengidentifikasi mereka yang memenuhi kualifikasi dan diizinkan untuk memberikan obat-obatan	33,3%	Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang diizinkan untuk memberikan obat-obatan, dalam hal ini adalah apoteker yang memberikan obat kepada pasien, tetapi apoteker tidak selalu ada 24 jam di rumah sakit sehingga pemberian obat biasa dilakukan oleh tenaga teknik kefarmasian.
MPO. 6.1 Pemberian obat-obatan meliputi verifikasi bahwa obat-obatan tersebut tepat sesuai dengan permintaan	100%	Semua obat yang diberikan diverifikasi berdasarkan resep dan dicatat dalam status pasien.
MPO. 6.2 Kebijakan dan prosedur mengatur obat-obatan yang dibawa masuk ke dalam rumah sakit untuk dikonsumsi sendiri oleh pasien	0%	Rumah sakit mengatur obat-obatan yang dibawa masuk ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya dan diketahui oleh dokter penanggungjawab serta dicatat dalam status pasien.

Pada MPO. 6.1 semua EP tercapai penuh, setiap permintaan resep yang masuk ke instalasi farmasi diperiksa kelayakannya oleh apoteker atau tenaga teknik kefarmasian sebelum dilakukan pemberian obat kepada pasien. Untuk obat pasien rawat inap, biasanya obat diperiksa kembali oleh petugas yang ada pada masing-masing rawat inap di rumah sakit untuk mencegah kesalahan obat, obat tersebut diperiksa sesuai dengan kartu kontrol obat pasien.

Pada MPO. 6.2 dokumen yang diperlukan adalah formulir rekonsiliasi obat yang dibawa pasien, dokumen tersebut tidak terdapat pada RSUD Kota Kendari. dalam mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat yang tidak diresepkan. Menurut Frelita (2011) Penggunaan obat oleh pasien atau pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke dalam rumah sakit atau yang diresepkan diketahui oleh dokter penanggung jawab dan dicatat dalam status pasien.<sup>5</sup>

### Pemantauan (MPO.7)

Mekanisme pemantauan efek obat pada pasien rawat inap dilakukan oleh pasien dan perawat yang dicatat pada buku laporan kerja perawat yang kemudian dilaporkan pada dokter penanggungjawab. Pemantauan dilakukan agar dapat membantu manajemen untuk mengetahui pelaksanaan komponen pengendalian intern yang lain<sup>10</sup>. pada MPO.7 dokumen yang diperlukan adalah laporan monitoring efek pengobatan termasuk efek obat yang tidak diharapkan.

**Tabel 8**  
**Penilaian MPO. 7 di Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari**

MPO Menurut JCI	Hasil Penilaian	Deskripsi
MPO. 7 Efek obat-obatan pada pasien dipantau	60%	Pasien, dokter, dan perawat bekerjasama untuk memantau pasien yang mendapatkan obat.
MPO. 7.1 Kesalahan obat, termasuk kejadian nyaris cedera dilaporkan melalui suatu proses dan jangka waktu yang ditetapkan rumah sakit	25%	Pasien, dokter, dan perawat bekerjasama untuk menghindari kejadian nyaris cedera. Jika terjadi kesalahan obat, maka segera mungkin dilaporkan kepada dokter yang bertanggungjawab. Semua obat yang diberikan dicatat pada status pasien

Tujuan dari pemantauan adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala dan penyakit pasien, demikian juga terhadap hitung darah, fungsi ginjal dan hati. Pemantauan dimaksudkan untuk mengidentifikasi respon terapeutic yang diantisipasi maupun reaksi alergi, interaksi obat yang tidak diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan resiko jatuh.

Pada MPO. 7.1 dokumen yang diperlukan adalah SK panitia keselamatan pasien (yang bertanggungjawab melaporkan kesalahan obat). Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan kejadian nyaris cedera. Proses tersebut termasuk suatu kesalahan obat dan kejadian nyaris cedera yang menggunakan format pelaporan dan mengajarkan pada staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Proses tersebut dikembangkan melalui kerjasama yang mengikut sertakan semua yang terlibat di berbagai langkah dalam manajemen obat [1]. Kejadian nyaris cedera (*near misses*) merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat mencederai pasien. Sedangkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena kondisi pasien<sup>6</sup>.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa Instalasi Farmasi RSUD Kota Kendari belum tercapai penuh untuk akreditasi standar MPO, serta perlu dilakukan evaluasi secara rutin agar diperoleh hasil yang sesuai dengan standar yang ditentukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- [1] G. S. Frelita and Silitonga, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta: Edisi - 4, 2011.
- [2] C. Siregar and Amalia, *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Terapan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004.
- [3] Kemenkes, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2011.
- [4] A. Romero, "Managing Medicines in the Hospital Pharmacy: Logistics Inefficiencies," *Journal World Congress on Engineering and Computer Science* Vo. 2, pp. 1120 - 1125, 2013.
- [5] P. Aulia, *Akreditasi Rumah Sakit Pengakuan Atas Kualitas Layanan*, Jakarta: Majalah Dental & Dental, 2012.
- [6] M. Lisna, "Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional DR. Cipto Mangkusumo," *Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, Depok, Jakarta, 2012.
- [7] Satibi, *Manajemen Obat di Rumah Sakit*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2014.
- [8] I. Liwu, E. Kristanto and J. Tambun, "Analisis distribusi obat pada pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado," *Jurnal Biomedik*, pp. S40-S45, 2017.

- [9] S. H. Febreani and D. Chalidyanto, "Pengelolaan Sediaan Obat pada Logistik Farmasi Rumah Sakit Umum Tipe B di Jawa Timur," *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Vol 4 No. 2*, pp. 136 - 145, 2016.
- [10] I. D. Rahayu, Trimurti and Y. Chomsatu, "Analisis Sistem Pengendalian Intern Persediaan Obat di Rumah Sakit Anak Astrini Wonogir," *Seminar Nasional IENACO*, pp. 886 - 891, 2016.
- [11] P. A. Sari, "ANALISIS PENGENDALIAN INTERN PERSEDIAAN OBAT-OBATAN UNTUK PASIEN Analisis Pengendalian Intern Persediaan Obat-obatan untuk Pasien Umum di Klinik Ibumas Tanjung Pinang," *jurnal.umrah.ac.id*, 2013.
- [12] G. S. Frelita and Silitonga, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta: Edisi - 4, 2011.
- [13] G. S. Frelita and Silitonga, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta: Edisi - 4, 2011.

## **KESEHATAN LINGKUNGAN**



# ANALISIS HIGIENE DAN SANITASI PEDAGANG AYAM POTONG DI PASAR TRADISIONAL DI KOTA KENDARI

## *HYGIENE AND SANITATION ANALYSIS OF BROILER CHICKEN TRADERS IN KENDARI CITY TRADITIONAL MARKET IN 2018*

Siti Rabbani Karimuna<sup>1</sup> Yasnani<sup>2</sup> Irma Yunawati<sup>3</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo Kendari<sup>123</sup>

[1Email : rabbanikarimuna@gmail.com](mailto:rabbanikarimuna@gmail.com)

### **ABSTRAK**

Makanan merupakan kebutuhan pokok manusia yang dibutuhkan setiap saat dan memerlukan pengelolaan yang baik dan benar agar bermanfaat bagi tubuh. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Higiene dan Sanitasi pedagang ayam potong di Pasar Tradisional di Kota Kendari tahun 2018. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan survey observasional. Teknik pengambilan sampel secara Total Population Sampling, dimana yang akan diteliti merupakan seluruh anggota populasi jumlahnya adalah 30 pedagang ayam potong. Higiene pedagang ayam potong dan sanitasi tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari secara umum belum memenuhi persyaratan. Sebagian besar higiene pedagang ayam potong di Pasar Tradisional Kota Kendari masih belum memenuhi persyaratan, karena sebagian besar tidak pernah memeriksa kesehatan, tidak menggunakan masker dan penutup kepala dan merokok pada saat bekerja. Sebagian besar sanitasi bangunan tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari masih belum memenuhi persyaratan, terutama karena masih adanya tempat pemotongan ayam yang menjadi satu dengan tempat tinggal, konstruksinya tidak bebas rodent, dan tidak didesinfeksi secara menyeluruh selama 2 minggu sekali. Sebagian besar sarana sanitasi tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari sudah memenuhi persyaratan, namun masih belum ada yang mempunyai sarana penanganan limbah cair. Sebagian besar sanitasi peralatan tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari sudah memenuhi persyaratan, namun ada sebagian kecil yang memiliki pisau berkarat dan peralatan tidak dicuci dengan deterjen. Sebagian besar sanitasi ayam tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari masih belum memenuhi persyaratan, terutama karena daging hasil pemotongan tidak dicuci dengan air mengalir. Selain itu, tidak ada tempat penampungan sementara unggas yang mati.

**Kata Kunci:** Higiene Pedagang, Sanitasi Bangunan, Sarana Sanitasi, Sanitasi Peralatan, Sanitasi Ayam

### **ABSTRACT**

*Food is a basic human need that is needed at all times and requires good and right management so that it is beneficial for the body. The purpose of this study was to determine the hygiene and sanitation of broiler chicken traders in Kendari City traditional markets in 2018. This type of study was descriptive study with an observational survey approach. The sampling technique was Total Population Sampling, where all members of the population will be examined as many as 30 broiler chicken traders. Hygiene of broiler chicken traders and chicken slaughterhouse sanitation in Kendari Traditional Market in general had not met the requirements. Most of the traders hygiene at the Traditional Market in Kendari City still did not meet the requirements, because most of them never checked their health, had not used masks, headgear, and smoked while working. Most of the sanitation of the chicken slaughterhouse building in Kendari Traditional Market still did not meet the requirements, especially because there were still chicken slaughterhouses that located near from the residence, the construction was not rodent free, and not thoroughly disinfected for 2 weeks. Most of the chicken slaughter facilities at Kendari Traditional Market had met the requirements, but there was no one who had liquid waste facilities. Most of sanitation of chicken slaughterhouse equipment at Kendari Traditional Market had met the requirements, but there were a small number who had rusty knives and the equipment was not washed with detergent. Most of the chicken sanitation at chicken slaughterhouse in the Kendari Traditional Market still did not meet the requirements, especially because the meat was not washed with running water. In addition, there were no temporary shelters for dead broiler chicken.*

**Keywords:** *Trader Hygiene, Building Sanitation, Facilities Sanitation, Equipment Sanitation, Broiler Chicken Sanitation*

## PENDAHULUAN

Makanan merupakan kebutuhan pokok manusia yang dibutuhkan setiap saat dan memerlukan pengelolaan yang baik dan benar agar bermanfaat bagi tubuh. Menurut *World Health Organization* (WHO), yang dimaksud makanan adalah makanan mencakup semua zat, baik dalam keadaan alami atau dalam bentuk olahan atau olahan, yang merupakan bagian dari makanan manusia. Batasan makanan tersebut tidak termasuk air, obat-obatan, dan substansi-substansi yang diperlukan untuk tujuan pengobatan.<sup>1</sup>

Kebutuhan daging di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2010 sebesar 4.849 kg/kapita/tahun menjadi 5.110 kg/kapita/tahun pada tahun 2011. Pada tahun 2011 kebutuhan konsumsi daging masih didominasi dari sektor unggas, jumlah konsumsi daging unggas ini meliputi daging ayam ras pedaging (*broiler*) sebesar 3.650 kg/kapita/tahun, daging ayam kampung 0.626 kg/kapita/tahun, dan daging unggas lainnya sebesar 0.052 kg/kapita/tahun.<sup>2</sup>

Konsumsi ayam yang terus meningkat disertai pula dengan usaha pemotongan ayam yang juga semakin berkembang pesat di Indonesia. Khusus untuk industri ayam potong dan telur yang dikelola secara modern, sektor ini telah menyerap 10 juta tenaga kerja. Jumlah ini belum dihitung dengan tenaga kerja pada sektor industri yang mengolah ayam menjadi produk kemasan semacam sosis dan naget. Selain itu, peredaran uang khusus untuk memproduksi ayam potong saja, jumlahnya mencapai Rp 113 triliun per tahun, belum lagi produksi telur atau bahan makanan yang bahan bakunya dari ayam dan telur, tentu jumlah uang yang beredar lebih banyak lagi.<sup>3</sup>

Pangan asal hewan perlu diawasi untuk menjamin masyarakat agar memperoleh daging yang layak untuk dikonsumsi. Daging merupakan bahan pangan yang memiliki potensi bahaya biologi, fisik, dan kimia yang dapat terjadi selama proses penyediaannya dari pemotongan hingga tersaji di meja makan. Untuk menanggulangi hal tersebut maka diperlukan perhatian khusus dalam penerapan kebersihan dan sanitasi selama proses penanganan hewan.<sup>4</sup>

Penangan yang baik pada hewan diharapkan akan menghasilkan produk daging yang Aman, Sehat, Utuh, dan Halal. Aman dimaksudkan agar daging yang dikonsumsi bebas dari bibit penyakit, Sehat dimaksudkan daging mempunyai zat-zat yang berguna bagi kesehatan dan pertumbuhan, Utuh adalah daging tidak dicampurkan dengan bagian lain dari hewan tersebut atau hewan lain, dan Halal adalah hewan yang dipotong sesuai dengan syariat agama Islam.<sup>5</sup>

Daging ayam rentan terhadap bahaya biologi yang merupakan benda hidup, umumnya mikroba yang keberadaannya pada bahan pangan akan menimbulkan masalah kesehatan konsumen. Dari data statistik diketahui bahwa sekitar 90% penyakit yang terjadi pada manusia mempunyai keterkaitan dengan pangan. Penyakit semacam ini disebut penyakit bawaan makanan atau *foodborne disease*.<sup>4</sup>

Indonesia sendiri telah mempunyai standar nasional yang berkaitan dengan keamanan pangan, yaitu Standar Nasional Indonesia (SNI). Standar ini diantaranya memuat tentang memproduksi bahan pangan yang benar, mengukur cemaran, dan menyajikan batas maksimum cemaran yang diperkenankan. Standar ini diharapkan dapat memberikan jaminan keamanan produk pangan Indonesia. Mengonsumsi produk pangan bermutu lebih menjamin keamanan pangan. Standar mutu pangan yang dikeluarkan oleh SNI dapat membantu konsumen untuk menentukan mutu produk pangan yang akan dibelinya. Standar mutu bahan pangan merupakan pedoman yang dapat digunakan untuk berbagai kebutuhan, misalnya pemilihan bahan pangan atau menghasilkan bahan pangan berdaya saing tinggi. Indonesia telah memiliki standar mutu, yaitu standar yang dikeluarkan oleh Badan Standarisasi Indonesia. Hasil pangan asal hewan yang terbesar di Indonesia adalah daging ayam.<sup>5</sup>

Total konsumsi daging ayam di Indonesia mencapai 65,5% dan 34,5% daging lainnya dari total produksi daging nasional 2,07 juta ton. Konsumsi ayam ras mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Pada tahun 2012 konsumsi ayam sebesar 1,9 miliar ekor, tahun 2013 konsumsi ayam 2,3 miliar ekor sedangkan pada tahun 2014 naik 16% menjadi 2,4 miliar ekor. Daging ayam adalah bahan pangan yang bernilai gizi tinggi karena kaya akan protein, lemak, mineral serta zat lainnya yang sangat dibutuhkan



tubuh. Daging ayam mudah tercemar oleh berbagai mikroorganisme dari lingkungan sekitarnya yang akan menimbulkan masalah kesehatan konsumen.<sup>6</sup>

Selama tahun 2013 Badan POM telah mencatat 48 kejadian luar biasa (KLB) keracunan pangan yang berasal dari 34 provinsi, dengan jumlah orang yang terpapar sebanyak 6.926 orang. Penyebab KLB Keracunan Pangan pada tahun 2013 disebabkan oleh mikroba sebanyak 31 (64,58%) kejadian, kimia sebanyak 11 (22,92%) kejadian, dan 6 (12,50%) kejadian tidak diketahui penyebabnya.<sup>7</sup>

Postensi meningkatnya kebutuhan konsumsi daging unggas tersebut dimanfaatkan oleh para pelaku usaha skala kecil ataupun rumah tangga untuk melakukan bisnis komoditi daging unggas sehingga bisnis komoditi tersebut berkembang dengan pesat. Ironisnya perkembangan usaha tersebut tidak diimbangi dengan penerapan aspek teknis hygiene-sanitasi, bahkan cenderung telah mengabaikan hak konsumen mendapatkan pangan yang aman dan layak dikonsumsi.<sup>7</sup>

Banyak pelaku usaha (penjual unggas/daging unggas) yang melakukan pemotongan pada tempat-tempat yang tidak layak, yang kondisinya secara umum tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi dan sebagian besar di daerah padat pemukiman atau di pasar tradisional, sehingga banyak daging unggas yang beredar di masyarakat kurang memenuhi persyaratan aman, sehat, utuh, dan halal. Masalah lain yang ditimbulkan dari system pemotongan tersebut adalah pencemaran lingkungan yang berpotensi menyebabkan penyebaran penyakit.<sup>7</sup>

Usaha pemotongan ayam tradisional, memiliki ciri-ciri antara lain pengelolaan mulai dari penyembelihan sampai pemotongan dilakukan secara manual atau dengan peralatan semiotomatis, setelah itu pengelola menjual daging ayam segar secara langsung kepada konsumen atau para pedagang kecil, volume produksi per hari yang relatif rendah serta sangat dipengaruhi oleh permintaan konsumen. Kualitas karkas ayam yang dihasilkan juga relatif rendah karena penanganan dalam produksi maupun teknis sanitasi dan higienenya yang belum baik.<sup>8</sup>

Bahan pangan yang berasal dari hewan merupakan sumber utama bakteri penyebab infeksi seperti *gastroenteritis*. Berdasarkan hasil penelitian dari Winata (2011) pada 12 kabupaten atau kota di Provinsi Jawa Barat terhadap 24 sampel daging sapi dan 36 sampel daging ayam. Hasil pengujian laboratorium menunjukkan cemaran *Salmonella* lebih banyak ditemukan pada daging ayam (66,7%) dibandingkan dengan daging sapi (54,2%). Hasil penelitian oleh Setiowati (2011) selama bulan April- Juni di wilayah DKI Jakarta terhadap 213 daging ayam dan hasil uji laboratorium menunjukkan 7,9% daging ayam tercemar bakteri *Salmonella*. Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan oleh Restika (2012) dari 24 sampel daging ayam yang berada di 3 pasar tradisional di Kota Tangerang Selatan (Pasar Jombang, Pasar Bukit, Pasar Modern) ditemukan 16,7% daging ayam yang telah tercemar bakteri *Salmonella*. Serta berdasarkan penelitian Aerita (2014) pada Pasar Banjaran dan Pasar Trayeman Kabupaten Tegal, dari 30 sampel daging ayam potong yang positif mengandung *Salmonella* sebanyak 16,7% dan yang negatif tidak mengandung *Salmonella* sebanyak 83,3%.<sup>9</sup>

Hasil penelitian selama bulan November 2011 sampai Januari 2012 di Kota Kendari terhadap 12 daging ayam yang berasal dari 3 pasar (pasar Mandonga, pasar Kota, pasar Bonggoeya) terdapat bakteri *E. coli* yang melebihi nilai ambang batas yang ditetapkan oleh SNI 2009, sehingga tidak aman untuk dikonsumsi. Dimana jumlah bakteri *E. coli* pada karkas ayam broiler yang terdapat pada pasar Mandonga ( $3,45 \times 10^1$  koloni/g), pasar Kota ( $3,31 \times 10^1$  koloni/g) dan pasar Bonggoeya ( $3,12 \times 10^1$  koloni/g) sudah melebihi batas SNI No: 7388:2009 yang diperbolehkan untuk dikonsumsi yaitu  $1 \times 10^1$  koloni/g.<sup>10</sup>

Permasalahan yang terjadi ditempat pemotongan ayam di pasar tradisional adalah penanganan limbah dan kebersihan tempat. Limbah yang dihasilkan dari proses pemotongan ayam langsung dibuang ke selokan tanpa dilakukan penanganan terlebih dahulu, hal ini dapat menyebabkan pencemaran lingkungan. Selain itu kebersihan tempat yang kurang baik dapat menyebabkan mikroorganisme berkembang dan menjadi sumber penyakit. Dampak lain yang bisa terjadi karena pengelolaan ayam yang tidak tepat adalah pencemaran lingkungan udara dan air akibat limbah yang dihasilkan dari usaha peternakan ayam terutama berupa kotoran ayam dan bau yang kurang sedap serta air buangan. Pencemaran udara terutama berupa bau dikeluarkan selama proses dekomposisi kotoran ayam. Bau tersebut berasal dari kandungan gas amonia yang tinggi dan gas hydrogen sulfida, ( $H_2S$ ), dimetil sulfida, karbon disulfida, dan merkaptan. Sumber pencemaran air adalah air buangan yang berasal dari cucian tempat pakan dan minum ayam serta keperluan domestik lainnya.<sup>8</sup>

## METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan survey observasional. Berdasarkan waktu pengambilan datanya termasuk penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel secara *Total Population Sampling*, total population sampling adalah seluruh anggota populasi merupakan sampel penelitian. Dimana yang akan diteliti merupakan seluruh anggota populasi jumlahnya adalah 30 pedagang ayam potong.<sup>11</sup>

## HASIL

### Higiene Pedagang Ayam Potong di Pasar Tradisional Kota Kendari

**Tabel 1. Distribusi Kriteria Higiene Pedagang Ayam Potong Di Pasar Tradisional Kota Kendari berdasarkan Hasil Penilaian**

No	Kriteria Higiene Pedagang Ayam ng	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memenuhi	1	3,33
2.	Tidak memenuhi	29	96,67
<b>Total</b>		30	100

### Sanitasi Tempat Pemotongan Ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari Sanitasi Bangunan.

**Tabel 2. Distribusi Kriteria Variabel Sanitasi Bangunan Berdasarkan Hasil Penilaian**

No	Kriteria Sanitasi Bangunan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memenuhi	1	3,33
2.	Tidak memenuhi	29	96,67
<b>Total</b>		30	100

### Sarana sanitasi

**Tabel 3. Distribusi Kriteria Variabel Sarana Sanitasi berdasarkan Hasil Penilaian**

No	Kriteria Sarana Sanitasi	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memenuhi	21	70
2.	Tidak memenuhi	9	30
<b>Total</b>		30	100

### Sanitasi Peralatan

**Tabel 4. Distribusi Kriteria Sanitasi Peralatan berdasarkan Hasil Penilaian**

No	Kriteria Sanitasi Peralatan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memenuhi	3	10
2.	Tidak memenuhi	27	90
<b>Total</b>		30	100

## Sanitasi Ayam

Tabel 5. Distribusi Kriteria Sanitasi Ayam berdasarkan Hasil Penilaian

No	Kriteria Sanitasi Ayam	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memenuhi	1	3,33
2.	Tidak memenuhi	29	96,67
<b>Total</b>		30	100

## Kriteria Sanitasi Tempat Pemotongan Ayam berdasarkan Hasil Penilaian

Tabel 6. Distribusi Kriteria Sanitasi Tempat Pemotongan Ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari berdasarkan Hasil Penilaian

No	Kriteria Sanitasi Tempat Pemotongan Ayam	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Memenuhi	1	3,33
2.	Tidak memenuhi	29	96,67
<b>Total</b>		30	100

## PEMBAHASAN

### Hasil Penilaian Higiene Pedagang Ayam Potong di Pasar Tradisional Kota Kendari

#### Kesehatan Pedagang Ayam Potong

Pedagang ayam harus dalam keadaan sehat saat bekerja. Tujuannya agar produktivitas kerja tetap terjaga dan terhindar dari penyakit yang dapat ditularkan ke produk ayam potong, misalnya bakteri *Salmonella*. Manusia bisa menjadi karier atau pembawa penyakit ini. Jika daging yang tercemar *Salmonella* tidak dimasak dengan matang, kuman tersebut dapat menular ke manusia. Secara umum, semua pedagang ayam terlihat dalam keadaan sehat saat bekerja, namun hanya sebagian kecil pedagang ayam yang memeriksakan kesehatan secara rutin satu tahun sekali.<sup>12</sup>

Pekerja harus sehat, tidak menderita penyakit menular (salmonellosis, TBC, hepatitis, penyakit kulit di tangan, diare, muntah, demam, dan sakit tenggorokan yang disertai demam). Setiap karyawan harus sehat dan diperiksa kesehatannya secara rutin minimal satu kali dalam setahun.<sup>13</sup>

#### Penggunaan Perlengkapan Standar

Pekerjaan sebagai pedagang ayam berhubungan dengan limbah atau kotoran yang berasal dari ayam. Kotoran atau feses merupakan salah satu sumber penular penyakit, karena terdapat jutaan bakteri dan milyaran virus di dalamnya. Oleh karena itu, penggunaan perlengkapan standar penting terutama untuk mencegah terjadinya penularan penyakit dari ayam ke manusia. Hasil

observasi dan wawancara menunjukkan bahwa tidak ada pedagang ayam yang menggunakan pakaian khusus untuk mendagangkan dagangannya. Penggunaan pakaian khusus dilakukan terutama untuk mencegah terjadinya penyebaran penyakit pada tubuh. Sebagian besar pedagang ayam sudah menggunakan sepatu boot saat bekerja. Penggunaan sepatu boot dilakukan terutama untuk mencegah terjadinya kutu air pada kaki. Responden yang tidak menggunakan sepatu boot saat bekerja mengaku tidak merasakan gejala kutu air yang berarti, sehingga tidak menggunakan sepatu boot. Selain itu, hanya sebagian kecil pedagang yang menggunakan penutup kepala dan masker. Penggunaan penutup kepala dan masker adalah untuk melindungi wajah dan rambut dari cipratan bulu dan darah. Padahal beberapa penyakit dari ayam dapat ditularkan lewat udara dan terhirup lewat lubang pernafasan, seperti virus flu burung. Penularan lewat udara bisa terjadi karena udara tercemar virus H5N1 yang berasal dari kotoran unggas yang sakit. Pedagang yang tidak menggunakan masker tentunya berpotensi tertular jika ayam yang akan dipotongnya membawa virus tersebut.<sup>14</sup>

Perlengkapan standar untuk pekerja pada proses pemotongan dan penanganan daging adalah pakaian kerja khusus, apron plastik, penutup kepala, penutup hidung dan sepatu boot.<sup>15</sup>

#### Perilaku Mencuci Tangan

Semua responden mencuci tangan setelah bekerja dan sesudah dari kamar mandi/WC. Namun, tidak semuanya mencuci dengan menggunakan sabun. Selain itu, hanya sebagian kecil yang mencuci sebelum bekerja. Mencuci tangan penting dilakukan untuk menghilangkan segala agen penyakit yang ada di tangan, terlebih lagi untuk pekerjaan yang melibatkan darah dan feses seperti pedagang ayam. Salah satu persyaratan pekerja yang harus dipenuhi adalah mencuci tangan sebelum dan setelah bekerja, setelah dari toilet/WC, setelah bersin atau batuk yang ditutup dengan tangan, menyentuh bahan tercemar, dan lain-lain.<sup>13</sup>

#### **Perilaku Baik Lainnya**

Sebagian besar responden mengaku tidak makan/minum dan tidak bersin di hadapan produk hanya sebagian kecil mengaku tidak menyentuh bagian muka atau telinga saat bekerja dan tidak merokok. Pekerjaan pedagang ayam berhubungan dengan benda yang kotor, sehingga tangan harus dijaga agar tidak mengenai bagian muka terutama mulut, karena mulut bisa menjadi jalan masuknya agen penyakit.

Pekerja harus mengenakan pakaian yang bersih, menghindari perilaku yang buruk (merokok, meludah, makan, batuk/bersin di hadapan produk, memasukkan jari ke dalam mulut, menggigit kuku), menanggalkan perhiasan, tidak menggunakan *make up* berlebihan, tidak menduduki peralatan, serta tidak menyentuh hidung, wajah, muka, telinga, dan rambut pada saat bekerja.<sup>13</sup>

### **Hasil Penilaian Sanitasi Bangunan Tempat Pemotongan Ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari**

#### **Lokasi**

Lokasi bangunan tumah pemotongan ayam berada di sekitar pemukiman warga. Hal ini sebenarnya kurang ideal, karena bisa menimbulkan gangguan bagi warga yang bermukim di sekitarnya. Berdasarkan hasil observasi, hanya sebagian kecil tempat pemotongan ayam yang berada di samping jalan raya. Selain itu, seluruh tempat pemotongan ayam tidak berada di dekat industri logam dan kimia juga tidak rawan banjir. Hal ini dikarenakan seluruh tempat pemotongan berada pada satu wilayah kota dan tidak termasuk dalam daerah industri.

Berdasarkan hasil observasi, hanya sebesar 92,86% tempat pemotongan ayam tidak menjadi satu dengan bangunan tempat tinggal. Artinya, pemilik tempat pemotongan ayam membuat bangunan tersendiri untuk usahanya yang terpisah dengan bangunan rumah tempat tinggalnya. Sebesar 7,14% bangunan tempat pemotongan ayam menjadi satu dengan tempat tinggalnya. Penempatan tempat pemotongan ayam pada sekitar rumah tempat tinggal bisa menimbulkan gangguan kesehatan pada penghuni rumah jika penghuni tidak dapat merawat lingkungan tempat pemotongan ayam dengan baik. Misalnya, feses ayam yang terbawa masuk ke lantai rumah tentunya dapat menimbulkan diare jika penghuni rumah tidak memiliki perilaku hidup bersih dan sehat seperti mencuci tangan sebelum makan. Bahkan penyakit lainnya akibat mikroorganisme dari ayam yang bertebaran di udara sekitar rumah karena pemilik tempat pemotongan ayam jarang membersihkan bangunannya.

Persyaratan lokasi tumah pemotongan ayam yang ideal antara lain tidak berada di bagian kota yang padat penduduknya serta letaknya lebih rendah dari pemukiman penduduk, tidak menimbulkan gangguan atau pencemaran lingkungan. Selain itu, lokasinya tidak berada dekat industri logam dan kimia, tidak berada di daerah rawan banjir, bebas dari asap, bau, debu dan kontaminan lainnya.<sup>15</sup>

#### **Konstruksi Bangunan**

Bangunan tempat pemotongan ayam yang memiliki tata ruang sesuai dengan alur proses produksi hanya sebesar 9 tempat pemotongan ayam, sedangkan yang lainnya tidak sesuai dengan alur proses. Pada sebagian besar tempat pemotongan ayam, hal ini dikarenakan ruang tempat pemotongan ayam yang kurang luas, sehingga sebagian besar proses pemotongan dilakukan di tempat yang berdekatan satu sama lain.

Tata ruang harus didesain agar searah dengan alur proses serta memiliki ruang yang cukup sehingga seluruh kegiatan pemotongan unggas dapat berjalan baik dan higienik. Besar ruangan juga harus disesuaikan dengan kapasitas pemotongan.<sup>15</sup>

Tempat pemotongan ayam memiliki pemisah fisik yang jelas antara daerah bersih dan daerah kotor. Daerah kotor adalah daerah dengan tingkat pencemaran biologik, kimiawi dan fisik yang tinggi, dimulai dari penerimaan unggas sampai dengan pengeluaran jeroan, sedangkan daerah bersih adalah daerah dengan tingkat pencemaran biologik, kimiawi dan fisik yang rendah, dimulai dari pencucian

karkas sampai penyimpanan segar. Antara daerah bersih dan kotor harus terpisah secara fisik, sehingga tidak menimbulkan kontaminasi dari daerah kotor ke daerah yang bersih.<sup>15</sup>

Pada proses pemotongan ayam, daerah bersih yang dimaksud adalah mulai dari karkas dicuci sampai dengan dikemas. Bangunan tempat pemotongan ayam belum memenuhi persyaratan dinding berwarna terang kedap air dan tidak mudah korosif. Persyaratan ini tidak terpenuhi antara lain karena seluruh dinding tempat pemotongan ayam yang terbuat dari kayu yang merupakan bahan tidak kedap air, dan bahkan ada tempat pemotongan ayam yang tidak ber dinding atau sebatas bangunan dengan tiang-tiang penyangga. pada persyaratan lantai, sebagian tempat pemotongan ayam sudah memenuhi persyaratan yakni sebesar 71,43%. pada tempat pemotongan ayam yang tidak memenuhi syarat, hal ini dikarenakan lantai yang berlubang- lubang. Lain halnya dengan persyaratan atap dan ventilasi yang sebagian besar sudah memenuhi persyaratan.

Dinding bagian dalam berwarna terang dan minimum setinggi 2 meter terbuat dari bahan yang kedap air, tidak mudah korosif, tidak toksik, tahan terhadap benturan keras, mudah dibersihkan dan didesinfeksi serta tidak mudah mengelupas. Lantai terbuat dari bahan kedap air, tidak mudah korosif, tidak licin, tidak toksik, mudah dibersihkan dan didesinfeksi dan landai ke arah saluran pembuangan. Selain itu, ventilasi (pertukaran udara) dalam bangunan harus baik.<sup>15</sup>

Seluruh pedagang ayam mengakui pernah melihat tikus berkeliaran di sekitar tempat pemotongan ayam, bahkan saat observasi dilakukan peneliti melihat tikus berkeliaran. Padahal rodent seperti tikus dapat menularkan zoonosis seperti penyakit pes, leptospirosis, scrub typhus, dan lain-lain. Manusia dapat terinfeksi leptospirosis apabila kontak dengan air, tanah (lumpur), tanaman, yang telah terkontaminasi oleh urin hewan-hewan penderita.<sup>16</sup>

Bangunan ini dilengkapi dengan dinding dan atap yang tinggi dan kokoh, serta ventilasi dengan lubang yang sempit sehingga menyulitkan rodent untuk memasuki ruangan. Konstruksi bangunan harus dirancang sedemikian rupa sehingga mencegah masuknya tikus atau rodensia, serangga dan burung masuk dan bersarang dalam bangunan. Masuknya serangga harus dicegah dengan melengkapi pintu, jendela atau ventilasi dengan kawat kasa atau dengan menggunakan metode pencegahan serangga lainnya. Beberapa serangga seperti lalat dan kecoa merupakan vektor penyakit dan biasanya menyukai tempat-tempat yang kotor seperti di tempat pemotongan ayam, sehingga upaya pencegahan serangga sangat diperlukan apalagi untuk tempat pemotongan ayam yang didirikan di rumah/tempat tinggal penduduk.<sup>15</sup>

Seluruh pemilik tempat pemotongan ayam tidak membersihkan bangunan tempat pemotongan ayamnya secara rutin, hanya saja ketika tampak terlihat kotor baru dibersihkan.

Proses pemotongan harus diistirahatkan satu hari dalam dua minggu untuk dilakukan pembersihan dan desinfeksi. Seluruh tempat pemotongan ayam memang tidak dibersihkan secara menyeluruh selama dua minggu sekali, namun lantai pemotongan yang merupakan bagian dari bangunan yang paling banyak tercemar limbah hasil pemotongan selalu dibersihkan setiap hari oleh pemilik tempat pemotongan ayam. Namun, hanya sebagian kecil yang membersihkan lantai dengan air dan deterjen, sedangkan yang lain hanya menyiram lantai dengan air, kemudian disapu atau disikat tanpa memberi deterjen.<sup>17</sup>

Pembersihan bangunan, perlengkapan, dan peralatan harus dilakukan secara teratur dan benar untuk menghilangkan kotoran yang terlihat secara fisik. Pembersihan harus menggunakan larutan deterjen untuk melarutkan atau suspensi kotoran dan lapisan mikroorganisme.<sup>13</sup>

### **Kelengkapan Bangunan**

Seluruh tempat pemotongan ayam memiliki tempat penurunan unggas hidup. Tempat pemotongan ayam yang memiliki tempat istirahat pedagang adalah sebesar 39,29%, dengan berupa bangku kayu yang lebar, serta tempat penyimpanan pribadi pedagang adalah berupa meja dengan rak. Terdapat 2 tempat pemotongan ayam memiliki generating set. Generating set adalah mesin yang biasanya digunakan dalam proses pencabutan bulu bersama dengan alat pencabut bulu jika listrik padam. Mesin ini tidak bergantung pada listrik PLN, sehingga ketika listrik padam proses pencabutan bulu dapat tetap menggunakan mesin, sehingga mempercepat pekerjaan dan pedagang ayam tidak perlu melakukan pencabutan bulu secara manual.

## **Hasil Penilaian Sarana Sanitasi Tempat Pemotongan Ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari**

### **Penyediaan Air Bersih**

Penyediaan air merupakan salah satu hal yang keberadaannya cukup vital di tempat pemotongan ayam, karena sebagian proses pemotongan membutuhkan air, yaitu air yang digunakan untuk melakukan proses pencelupan unggas, pencabutan bulu, dan air yang digunakan untuk membersihkan seluruh peralatan, lantai, bangunan, dan mencuci karkas atau daging ayam hasil pemotongan. Tanpa air, tempat pemotongan ayam akan menjadi tempat hidup agen-agen penyebab penyakit. Seluruh tempat pemotongan ayam yang diteliti memiliki ketersediaan air yang cukup dari segi kuantitas maupun kualitas fisik. Sumber air di seluruh tempat pemotongan ayam berasal dari PDAM, sumur bor, dan penjual air.

Sumber air harus tersedia dalam jumlah yang cukup dan memenuhi persyaratan baku mutu air minum. Persediaan air yang minimum harus disediakan yaitu 25-35 liter/ekor/hari.<sup>15</sup>

### **Sarana Cuci Tangan**

Tempat pemotongan ayam yang memiliki sarana cuci tangan yang dilengkapi sabun dan pengering tangan hanya sebagian kecil, namun seluruh tempat pemotongan ayam memiliki sarana cuci tangan mudah dijangkau di setiap tahap pemotongan. Persentase yang besar ini dikarenakan bangunan tempat pemotongan ayam tidak terlalu luas, sehingga setiap pedagang ayam bisa menjangkau sarana cuci tangan tersebut. Namun, kekurangannya adalah tata ruang seperti itu tidak sesuai dengan alur proses. Tata ruang yang tidak sesuai dengan alur proses dikhawatirkan akan menyebabkan proses pemotongan yang tidak higienik.

Sarana cuci tangan yang ideal adalah yang didisain sedemikian rupa agar tangan tidak menyentuh kran air setelah selesai mencuci tangan, dilengkapi dengan sabun dan pengering tangan seperti lap yang senantiasa diganti, kertas tissue atau pengering mekanik (*hand drier*). Sarana untuk mencuci tangan tersebut disediakan disetiap tahap proses pemotongan dan diletakkan ditempat yang mudah dijangkau.<sup>15</sup>

#### **a. Saluran Pembuangan Air Limbah**

Sebagian kecil tempat pemotongan ayam memiliki Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) yang memenuhi syarat, namun sebagian besar belum memilikinya hanya sebesar 32,14%. Sisanya yang tidak memiliki SPAL yang kedap air langsung membuang limbah ke selokan yang terbuat dari tanah, bahkan ada yang sengaja membuat saluran pembuangan yang mengarah ke permukaan tanah. Selain itu, hanya sebanyak 28,57% memiliki saluran pembuangan limbah yang lancar (tidak mampat).

Idealnya tempat pemotongan ayam memiliki sarana penanganan limbah dan incenerator. Setidaknya limbah cair dari proses pemotongan ditampung sementara, kemudian dilakukan pengurasan jika sudah penuh. Hal ini seperti halnya penampungan feses pada septic tank. Limbah yang dihasilkan dari proses pemotongan ayam di pasar tradisional Kota Kendari antara lain berupa bulu, darah, dan kotoran ayam.<sup>15</sup>

Pencemaran lingkungan udara dan air akibat limbah yang dihasilkan dari usaha peternakan ayam terutama berupa kotoran ayam dan bau yang kurang sedap serta air buangan. Pencemaran udara terutama berupa bau dikeluarkan selama proses dekomposisi kotoran ayam. Bau tersebut berasal dari kandungan gas amonia yang tinggi dan gas hidrogen sulfida, ( $H_2S$ ), dimetil sulfida, karbon disulfida, dan merkaptan.<sup>18</sup>

## **Hasil Penilaian Sanitasi Peralatan Tempat Pemotongan Ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari**

### **Pisau Potong**

Sebagian besar pedagang sudah memiliki pisau potong yang tidak berkarat. Semua pedagang mencuci pisau potong setiap hari setelah selesai digunakan, namun hampir tidak ada yang mencucinya dengan deterjen. Peralatan yang digunakan tidak boleh berkarat karena logam yang keropos atau terdegradasi dapat mencemari daging ayam dan beresiko menimbulkan gangguan kesehatan bagi konsumen, apalagi jika konsumen tidak membersihkan bahan pangan dengan benar. Misalnya, logam besi yang dapat menimbulkan keracunan, merusak hepar dan dinding usus jika dikonsumsi secara berlebihan.

Pembersihan harus menggunakan larutan deterjen untuk melarutkan atau mensuspensi kotoran dan lapisan mikroorganisme. Prosedur pembersihan yang baik yakni diawali dengan perendaman peralatan pada bak, dilanjutkan dengan penyikatan dan diakhiri pembilasan. Untuk hasil yang lebih

maksimal, desinfeksi dapat dilakukan dengan menggunakan desinfektan. Namun, penggunaan desinfektan perlu diwaspadai karena sebagian desinfektan bisa menjadi sumber pencemaran kimia pada daging ayam hasil pemotongan. Selain itu, ada desinfektan yang jika bercampur dengan larutan asam bisa menjadi toksik dan korosif.<sup>13</sup>

### **Panci Pencelupan**

Pada proses pemotongan ayam, terdapat tahapan dimana ayam yang telah disembelih kemudian dimasukkan ke dalam air hangat di dalam panci pencelupan selama beberapa detik. Tujuannya supaya mempermudah proses pencabutan bulu. Panci yang tidak berkarat terbuat dari bahan *stainless steel*. Selain itu, panci pencelupan tidak dicuci setiap hari hanya sebanyak 89,29%, namun hampir tidak ada yang mencucinya dengan deterjen.

### **Alat Pencabut Bulu**

Hampir semua tempat pemotongan ayam menggunakan alat pencabut bulu yang menggunakan bahan *stainless steel*, sehingga tidak terlihat adanya karat. Alat pencabut bulu yang berkarat disebabkan oleh bahannya yang mudah korosif.

Peralatan yang langsung berhubungan dengan daging harus terbuat dari bahan yang tidak toksik, tidak mudah korosif, mudah dibersihkan dan didesinfeksi serta mudah dirawat.<sup>15</sup>

### **Kandang Unggas**

Seluruh kandang unggas di tempat pemotongan ayam yang diteliti tidak dibersihkan setiap hari. Pedagang ayam mengaku membersihkan seminggu sekali dan dua sampai 3 hari sekali dalam seminggu. Selain itu, tidak ada satupun kandang unggas yang dibersihkan dengan air bersih dan deterjen. Peralatan makan, minum, dan kandang unggas harus dicuci dan didesinfeksi setiap hari.<sup>16</sup>

### **Hasil Penilaian Sanitasi Ayam Tempat Pemotongan Ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari**

Ayam yang datang di tempat pemotongan ayam ditampung sementara di kandang atau tempat penampungan sementara. Pemuaasaan ayam adalah tidak memberikan makan pada ayam, tetapi boleh memberikan minum. Pemuaasaan ayam sebaiknya selama 8 – 12 jam sebelum pemotongan. Tujuan dari pemuaasaan adalah agar pada saat penyembelihan dilakukan, tembolok dalam keadaan kosong, sehingga kemungkinan terjadinya pencemaran akibat isi tembolok atau isi usus yang keluar dapat dihindari. dengan demikian, daging hasil pemotongan lebih higienis.<sup>13</sup>

Proses pemuaasaan ayam sebenarnya berlangsung mulai dari ayam diangkut dari peternakan dari daerah lain dengan mobil *pick up* sampai di tujuan penampungan ayam sementara sebelum ayam dipotong dimaksudkan untuk memulihkan kondisi ayam, serta menghilangkan stres pada ayam setelah melalui proses penangkapan dan transportasi. Pengistirahatan ayam minimal adalah dua jam sebelum proses pemotongan.<sup>13</sup>

Tidak ada satupun tempat pemotongan ayam yang mencuci daging ayam hasil pemotongan dengan air bersih mengalir, melainkan hanya merendam daging ke dalam bak selama beberapa menit, kemudian mengangkat dan meletakkannya ke alas tertentu. Pembilasan yang benar adalah dengan cara penyemprotan karkas dengan menggunakan air bersih bertekanan. Hal ini bertujuan untuk membersihkan perlekatan kotoran pada kulit. dengan demikian daging terbebas dari mikroorganisme penyebab penyakit.<sup>13</sup>

Seluruh tempat pemotongan ayam meletakkan karkas ayam di alas kedap air dan bukan di lantai pemotongan. Penempatan karkas pada lantai pemotongan menyebabkan terkontaminasinya daging ayam yang telah dipotong oleh darah dan kotoran ayam yang ada di lantai pemotongan. Daging ayam yang telah dipotong harus dihindarkan dari kontak langsung dengan lantai pemotongan.<sup>16</sup>

Tempat pemotongan ayam hendaknya memiliki sarana pembuangan limbah padat sementara, termasuk penanganan unggas mati. Hanya sebesar 17,86% pedagang ayam potong mengaku meletakkan bangkai ayam pada wadah tertutup jika terdapat ayam yang mati, sedangkan sisanya tidak. Menurut pedagang ayam potong, adanya kejadian ayam mati jarang terjadi.<sup>17</sup>

## SIMPULAN

Higiene pedagang ayam potong dan sanitasi tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari secara umum belum memenuhi persyaratan.

1. Sebagian besar higiene pedagang ayam potong di Pasar Tradisional Kota Kendari masih belum memenuhi persyaratan, karena sebagian besar tidak pernah memeriksa kesehatan, tidak menggunakan masker dan penutup kepala dan merokok pada saat bekerja.
2. Sebagian besar sanitasi bangunan tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari masih belum memenuhi persyaratan, terutama karena masih adanya tempat pemotongan ayam yang menjadi satu dengan tempat tinggal, konstruksinya tidak bebas rodent, dan tidak didesinfeksi secara menyeluruh selama 2 minggu sekali.
3. Sebagian besar sarana sanitasi tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari sudah memenuhi persyaratan, namun masih belum ada yang mempunyai sarana penanganan limbah cair.
4. Sebagian besar sanitasi peralatan tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari sudah memenuhi persyaratan, namun ada sebagian kecil yang memiliki pisau berkarat dan peralatan tidak dicuci dengan deterjen.
5. Sebagian besar sanitasi ayam tempat pemotongan ayam di Pasar Tradisional Kota Kendari masih belum memenuhi persyaratan, terutama karena daging hasil pemotongan tidak dicuci dengan air mengalir. Selain itu, tidak ada tempat penampungan sementara unggas yang mati.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sumantri, A., 2010, *Kesehatan Lingkungan dan Perspektif Islam*. Kencana Prenada Media Group. Jakarta.
2. Direktorat Jendral Peternakan dan Kesehatan Hewan, 2011, *Statistik Peternakan dan Kesehatan Hewan*, Jakarta: Departemen Litbang.
3. Sahma, Abu. 2012. Industri Ayam Potong Serap Ribuan Tenaga Kerja. <http://www.jurnas.com/news/73397/IndustriAyamPotongSerapRibuanTenagaKerjaEkonomi> (diakses tanggal 12 September 2017).
4. Tolistiawati, I., Junus, W., Rina, I., Leonardo, T.L., 2015, Gambaran Rumah Potong Hewan/Tempat Pemotongan Hewan di Kabupaten Sigi, Sulawesi Tengah, *Jurnal Vektor Penyakit*, Vol.9 (2).
5. Supardi dan Sukanto, 2010, *Mikrobiologi dalam Pengelolaan dan Keamanan Pangan*, Penerbit Alumni, Bandung.
6. Direktorat Jendral Peternakan dan Kesehatan Hewan, 2014, *Statistik Peternakan dan Kesehatan hewan*, <http://industri.kontn.co.id>, Diakses 02 Agustus 2017.
7. Badan Pengawas Obat dan Makanan, 2013, *Laporan Tahunan Badan POM RI*. Jakarta: BPOM.
8. Juanda, Agus, 2012, *H2S dan Bahayanya*. <http://www.kesehatankerja.com/H2S.htm> sitasi tanggal 29 Agustus 2013.
9. Sari, A.I., Mulyadi, A., Afandi, D., 2015, Hubungan Higiene dan Sanitasi Pedagang dengan Kontaminasi *Salmonella pada Daging Ayam Potong di Pasar Tradisional Pekanbaru*, *Jurnal Ilmu Lingkungan*, Vol 9(2).
10. Hafid, H., Nursanti, Irawan, FY., 2014, Evaluasi Kualitas karkas Ayam Broiler di Beberapa Pasar tradisional di Kota Kendari, *Seminar Nasional Teknologi Peternakan dan Veteriner*.
11. Al ishaqi hafidz, 2013, Analisis Higiene Penjual Ayam dan Sanitasi Rumah Pemotongan Ayam di Desa Sidowungu Kecamatan Menganti Kabupaten Gresik, Skripsi, Universitas Arlangga, Surabaya.
12. Soeharsono, 2002, *Zoonosis Penyakit Menular dari Hewan ke Manusia*. Kanisius. Yogyakarta.
13. Direktorat Kesmasvet dan Pascapanen. 2010. *Pedoman Produksi dan Persyaratan Daging Unggas yang Higienis*. Ditjen Peternakan dan Kesehatan Hewan. Jakarta.
14. Departemen Kesehatan RI, 2006, *Waspada Flu Burung*. Pusat Komunikasi Publik Depkes RI. Jakarta.
15. Standar Nasional Indonesia. 1999. SNI 01-6160- 1999. Rumah Pemotongan Unggas. Standardisasi Nasional-BSN Jakarta.
16. Yudhastuti, Ririh. 2011, *Pengendalian Vektor dan Rodent*. Pustaka Melati. Surabaya
17. Komnas FBPI, 2008, *Pedoman Pasar Unggas dan Daging Unggas yang Bersih dan Sehat*. Komite Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza, Jakarta.
18. Rachmawati, S., 2013, Upaya Pengelolaan Lingkungan Usaha Peternak Ayam, *Wartozoa*, Vol. 9(2).



# PENGARUH SUHU UDARA DAN KEPADATAN PENDUDUK TERHADAP ANGKA JENTIK PADA KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI KOTA KENDARI

## *THE EFFECT OF AIR TEMPERATURE AND POPULATION DENSITY ON TYPES OF FISHING IN THE EVENT OF dengue hemorrhagic Fever (DHF) IN KENDARI CITY*

Ruslan Majid<sup>1</sup>, Parit Reza<sup>2</sup>, Jumakil<sup>3</sup>, Sri Nuralami<sup>4</sup> dan Junaid<sup>5</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo Kendari Sulawesi tenggara Indonesia<sup>1-5</sup>

<sup>1</sup>Email: [ruslanmajid744@gmail.com](mailto:ruslanmajid744@gmail.com)

### ABSTRAK

Salah satu penyakit menular yang merupakan masalah kesehatan masyarakat dan memiliki dampak sosial dan ekonomi adalah Demam Berdarah Dengue (DBD). Upaya untuk mengendalikan laju kejadian DBD telah dilakukan, tetapi belum mampu mengurangi jumlah pasien DBD, terutama di Kota Kendari. Analisis jalur adalah analisis statistik yang mampu menjelaskan penyebab aliran dan besarnya pengaruh faktor penentu kejadian DBD. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh suhu udara, dan kepadatan populasi terhadap jumlah larva bebas dan dampaknya terhadap kejadian DBD di Kota Kendari pada tahun 2008-2015. Jenis penelitian ini adalah studi ekologi atau studi korelasi populasi. Hasil berdasarkan analisis jalur adalah pengaruh suhu udara total terhadap jumlah larva bebas 0,273 dan dampak pada kejadian DBD sebesar -0,214. Efek dari kepadatan populasi total pada jumlah larva bebas adalah 1,043 dan dampak pada kejadian DBD adalah -0,818. Pengaruh jumlah total larva bebas terhadap kejadian DBD adalah -0,784. Dianjurkan untuk otoritas kesehatan, pemangku kepentingan dan masyarakat secara keseluruhan untuk selalu melakukan upaya untuk memotong rantai penularan dan mengurangi kejadian DBD.

**Kata kunci:** Iklim, Kepadatan Penduduk, DBD.

### ABSTRACT

*One infectious disease that is a public health problem and has social and economic impacts is Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). Efforts to control the rate of DHF events have been made, but have not been able to reduce the number of DHF patients, especially in Kendari City. Path analysis is a statistical analysis that is able to explain the cause of the flow and the magnitude of the influence of the determinants of DHF events. The purpose of this study was to determine the effect of air temperature, and population density on free larvae numbers and their impact on the incidence of DHF in Kendari City in 2008-2015. This type of research is an ecological study or population correlation study. The results based on path analysis are the effect of total air temperature on the number of free larvae of 0.273 and the impact on the incidence of DHF of -0.214. The effect of total population density on free larvae numbers was 1.043 and the impact on DHF incidence was -0.818. The influence of the total number of free larvae on the incidence of DHF was -0.784. It is recommended to health authorities, stakeholders and the community as a whole to always make efforts to cut the transmission chain and reduce the incidence of DHF.*

**Keywords:** Climate, Population Density, DHF.

### PENDAHULUAN

Kebijakan dalam pengendalian penyakit DBD yaitu menemukan kasus secepatnya dan mengobati sesuai protap, memutuskan mata rantai penularan dengan pemberantasan vektor (nyamuk dewasa dan jentik-jentiknya), kemitraan dalam wadah POKJANAL DBD (Kelompok Kerja Operasional DBD),

pemberdayaan masyarakat dalam gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN 3M Plus) dan Peningkatan profesionalisme pelaksana program. Sampai saat ini upaya tersebut belum menampakkan hasil yang diinginkan karena setiap tahun masih terjadi peningkatan angka kematian<sup>1</sup>. Tahun 2012, ada 2.000 kasus DBD di lebih dari 10 negara di Eropa. Setidaknya 500.000 penderita DBD memerlukan rawat inap setiap tahunnya, jumlah proporsi yang besar dari mereka adalah anak-anak dan 2.5% dilaporkan meninggal dunia<sup>2</sup>.

Selanjutnya di Indonesia tahun 2014, jumlah penderita DBD, ada 100.347 kasus (IR 39 per 100.000 penduduk) dengan jumlah kematian 907 orang (CFR 0,90%) dan jumlah kota yang terjangkau 433 (84,74%) Kabupaten/kota. Sedangkan tahun yang sama penderita DBD di Provinsi Sulawesi Tenggara ada 838 kasus (IR 34 per 100.000 penduduk) dan kematian ada 8 orang (CFR 0,95%) dan jumlah kota yang terjangkau 9 (64,29%) Kabupaten/kota<sup>3</sup>. Berdasarkan laporan dari Seksi Bina P2PL Dinkes Kota Kendari, pada tahun 2012 tercatat jumlah kasus DBD di Kota Kendari sebanyak 114 kasus dengan IR 39 per 100.000 penduduk dan pada tahun 2013 meningkat menjadi 231 kasus dengan IR 74 per 100.000 penduduk. Sedangkan pada tahun 2014, kasus DBD di Kota kendari mengalami penurunan menjadi 30 kasus dengan IR 9 per 100.000 penduduk. Saat ini jumlah kasus DBD di Kota Kendari pada tahun 2015 kembali meningkat dan mencapai 78 kasus dan pada tahun 2016 dari bulan Januari hingga bulan Juni mengalami peningkatan yang cukup tinggi yakni mencapai 1015 kasus, sehingga penyakit DBD masih menjadi masalah kesehatan masyarakat<sup>4</sup>.

Secara umum model global perubahan iklim memperkirakan seluruh wilayah Indonesia akan mengalami kenaikan temperatur (dengan laju yang lebih rendah dibandingkan wilayah sub-tropis). Perubahan iklim menyebabkan perubahan curah hujan, suhu, kelembaban, arah udara sehingga berefek terhadap ekosistem daratan dan lautan serta berpengaruh terhadap kesehatan terutama terhadap perkembangbiakan vektor penyakit seperti nyamuk *Aedes*<sup>5</sup>.

Penularan beberapa penyakit menular sangat dipengaruhi faktor iklim, khususnya suhu, curah hujan, kelembaban, dan angin<sup>6</sup>. Faktor yang mungkin juga memengaruhi penularan DBD adalah urbanisasi, mobilitas penduduk, kepadatan penduduk dan transportasi. Penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk (Kemenkes RI, 2010). Jumlah individu yang besar berada di suatu wilayah tertentu akan memudahkan penyebaran penyakit DBD, karena akan memudahkan dan mempercepat transmisi virus Dengue dari vektor. Daerah yang padat penduduk cenderung memiliki higienitas lingkungan yang kurang baik, dan sangat bergantung pada perilaku masyarakat. Sehingga keadaan lingkungan yang kurang baik dapat mendukung terhadap perkembangbiakan vektor<sup>7</sup>.

Penelitian ini mencoba mengidentifikasi seberapa besar kontribusi suhu udara, dan kepadatan penduduk terhadap kejadian DBD. dalam penelitian ini akan dikaji suatu analisis statistik yang bisa mendeteksi besarnya pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap kejadian DBD. Salah satu analisis statistik yang dapat digunakan untuk menganalisis hubungan sebab akibat dari beberapa variabel adalah analisis jalur (*path analysis*) maka peneliti memutuskan mengambil judul "Pengaruh Suhu Udara dan Kepadatan Penduduk Terhadap Angka Bebas Jentik (ABJ) serta Dampaknya Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Kendari Tahun 2008-2015"

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan studi ekologi atau studi korelasi populasi tentang pengaruh dan kepadatan penduduk terhadap kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Kendari dalam 8 tahun (2008-2015)<sup>8</sup>. Penelitian ini akan dilaksanakan di Kota Kendari pada Desember 2016. Lokasi Penelitian didasarkan pada pertimbangan karena Kota Kendari merupakan daerah endemis DBD, dengan pendataan kasus DBD yang relatif baik, pengamatan iklim dan kepadatan penduduk di Kota Kendari yang secara rutin dilaksanakan dibuktikan dengan masih tersedia data periode 2008-2015.

Populasi dalam penelitian ini adalah agregat data insiden DBD yang tercatat di Dinas Kesehatan Kota Kendari tahun 2008-2015. Tidak dilakukan pengambilan sampel karena pengamatan dilakukan

pada total populasi dengan unit pengamatan adalah Kota Kendari. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari beberapa sumber yang menyediakan data berkaitan dengan variabel yang akan diteliti. Data yang dikumpulkan yaitu jumlah kejadian DBD, angka suhu udara, kepadatan penduduk di Kota Kendari tahun 2008-201

## HASIL

Berdasarkan hasil uji normalitas *Shapiro-Wilk*, semua variabel memiliki distribusi data normal dengan nilai  $p > 0,05$ . Hasil analisis univariat, dideskripsikan bahwa ukuran pemusatan kejadian DBD di Kota Kendari tahun 2008-2015 dalam bentuk rerata (IK95%) yaitu 245,38 dengan simpang baku 240,84 (IK95% 44,01–446,74). dengan demikian, rata-rata jumlah kasus DBD setiap tahunnya di Kota Kendari pada tahun 2008-2015 adalah sebanyak 245 kasus.

Berdasarkan analisis univariat, dideskripsikan bahwa ukuran pemusatan suhu udara rata-rata di Kota Kendari tahun 2008-2015 dalam bentuk rerata yaitu 26,9 dengan simpang baku 0,2 (IK95% 26,8–27,1). dengan demikian, rata-rata suhu udara per tahun di Kota Kendari tahun 2008-2015 adalah 26,9°C dan merupakan suhu optimum untuk pertumbuhan nyamuk dan pertumbuhan akan berhenti sama sekali bila suhu kering dari 10°C atau lebih dari 40°C.

Berdasarkan analisis univariat, dideskripsikan bahwa ukuran pemusatan kelembaban udara di Kota Kendari tahun 2008-2015 dalam bentuk rerata (IK95%) yaitu 83,52 dengan simpang baku 1,46 (IK95% 82,31–84,73). dengan demikian, rata-rata kelembaban udara per tahun di Kota Kendari tahun 2008-2015 adalah sebesar 83,52% dan merupakan kelembaban udara optimum untuk kehidupan vektor yaitu pada kisaran 70%-90%.

Berdasarkan hasil analisis univariat, dideskripsikan bahwa ukuran pemusatan kepadatan penduduk di Kota Kendari tahun 2008-2015 dalam bentuk rerata (IK95%) yaitu 1070,50 dengan simpang baku 146,43 (IK95% 948,08-1192,92). dengan demikian, rata-rata kepadatan penduduk per tahun di Kota Kendari tahun 2008-2015 adalah 1070,50.

## Analisis Bivariat

Dari hasil uji korelasi Pearson, diperoleh nilai  $r$  sebesar -0,405 yang menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan korelasi sedang. Karena nilai  $p > 0,05$ , maka korelasi antara suhu udara dengan angka bebas jentik (ABJ) tidak signifikan. Hal ini menjelaskan terdapat korelasi tidak searah tapi tidak signifikan antara suhu udara dan angka bebas jentik dalam artian peningkatan suhu udara akan berdampak tidak signifikan menurunkan angka bebas jentik di Kota Kendari tahun 2008-2015.

Dari hasil uji korelasi Pearson, diperoleh nilai  $r$  sebesar 0,873 yang menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat kuat. Karena nilai  $p < 0,05$  maka korelasi antara kepadatan penduduk dengan angka bebas jentik (ABJ) signifikan. Hal ini menjelaskan terdapat korelasi searah dan signifikan antara kepadatan penduduk dan angka bebas jentik dalam artian peningkatan kepadatan penduduk akan berdampak signifikan menurunnya angka bebas jentik di Kota Kendari tahun 2008-2015.

## DISKUSI

Banyak faktor yang dapat memengaruhi kejadian DBD baik berasal dari aspek vektor (jenis dan kepadatan), demografi (kepadatan, mobilitas, perilaku, sosial ekonomi penduduk). dalam penelitian ini kejadian DBD hanya dilihat dari beberapa faktor yakni suhu udara, kepadatan penduduk menggunakan analisis jalur. Berdasarkan perhitungan secara keseluruhan, variabel yang memiliki pengaruh terbesar terhadap kejadian DBD adalah kepadatan penduduk.

### Pengaruh Suhu Udara Terhadap Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Dampaknya

Rata-rata suhu udara per tahun di Kota Kendari tahun 2008-2015 adalah 26,9°C. Dari hasil uji korelasi Pearson, diperoleh nilai  $r$  sebesar -0,405 yang menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan korelasi

sedang. Karena nilai  $p > 0,05$ , maka korelasi antara suhu udara dengan angka bebas jentik tidak signifikan di Kota Kendari tahun 2008-2015.

Berdasarkan hasil analisis jalur, diperoleh bahwa pengaruh total suhu udara terhadap angka bebas jentik adalah pengaruh yang searah (positif) sebesar  $\beta_{yx1} = 0,273$  dan pengaruh total terhadap kejadian DBD melalui variabel angka bebas jentik adalah pengaruh tidak searah (negatif) sebesar  $\beta_{zyx1} = -0,214$ . Hal ini menjelaskan bahwa kecenderungan peningkatan suhu udara memberikan kecenderungan kenaikan angka bebas jentik dan berdampak pada menurunnya kejadian DBD. Begitu pula sebaliknya menurunnya suhu udara memberikan kecenderungan turunnya angka bebas jentik dan berdampak pada meningkatnya kejadian DBD. Penelitian ini sejalan yakni mengemukakan bahwa ABJ mempunyai hubungan searah (positif) dengan keamatan sedang dengan suhu di Kota Pekanbaru Provinsi Riau<sup>9</sup>.

Dari analisis bivariat, hubungan antara suhu udara dengan angka bebas jentik bersifat tidak searah (negatif) yang berbeda pada hasil analisis jalur yang hubungan keduanya bersifat searah (positif). Ini dapat diakibatkan karena pada analisis bivariat hanya memperhitungkan korelasi suhu udara dan angka bebas jentik sedangkan faktor lainnya dianggap tetap. Sedangkan pada analisis jalur, memperhitungkan pengaruh suhu udara secara bersama-sama dengan variabel eksogen lain sehingga hasilnya dapat berbeda karena adanya pengaruh dari variabel eksogen lainnya. Secara statistik pengaruh suhu udara dengan angka bebas jentik tidak signifikan diakibatkan pengolahan dan analisis data yang secara per tahun karena erat kaitannya keadaan suhu udara dalam periode yang lebih singkat.

Rata-rata suhu udara di Kota Kendari selama tahun 2008-2015 adalah berkisar  $26,9^{\circ}\text{C}$ . Suhu tersebut merupakan kondisi optimum dalam pertumbuhan dan perkembangan vektor DBD. Nyamuk dapat bertahan hidup pada suhu rendah ( $10^{\circ}\text{C}$ ), tetapi metabolismenya menurun atau bahkan terhenti bila suhunya turun sampai dibawah suhu kritis  $4,5^{\circ}\text{C}$ . pada suhu yang lebih tinggi dari  $35^{\circ}\text{C}$  juga mengalami perubahan dalam arti lebih lambatnya proses-proses fisiologis. Rata-rata suhu optimum untuk pertumbuhan nyamuk adalah  $25-30^{\circ}\text{C}$ . Suhu udara memengaruhi perkembangan virus dalam tubuh nyamuk, tingkat menggigit, istirahat dan perilaku kawin, penyebaran dan durasi siklus gonotrophik). Suhu udara memengaruhi perkembangan virus dalam tubuh nyamuk, tingkat menggigit, istirahat dan perilaku kawin, penyebaran dan durasi siklus gonotrophik<sup>10</sup>.

Walaupun dengan besar pengaruh yang tidak terlalu besar dan tidak signifikan bukan berarti bahwa pengaruh suhu udara terhadap angka bebas jentik dan kejadian DBD diabaikan. Perlunya kewaspadaan keadaan suhu udara khususnya pada suhu-suhu udara optimum perkembangbiakan nyamuk karena pengaruh suhu udara terhadap angka bebas jentik dan kejadian DBD lebih dominan ketika dianalisis dalam rentang waktu yang singkat.

### **Pengaruh Kepadatan Penduduk dengan Angka Bebas Jentik dan Dampaknya**

Rata-rata kepadatan penduduk di Kota Kendari tahun 2008-2015 adalah 1071 penduduk/km<sup>2</sup>. Dari hasil uji korelasi Pearson, diperoleh nilai  $r$  sebesar 0,873 yang menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat kuat. Karena nilai  $p < 0,05$  maka terdapat korelasi yang signifikan antara kepadatan penduduk dengan angka bebas jentik di Kota Kendari tahun 2008-2015.

Berdasarkan hasil analisis jalur, diperoleh bahwa pengaruh total kepadatan penduduk terhadap angka bebas jentik adalah pengaruh searah sebesar  $\beta_{yx4} = 1,043$  dan pengaruh total terhadap kejadian DBD melalui variabel angka bebas jentik adalah pengaruh tidak searah sebesar  $\beta_{zyx4} = -0,818$ . Hal ini menjelaskan bahwa kecenderungan meningkatnya kepadatan penduduk memberikan indikasi meningkatnya angka bebas jentik yang berdampak pada menurunnya kejadian DBD. Begitu pula sebaliknya menurunnya kepadatan penduduk memberikan kecenderungan turunnya angka bebas jentik dan meningkatnya kejadian DBD.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa ada korelasi bermakna dan kekuatan hubungannya kuat, hubungan yang dihasilkan tidak searah (negatif) antara kepadatan penduduk dengan tren kejadian DBD di kota kendari tahun 2010-2020<sup>11</sup>. Hasil ini juga tidak sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa hubungan yang searah (positif) tetapi tidak bermakna antara kepadatan penduduk dengan kejadian DBD di Kota Makassar<sup>12</sup>.

Pengaruh kepadatan penduduk merupakan jalur yang memiliki pengaruh paling dominan diantara variabel eksogen lainnya. Hal ini bisa disebabkan karena kepadatan penduduk juga terkait perilaku dari masing-masing masyarakat dalam menghadapi faktor risiko kejadian DBD. Bisa juga akibat mobilisasi dan pergerakan penduduk yang berpotensi untuk menularkan penyakit tersebut.

Masyarakat yang prilakunya kurang baik cenderung membuang sampah sembarang, akibatnya banyak sampah yang dapat menjadi media tempat perkembangbiaknya jentik nyamuk. Air hujan yang tidak sampai menimbulkan banjir dan air menggenang di suatu wadah/media yang menjadi tempat perkembang-biakan nyamuk yang aman dan relatif masih bersih (misalnya cekungan di pagar bambu, pepohonan, kaleng bekas, ban bekas, atap atau talang rumah). Tersedianya air dalam media akan menyebabkan telur nyamuk menetas dan setelah 10 -12 hari akan berubah menjadi nyamuk.

Pola yang searah (positif) tidak selalu terjadi pada seluruh tempat, perlu diketahui bahwa kasus DBD tidak hanya banyak terjadi pada daerah yang padat penduduknya. Kasus DBD juga banyak terjadi pada daerah yang tergolong rendah hingga sedang kepadatan penduduknya. Walaupun tingkat kepadatan penduduk rendah, peluang kenaikan insiden dapat saja terjadi karena orang yang mendiami daerah tersebut cukup cepat pergerakannya. Mobilitas penduduk semakin cepat, di mana setiap harinya orang datang dan pergi secara cepat serta membawa potensi untuk menularkan penyakit kepada penduduk sekitar, sehingga meskipun kepadatan penduduknya rendah, tidak menutup kemungkinan kejadian DBD menjadi tinggi. Begitu pula ketika kepadatan penduduk di suatu wilayah tinggi tidak menutup kemungkinan penurunan angka kejadian DBD. Hal ini terkait dengan perilaku senantiasa menjaga lingkungan dan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan DBD serta aktif dalam kegiatan PSN.

Sebagai variabel dengan pengaruh terbesar terhadap angka bebas jentik  $\beta_{yx4}= 1,043$  dan kejadian DBD  $\beta_{zy4}= -0,818$  memberikan informasi bahwa banyaknya penduduk lebih dominan menentukan angka bebas jentik dan kejadian DBD sehingga diperlukan kesadaran, kemauan dan kewaspadaan masyarakat dalam melakukan tindakan preventif untuk meningkatkan angka bebas jentik dan memotong rantai penularan penyakit DBD. Oleh karena itu, banyaknya penduduk akan berkontribusi besar dalam menentukan angka bebas jentik dan kejadian DBD tergantung bagaimana keadaan masyarakat, perilaku dan lingkungannya.

### **Pengaruh Angka Bebas Jentik terhadap Kejadian DBD**

Rata-rata angka bebas jentik di Kota Kendari tahun 2008-2015 adalah 77,41%. Dari hasil uji korelasi Pearson, diperoleh nilai  $r$  sebesar  $-0,784$  yang menunjukkan korelasi negatif dengan kekuatan korelasi kuat. Karena nilai  $p < 0,05$  maka terdapat korelasi yang signifikan antara angka bebas jentik dengan kejadian DBD di Kota Kendari tahun 2008-2015. dengan kekuatan korelasi kuat dan arah korelasi negatif mengindikasikan bahwa ada kecenderungan kenaikan kejadian DBD di Kota Kendari ketika angka bebas jentik rendah dan sebaliknya tingginya angka bebas jentik cenderung mengakibatkan kejadian DBD menurun.

Berdasarkan hasil analisis jalur, diperoleh bahwa pengaruh total angka bebas jentik terhadap kejadian DBD sama dengan pengaruh langsung terhadap kejadian DBD yakni pengaruh tidak searah sebesar  $\beta_{zy}= -0,784$ . Hal ini menjelaskan bahwa kecenderungan meningkatnya angka bebas jentik memberikan indikasi penurunan terhadap kejadian DBD. Begitu pula sebaliknya menurunnya angka bebas jentik mengakibatkan meningkatnya kejadian DBD. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara angka bebas jentik dan tidak searah (negatif) dengan kejadian DBD di Kecamatan Karangmalang<sup>13</sup>.

Untuk mencegah penyakit DBD, adalah dengan memberantas nyamuk penularnya. Salah satu cara untuk memberantas nyamuk *Aedes aegypti* adalah memberantas jentik-jentiknya di tempat berkembang biaknya. Cara ini dikenal dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD). Ukuran atau indikator yang digunakan memantau program PSN-DBD adalah Angka Bebas Jentik (ABJ) atau persentase rumah-rumah yang tidak ditemukan jentik. Partisipasi masyarakat dalam PSN secara tidak langsung dapat tergrafik dari ABJ yang dihasilkan. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya

tempat-tempat perindukkan nyamuk dapat dibasmi apabila masyarakat rutin menjalankan PSN di rumah maupun di lingkungannya. PSN yang antara lain berisikan kegiatan 3M (menguras, mengubur dan menutup) merupakan cara yang efektif untuk membatasi perkembangbiakan nyamuk. Adanya pelaksanaan PSN yang rutin dapat menjadikan tempat perindukkan nyamuk terbatas dan dapat pula membunuh atau membuang jentik yang ada. dengan cara ini, maka populasi jentik maupun nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditekan serendah-rendahnya. Sebagaimana yang diketahui, ABJ dapat dijadikan indikator pengendalian dan pemberantasan DBD. pada dasarnya dari ABJ dapat dilihat bagaimana penyebaran tempat perindukkan jentik nyamuk *Aedes aegypti*.

Pengaruh yang tidak searah angka bebas jentik terhadap kejadian DBD yang sebesar  $\beta_{zy} = -0,784$  memberikan informasi bahwa perlunya mewaspadaai kejadian DBD ketika angka bebas jentik berada pada angka yang cukup rendah ditambah lagi untuk rata-rata angka bebas jentik (ABJ) di Kota Kendari tahun 2008-2015 yaitu 77,41% yang belum mencapai target nasional, sehingga kewaspadaan terhadap kejadian DBD harus ditingkatkan. Angka bebas jentik yang sebelumnya juga dipengaruhi oleh faktor iklim dan kepadatan penduduk perlu diperhatikan khususnya kepadatan penduduk yang memiliki kontribusi terbesar terhadap angka bebas jentik yang menyangkut perilaku masyarakat dalam melakukan upaya-upaya preventif terhadap perkembangan vektor dan kejadian DBD.

## SIMPULAN

1. Peningkatan suhu udara memberikan kecenderungan kenaikan angka bebas jentik dan berdampak pada menurunnya kejadian DBD. Begitu pula sebaliknya menurunnya suhu udara memberikan kecenderungan turunnya angka bebas jentik dan berdampak pada meningkatnya kejadian DBD.
2. Meningkatnya kepadatan penduduk akan berpengaruh meningkatnya angka bebas jentik yang berdampak pada menurunnya kejadian DBD. Begitu pula sebaliknya menurunnya kepadatan penduduk berpengaruh turunnya angka bebas jentik dan meningkatnya kejadian DBD.
3. Pengaruh total angka bebas jentik terhadap kejadian DBD adalah pengaruh tidak searah sebesar -0,784 di Kota Kendari tahun 2008-2015. Hal ini menjelaskan bahwa meningkatnya angka bebas jentik berpengaruh terhadap penurunan terhadap kejadian DBD. Begitu pula sebaliknya menurunnya angka bebas jentik berpengaruh terhadap peningkatan kejadian DBD.

## SARAN

1. Untuk memotong mata rantai penularan penyakit DBD perlunya meningkatkan upaya-upaya pengendalian penyakit DBD seperti pengamatan kasus DBD secara rutin, pengamatan vektor, melakukan fogging, pembagian bubuk abate dan kelambu bagi masyarakat.
2. faktor pengaruhn paling besar terhadap angka bebas jentik dan kejadian DBD, kepadatan penduduk berkaitan dengan masyarakat dan perilakunya diharapkan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan, seperti tidak membuang sampah sembarangan khususnya sampah yang dapat menjadi media perkembangbiakan nyamuk, rutin melakukan pemberantasan sarang nyamuk dengan program 3M (Menguras, menutup dan mengubur), penggunaan anti nyamuk, dan lebih waspada pada saat musim penghujan yang merupakan kondisi optimum bagi perkembangan vektor DBD.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes R., I. (2008). *Profil kesehatan indonesia*. Jakarta.
2. WHO. 2014. *Dengue and Severe Dengue*.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>. Diakses pada Tanggal 24 Desember 2016

4. Kemenkes RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
5. Dinas Kesehatan Kota Kendari. (2016). *Laporan kasus DBD di kota kendari tahun 2008-2015*. Kota Kendari.
6. Kemenkes RI. (2010). Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 1968-2009. *Buletin Jendela Epidemiologi*, Volume 2.
7. Saragih, S. H. (2015). *Pengaruh keadaan iklim terhadap kejadian demam berdarah dengue (DBD) di kota medan*. Tesis. Universitas Sumatera Utara, Medan.
8. Apriyandika, D., Yulianto, A. F., & Feriandi, Y. (2013). Hubungan kepadatan penduduk dengan kejadian demam berdarah dengue di kota bandung tahun 2013. *Prosiding Pendidikan Dokter*, 1-9.
9. Murti, B. (1997). *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
10. Gemiwati, W. (2013). *Hubungan faktor-faktor iklim, angka bebas jentik dan angka insiden demam berdarah dengue di kota pekanbaru*. Tesis, Universitas Indonesia, Depok.
11. Wirayoga, A.M. (2013). Hubungan kejadian demam berdarah dengue dengan iklim di kota Semarang tahun 2006-2011. *Unnes Journal of Public Health* 2 (4), 1-9.
12. Finandakasih, F. (2016). *Trend demam berdarah dengue (dbd) berdasarkan demografi, lingkungan dan pelayanan kesehatan di kota kendari tahun 2010 – 2020*. Skripsi. Universitas Haluoleo, Kendari.
13. Rahim, H. S., Ishak, H., & Wahid, I. (2013). Hubungan faktor lingkungan dengan tingkat endemisitasi DBD di kota makassar. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 1-12.
14. Setyaningsih, W., & Setyawan, A. D. (2014). Pemodelan sistem informasi geografis (sig) pada distribusi penyakit demam berdarah dengue (dbd) di kecamatan karangmalang kabupaten sragen. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, Volume 3 No 2, 106-214.
15. Riduwan, & Kuncoro, A. E. (2014). *Cara menggunakan dan memaknai path analysis*. Bandung: Alfabeta.
16. Dahlan, S. M. (2012). *Regresi linear*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
17. Sangkertadi. (2013). *Kenyamanan termis di ruang luar beriklim tropis lembab*. Bandung: Alfabeta.
18. Mangguang, D. M., & Sari, P. M. (2016). Analisis kasus DBD berdasarkan unsur iklim dan kepadatan penduduk melalui pendekatan gis di tanah datar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, Vol. 2 No. 2, 166-171
19. Mangguang, D. M. (2011). Analisis epidemologi penyakit demam berdarah dengue melalui pendekatan spasial temporal dan hubungannya dengan faktor iklim di kota padang tahun 2008-2010. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 1-17.
20. Pohan, Z. (2014). *Hubungan iklim terhadap kasus demam berdarah dengue (dbd) di kota Palembang tahun 2003-2013*. Manuskriif Skripsi. Universitas Sriwijaya, Indralaya.
21. Herawati, Y., & Utomo, S. W. (2014). The dynamics of population density and climate variability on dengue hemorrhagic fever (DHF) incidence in bogor city, west java, indonesia. *The Internasional Journal's Research Journal of Sciences & Management*, 4(4), 160–165.
22. Promprou, S., Jaroensutasinee, M., & Jaroensutasinee, K. (2005). Impact of Climatic Factors on Dengue Haemorrhagic Fever Incidence in Southern Thailand. *Walailak J Sci & Tech*, 2(1), 59–70.
23. Depkes RI. (2005). *Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Indonesia*. Jakarta. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
24. Yushananta, P., & Ahyanti, M. (2014). Pengaruh faktor Iklim dan kepadatan jentik Ae.Aegypti terhadap kejadian DBD. *Jurnal Kesehatan*, Vol. V, 1-10.
25. Ariati, J., & Musadad, A. D. (2012). Kejadian demam berdarah dengue (dbd) dan faktor iklim di kota batam, provinsi kepulauan riau. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, Vol. 11 No.4, 279-286.
26. Dini, A. M. V. (2009). *Hubungan faktor iklim dan angka insiden demam berdarah dengue di kabupaten serang tahun 2007-2008*. Skripsi. Universitas Indonesia, Depok.

27. Sitorus, J. (2003). *Hubungan iklim dengan kasus penyakit demam berdarah dengue (dbd) di kotamadya jakarta timur tahun 1998 – 2002*. Tesis. Universitas Indonesia, Depok.



# KEBERADAAN LOGAM BERAT KROMIUM PADA SEDIMEN DAN AIR LAUT DI PERAIRAN TELUK KENDARI

## *THE EXISTENCE OF HEAVY METAL CHROMIUM IN SEDIMENT AND SEA WATER IN KENDARI BAY*

Sri Damayanty<sup>1</sup>, Muhammad Kamal<sup>2</sup>, Arief Pawennari Muhammad<sup>3</sup>

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Email : [damayanty.sri@gmail.com](mailto:damayanty.sri@gmail.com)

### **ABSTRAK**

Teluk Kendari secara umum telah tercemar oleh limbah dari berbagai aktivitas baik darat maupun laut. Cemaran tersebut berefek pada penurunan kualitas lingkungan air laut. Hal tersebut dibuktikan dengan laju pendangkalan akibat sedimentasi dan banyaknya sumber potensi pencemar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kandungan logam berat kromium pada air dan sedimen laut di perairan Teluk Kendari. Penelitian ini menggunakan desain observasional dengan pendekatan deskriptif. Penelitian dilaksanakan pada bulan April 2019 di tiga kawasan Pelabuhan/Dermaga dengan tiga titik sampling pada tiap kawasan. Sampel yang diambil adalah air dan sedimen laut. Sampel yang diambil dianalisis dengan metode Atomic Absorption Spectrophotometry (AAS). Hasil menunjukkan bahwa keseluruhan titik sampling di tiga Pelabuhan/Dermaga telah terkontaminasi kromium pada air dan sedimen laut. Kadar kromium tersebut telah melebihi baku mutu yang ditetapkan oleh Kepmen LH No. 51 Tahun 2004. Kadar kromium rata-rata pada air laut dan sedimen tertinggi berada di kawasan Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI). Hal ini disebabkan oleh padatnya aktivitas lalu lintas kapal-kapal penangkap ikan, limbah pemukiman, limbah Rumah Sakit, limbah perhotelan, limbah wisata, cat-cat pada kapal, tumpahan bahan bakar minyak, karatan dari kapal karam, serta aktivitas alat berat dari konstruksi pembangunan Jembatan Bahteramas atau Jembatan Teluk Kendari. Logam berat yang ada dalam perairan akan mengalami proses pengendapan dalam sedimen dan akan terakumulasi dalam biota laut baik melalui insang maupun melalui rantai makanan dan akhirnya akan sampai pada manusia. Jika sampai ke tubuh manusia, maka akan menimbulkan kerusakan organ-organ penting. Keberadaan logam berat dalam lingkungan perairan juga akan mengganggu kehidupan biota-biota laut. Perlu dilakukan teknologi pengendalian cemaran logam berat serta kebijakan dan penegakan hukum mengenai aktivitas di laut yang berpotensi mencemari perairan.

**Kata kunci :** Kromium, air, sedimen, Teluk Kendari

### **ABSTRACT**

*Kendari Bay in general have been polluted by waste from various activities both land and sea. The contamination has an effect on the decline in the quality of the marine environment. This is evidenced by the siltation rate due to sedimentation and the many potential sources of pollutants. This study aims to determine content of heavy metals chromium in sediment and sea water in Kendari Bay. This study uses an observational design with a descriptive approach. The study was conducted in April 2019 in three Port areas with three sampling points in each region. Samples taken are sediment and sea water. Samples taken were analyzed by the Atomic Absorption Spectrophotometry (AAS) method. The results show that all sampling points at three Ports have been contaminated with chromium in sediment and sea water. The levels of chromium have exceeded the quality standards stipulated by Minister of Environment Decree No. 51 of 2004. The highest levels of chromium in sea water and sediment are highest in the Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI). This is due to the dense traffic activity of fishing vessels, residential waste, Hospital waste, hospitality waste, tourist waste, paints on ships, oil spills, rust from shipwrecks, and heavy equipment activities from the construction of the Bahteramas Bridge or the Kendari Bay Bridge. Heavy metals present in the water will undergo sedimentation in sediments and will accumulate in marine life both through gills and through the food chain and eventually will reach humans. If it reaches the human body, it will*

cause damage to important organs. The presence of heavy metals in the aquatic environment will also disrupt the lives of marine biota. Technology needs to control heavy metal contamination as well as policies and law enforcement regarding activities at sea that have the potential to pollute waters.

**Keywords:** Chromium, water, sediment, Kendari Bay

## PENDAHULUAN

Teluk Kendari secara umum telah tercemar oleh limbah dari berbagai aktivitas baik darat maupun laut. Cemaran tersebut berefek pada penurunan kualitas lingkungan air laut. Kualitas laut dan pesisir Kota Kendari saat ini juga telah mengalami tekanan fisik yang cukup besar akibat aktivitas dari daratan. Hal tersebut dibuktikan dengan laju pendangkalan akibat sedimentasi. Khusus bagi wilayah Teluk Kendari, laju pendangkalan akibat intrusi sedimen telah mengakibatkan peningkatan luas daratan dalam badan Teluk. Sampah yang bercampur dengan sedimen telah menjadikan dataran permanen yang luasnya mencapai  $\pm 25$  s/d 50 ha. Kawasan teluk Kendari yang berada di ibu kota Sulawesi Tenggara ini,  $\frac{3}{4}$  (tiga perempat) bagian didominasi oleh kawasan pesisir teluk yang memiliki potensi pencemaran yang sangat besar. Hal ini dipengaruhi bentuk teluk yang semi tertutup sehingga seluruh aktivitas daratan akan bermuara kearah bagian dalam pantai teluk Kendari.

Sumbangan sedimen datang dari aktivitas di dermaga yang ada dalam kawasan teluk. Pelabuhan Nusantara yang dikunjungi kapal-kapal berskala besar setiap saat, termasuk persinggahan kapal Pelni, KM Tilongkabila yang melayani kawasan timur Pulau Sulawesi, Pelabuhan Ferry penyeberangan dari Kota Kendari-Pulau Wawonii, Pelabuhan Perikanan Samudera dan Pelabuhan Pendaratan kapal penangkap ikan serta pangkalan kapal perikanan laut swasta.

Tidak hanya menyebabkan sedimentasi, keberadaan pelabuhan menyebabkan lalu lintas pelayaran menjadi ramai. Sehingga tumpahan minyak, cat, karatan dinding kapal dapat menjadi zat-zat pencemar perairan. Sumber pencemaran lainnya dapat diidentifikasi dari berbagai sumber diantaranya industri perikanan, pelabuhan umum, pelabuhan perikanan, limbah hotel dan ruko, limbah rumah tangga, pertambangan dan berbagai aktivitas lainnya. Kondisi ini belum termasuk sumber pencemaran yang timbul akibat kegiatan diseluruh DAS yang bermuara ke arah teluk Kendari.

Padatnya aktivitas pelabuhan, limbah domestik serta bermuaranya limbah-limbah yang dibawa oleh aliran beberapa sungai, diduga kuat sedimen dan air laut Teluk Kendari telah tercemar oleh logam berat seperti Kromium (Cr).

Logam berat yang ada dalam perairan akan mengalami proses pengendapan dalam sedimen dan akan terakumulasi dalam biota laut yang ada dalam perairan baik melalui insang maupun melalui rantai makanan dan akhirnya akan sampai pada manusia. Biota laut seperti ikan dan kerang merupakan jenis organisme yang dapat mengakumulasi logam berat.

*Environmental Protection Agency* (EPA) telah menetapkan bahwa kromium merupakan logam yang bersifat karsinogen pada manusia. Kromium dapat menyebabkan radang kulit. Paparan jangka panjang dapat menyebabkan kerusakan hati, peredaran darah, ginjal dan jaringan syaraf, serta gangguan pada kulit.<sup>1</sup>

Penelitian dengan judul *Distribution of Heavy Metals in Surface Sediments of the Bay of Bengal Coast* diambil dari *Journal of Toxicologi*, yang diteliti oleh M. Z. H. Khan dan kawan-kawan pada tahun 2017 menceritakan tentang distribusi logam berat pada sedimen di Pantai Bengal. Jurnal ini membahas tentang konsentrasi unsur utama (Si, Al, Ca, Fe, dan K) dan unsur minor (Cd, Mn, Ni, Pb, U, Zn, Co, Cr, As, Cu, Rb, Sr, dan Zr) dalam sedimen di pantai Bengal. Terungkap bahwa sebagian besar jejak elemen telah mengkontaminasi perairan laut Bengal yang dibawa oleh aliran sungai yang juga dipengaruhi oleh dampak industri, galangan kapal, pabrik produksi gas, dan limbah perkotaan. Konsentrasi logam berat tersebut dalam sedimen umumnya memenuhi kriteria kualitas sedimen laut internasional. Namun, pemantauan secara berkelanjutan terhadap kualitas air pantai Bengal perlu dilakukan dengan maksud untuk meminimalkan risiko kesehatan penduduk dan dampak merugikan pada ekosistem perairan.<sup>2</sup>

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat konsentrasi kromium pada sedimen dan air laut serta menganalisis penyebab atau sumber penyebab cemaran kromium di perairan Teluk Kendari.

Penelitian sangat penting untuk dilakukan, mengingat efek dari cemaran logam berat yang ditimbulkan serta masih jarangya dilakukan penelitian tentang cemaran logam berat Kromium di Teluk Kendari. Oleh karena itu, dengan mempertimbangkan banyaknya potensi sumber pencemaran logam berat, tingginya laju sedimentasi di teluk Kendari, siklus ekologi suatu cemaran logam berat pada biota laut serta sifat karsinogen logam berat pada manusia, maka peneliti tertarik untuk mengukur konsentrasi logam berat Kromium (Cr) yang terkandung dalam air laut dan sedimen di teluk Kendari.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional dengan pendekatan deskriptif. Studi ini dilakukan untuk mengetahui kandungan logam berat kromium pada air dan sedimen laut di perairan Teluk Kendari.

Penelitian dilaksanakan pada bulan April 2019 di kawasan Teluk Kendari. Pemilihan lokasi tersebut didasarkan atas pertimbangan :

- Wilayah pesisir tersebut telah mengalami sedimentasi dan pencemaran air yang berasal dari beberapa sungai salah satunya sungai Wanggu yang memberikan kontribusi sedimentasi terbesar.
- Masyarakat pesisir mengkonsumsi biota laut seperti berbagai jenis ikan dan kerang yang berasal dari perairan tersebut yang telah tercemar oleh logam-logam berat.

Populasi dalam penelitian ini adalah lingkungan air dan sedimen di perairan Teluk Kendari. Adapun sampel dalam penelitian ini adalah air dan sedimen laut di perairan Teluk Kendari. Titik pengambilan sampelnya didasarkan atas letak sumber masuknya bahan pencemar ke laut dan masing-masing diambil 3 titik dari setiap stasiun, yakni :

Stasiun 1 : Pelabuhan Nusantara

Stasiun 2 : Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI)

Stasiun 3 : Pelabuhan Perikanan Samudera Kendari



**Gambar 1 Peta Lokasi Penelitian**

Pengambilan sampel sedimen dan air laut dilaksanakan sebanyak 2 kali yakni pagi dan sore hari dengan memanfaatkan jasa volunteer. Sampel sedimen dan air yang telah diperoleh kemudian dibawa ke Laboratorium Biologi Fakultas MIPA UHO untuk analisis kandungan logam berat kromium dengan menggunakan metode Atomic Absorbtion Spektrophotometri (AAS).

## HASIL

Kualitas laut dan pesisir Kota Kendari umumnya telah mengalami tekanan fisik yang cukup besar akibat aktivitas dari daratan. Khusus bagi wilayah Teluk Kendari, laju pendangkalan akibat intrusi sedimen telah mengakibatkan peningkatan luas daratan dalam badan Teluk. Sampah yang bercampur dengan sedimen telah menjadikan dataran permanen yang luasnya mencapai  $\pm 25$  s/d 50 ha. Kawasan teluk Kendari yang berada di ibu kota Sulawesi Tenggara ini,  $\frac{3}{4}$  (tiga perempat) bagian didominasi oleh kawasan pesisir teluk yang memiliki potensi pencemaran yang sangat besar. Hal ini dipengaruhi bentuk teluk yang semi tertutup sehingga seluruh aktivitas daratan akan bermuara kearah bagian dalam pantai teluk Kendari.

Berdasarkan hasil survey bahwa pada ke lima stasiun (Pelabuhan/Dermaga) dan 15 titik pengambilan sampel, menunjukkan hasil tingginya kadar merkuri dan kromium baik pada air maupun pada sedimen laut. pada Tabel 1, ditunjukkan bahwa rata-rata kadar Kromium pada air laut Teluk Kendari, tertinggi di kawasan Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI) yaitu 0,0074 ppm pada pengambilan pagi dan 0,0067 ppm pada pengambilan sore. Sedangkan terendah pada kawasan Pelabuhan Kapal-kapal Perikanan Laut Swasta yaitu 0,0037 ppm pada pengambilan pagi dan 0,0032 ppm pada pengambilan sore.

**Tabel 1**  
**Distribusi Kadar Logam Berat Kromium pada Air Laut Teluk Kendari**

No	Lokasi	Pengambilan Sampel I (Pagi)		Pengambilan Sampel II (Sore)	
		Konsentrasi	Rata-Rata	Konsentrasi	Rata-Rata
1	Pelabuhan Nusantara				
	Titik sampling 1	0,0048		0,0038	
	Titik Sampling 2	0,0052	0,0052	0,0049	0,0047
	Titik Sampling 3	0,0057		0,0054	
2	Pelabuhan Penyeberangan Ferry Kendari-Wawonii				
	Titik Sampling 1	0,0055		0,0052	
	Titik Sampling 2	0,0060	0,0055	0,0057	0,0052
	Titik Sampling 3	0,0050		0,0046	
3	Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI)				
	Titik Sampling 1	0,0078		0,0071	
	Titik Sampling 2	0,0067	0,0074	0,0062	0,0067
	Titik Sampling 3	0,0077		0,0069	
4	Pelabuhan Perikanan Samudera Kendari				
	Titik Sampling 1	0,0040		0,0037	
	Titik Sampling 2	0,0043	0,0040	0,0036	0,0036
	Titik Sampling 3	0,0038		0,0034	
5	Pelabuhan Kapal-kapal Perikanan Laut Swasta				
	Titik Sampling 1	0,0033		0,0028	
	Titik Sampling 2	0,0037	0,0037	0,0032	0,0032
	Titik Sampling 3	0,0042		0,0036	

Adapun pada Tabel 2 menunjukkan hasil survey pada sedimen laut. Rata-rata kadar Kromium pada sedimen laut Teluk Kendari tertinggi pada kawasan Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI) yaitu

4,8900 ppm pada pengambilan pagi dan 4,7007 ppm pada pengambilan sore sebagaimana ditampilkan pada Tabel 4. Sedangkan terendah pada Pelabuhan Kapal-kapal Perikanan Laut Swasta yaitu 3,4929 ppm pada pengambilan pagi dan 3,3234 ppm pada pengambilan sore.

**Tabel 2**  
**Distribusi Kadar Logam Berat Kromium pada Sedimen Laut Teluk Kendari**

No	Titik Sampling	Pengambilan Sampel I (Pagi)		Pengambilan Sampel II (Sore)	
		Konsentrasi	Rata-Rata	Konsentrasi	Rata-Rata
1	Pelabuhan Nusantara				
	Titik sampling 1	4,3426		4,2071	
	Titik Sampling 2	4,5827	4,4516	4,4180	4,3202
	Titik Sampling 3	4,4295		4,3356	
2	Pelabuhan Penyeberangan Ferry Kendari-Wawonii				
	Titik Sampling 1	4,0783		3,9858	
	Titik Sampling 2	4,2837	4,1929	4,0877	4,0172
	Titik Sampling 3	4,2168		3,9782	
3	Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI)				
	Titik Sampling 1	4,9268		4,6829	
	Titik Sampling 2	4,9958	4,8900	4,8258	4,7007
	Titik Sampling 3	4,7475		4,5933	
4	Pelabuhan Perikanan Samudera Kendari				
	Titik Sampling 1	3,6714		3,5762	
	Titik Sampling 2	3,9684	3,8317	3,9024	3,7518
	Titik Sampling 3	3,8552		3,7768	
5	Pelabuhan Kapal-kapal Perikanan Laut Swasta				
	Titik Sampling 1	3,3791		3,2854	
	Titik Sampling 2	3,4603	3,4929	3,2067	3,3234
	Titik Sampling 3	3,6394		3,4781	

## PEMBAHASAN

Hasil survey menunjukkan bahwa keseluruhan titik sampling di tiga Pelabuhan/Dermaga telah terkontaminasi merkuri dan kromium pada air dan sedimen laut. Berdasarkan Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 51 Tahun 2004, bahwa baku mutu air laut untuk kromium sebesar 0,005 ppm. Bila dibandingkan dengan hasil survey, maka dapat dinyatakan bahwa perairan Teluk Kendari telah tercemar oleh logam berat kromium. Hal tersebut dibuktikan dari seluruh sampel di semua titik sampling menunjukkan konsentrasi yang melebihi nilai baku mutu dari logam berat tersebut.

Kadar kromium rata-rata pada air laut dan sedimen tertinggi berada di kawasan Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI). Hal ini disebabkan oleh padatnya aktivitas lalu lintas kapal-kapal penangkap ikan, terdapat pula Pertamina pengisian bahan bakar kapal-kapal tersebut. Padatnya pemukiman, Rumah Sakit dan perhotelah juga berkontribusi dimana limbah langsung dialirkan ke Teluk. Cat-cat pada kapal, tumpahan bahan bakar minyak serta beberapa kapal karam pun berkontribusi bagi tingginya cemaran logam berat.

Secara umum kawasan Teluk Kendari juga tercemari akibat kegiatan diseluruh DAS yang bermuara ke arah teluk Kendari. Ditambah pula dengan kondisi sedimentasi atau pendangkalan Teluk sehingga mengarahkan Pemerintah membuat beberapa Dermaga untuk tujuan wisata. Dapat kita lihat banyak perahu-perahu wisata berlabuh.

Pembangunan Jembatan Bahteramas atau Jembatan Teluk Kendari yang menghubungkan Kota Lama dengan Kecamatan Poasia juga menjadi salah satu penyumbang cemaran logam berat. Proses kontruksi yang melibatkan alat-alat berat yang mengapung di atas permukaan laut dalam kurun waktu 3 tahunan ini tentunya membuang limbahnya langsung ke laut.

Disamping itu, sepanjang pinggir laut Teluk Kendari yang telah didesain menjadi tempat hiburan turut berkontribusi bagi pencemaran. Pinggir Laut Teluk Kendari hingga saat ini masih menjadi primadona kawasan wisata yang wajib dikunjungi baik bagi penduduk lokal maupun pendatang. Ramainya aktivitas pengunjung setiap hari tentulah menjadi sebab tingginya timbulan sampah yang dibuang begitu saja ke laut. Kesadaran masyarakat akan sampah masih sangat kurang. Sampah anorganik seperti plastik kemasan makanan atau minuman mewarnai permukaan laut.

Polusi air oleh logam berat adalah masalah di seluruh dunia disebabkan oleh bioakumulasi dan biomagnifikasi dalam rantai makanan serta toksisitas unsur-unsur logam berat tersebut. Kontaminasi sedimen dengan logam berat adalah masalah lingkungan yang penting dimana memiliki konsekuensi negatif bagi organisme akuatik dan kesehatan manusia. Sedimen bertindak sebagai pengumpul utama logam di lingkungan air. Kualitas sedimen menunjukkan status pencemaran air.<sup>3</sup>

Logam berat yang ada dalam badan perairan akan mengalami proses pengendapan dan terakumulasi dalam sedimen. Logam dapat pula terakumulasi dalam tubuh biota yang ada dalam perairan (termasuk makrozoobentos yang bersifat *sessil*), baik secara difusi maupun melalui rantai makanan dan akhirnya akan sampai pada manusia. Fenomena ini dikenal sebagai bioakumulasi atau biomagnifikasi.<sup>4,5,6</sup>

Konsentrasi logam di atas ambang batas dapat memberikan efek buruk pada biota hingga ke manusia. Logam berat dalam biota dengan konsentrasi yang tinggi memiliki efek negatif pada kesehatan ekologis hewan air dan dapat berkontribusi terhadap penurunan populasi. Logam berat adalah neurotoksin yang kuat dalam spesies ikan. Interaksi logam berat dengan rangsangan kimia pada ikan mungkin mengganggu komunikasi ikan terhadap lingkungannya. Telah banyak temuan dimana logam berat berefek pada kelainan tubuh ikan. Secara umum, kelainan bentuk tersebut memiliki efek negatif pada populasi ikan karena cacat tubuh memengaruhi kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan kesejahteraan ikan. Kelainan pada ikan tersebut berfungsi sebagai biomarker dari lingkungan yang telah tercemari logam berat.<sup>3</sup>

Maka berdasarkan pengaruh ekologis, kromium memiliki risiko ekologis yang tinggi terhadap lingkungan perairan di sekitarnya, artinya keberadaan kromium pada sedimen jelas memengaruhi biota ataupun organisme lain di perairan tersebut. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa kadar logam berat pada sedimen selalu lebih tinggi dibandingkan pada air dan biota laut. Hal ini disebabkan karena logam berat memiliki kecenderungan untuk tersuspensi di dasar perairan.

Pencemaran berbagai jenis logam berat telah menjadi perhatian utama karena efek toksisitas yang dapat ditimbulkannya. Kontaminasi logam merupakan salah satu kontaminan yang bersifat persisten dan dapat menurunkan kualitas lingkungan. Limbah yang bersumber dari berbagai kegiatan dibuang melalui aliran sungai langsung ke perairan laut, berpotensi menimbulkan pencemaran lingkungan, termasuk pencemaran logam berat. Beberapa kasus keracunan logam pada manusia, akibat adanya pencemaran telah banyak dilaporkan dan biasanya terjadi dalam komunitas atau penduduk yang tinggal dalam suatu lingkungan yang tercemar. Hal tersebut pernah terjadi pada penduduk di perkampungan nelayan, Minamata dan penduduk yang tinggal di sepanjang Sungai Jinzu, Jepang.<sup>7</sup>

Kromium dapat masuk ke dalam semua strata lingkungan, apakah itu pada strata perairan, tanah ataupun udara (lapisan atmosfer). Kromium yang masuk ke dalam strata lingkungan dapat datang dari bermacam-macam sumber. Tetapi sumber-sumber masukan logam Cr ke dalam strata lingkungan yang

umum dan diduga paling banyak adalah dari kegiatan-kegiatan perindustrian, kegiatan rumah tangga dan dari pembakaran serta mobilisasi bahan-bahan bakar.<sup>10</sup>

Menurut Martin (2009), kromium (VI) merupakan senyawa beracun, sedangkan kromium (III) merupakan nutrisi penting pada manusia. Paparan tingkat tinggi dapat menyebabkan iritasi pada hidung, bisul pada hidung, pilek, dan gangguan pernapasan seperti asma, batuk, dan sesak nafas. Sedangkan paparan jangka panjang dapat menyebabkan kerusakan pada hati, peredaran darah, ginjal dan jaringan syaraf, serta gangguan pada kulit.<sup>8</sup>

Toksisitas akut Cr melalui alat pencernaan bisa menyebabkan nekrosis tubulus renalis. Para pekerja di lingkungan kerja industri krom menunjukkan tingginya kadar Cr dalam darah, terutama dalam sel darah merah. Mencerna makanan yang mengandung kadar Cr (VI) tinggi bisa menyebabkan gangguan pencernaan, berupa sakit lambung, muntah dan pendarahan, luka pada lambung, konvulsi, kerusakan ginjal, dan hepar, bahkan dapat menyebabkan kematian.<sup>9</sup>

## **SIMPULAN**

Keseluruhan titik sampling di tiga Pelabuhan/Dermaga telah terkontaminasi kromium pada air dan sedimen laut. Berdasarkan Keputusan Menteri Lingkungan Hidup No. 51 Tahun 2004, bahwa baku mutu air laut untuk kromium sebesar 0,005 ppm. Bila dibandingkan dengan hasil survey, maka dapat dinyatakan bahwa perairan Teluk Kendari telah tercemar oleh logam berat kromium. Hal tersebut dibuktikan dari seluruh sampel di semua titik sampling menunjukkan konsentrasi yang melebihi nilai baku mutu dari logam berat tersebut.

Kadar kromium rata-rata pada air laut dan sedimen tertinggi berada di kawasan Dermaga Tempat Pendaratan Ikan (TPI). Hal ini disebabkan oleh padatnya aktivitas lalu lintas kapal-kapal penangkap ikan, terdapat pula Pertamina pengisian bahan bakar kapal-kapal tersebut, limbah pemukiman, limbah Rumah Sakit, limbah perhotelan, limbah wisata, cat-cat pada kapal, tumpahan bahan bakar minyak, karatan dari kapal karam, serta aktivitas alat berat dari konstruksi pembangunan Jembatan Bahteramas atau Jembatan Teluk Kendari yang menghubungkan Kota Lama dengan Kecamatan Poasia juga menjadi salah satu penyumbang cemaran logam berat.

Perlu dilakukan teknologi pengendalian cemaran logam berat serta kebijakan dan penegakan hukum mengenai aktivitas di laut yang berpotensi mencemari perairan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Griswold, W. *Human Health Effect Of Heavy Metals*. 2009.
2. Khan, M. *Distribution of Heavy Metals in Surface Sedimen of the Bay of Bengal Coast*. *Journal of Toxicologi*. 2017; 7.
3. Ali, Hazrat., Khan, Ezzat., Ilahi, Ikram. *Review Article. Environmental Chemistry And Ecotoxicology Of Hazardous Heavy Metals: Environmental Persistence, Toxicity, And Bioaccumulation*. *Journal Of Chemistry*. 2019.
4. Dahuri, R. *Pengelolaan Sumber Daya Wilayah Pesisir dan Lautan Secara Terpadu*. Jakarta: PT. Pradnya Paramita; 2008.
5. Chen, C. W., Chen, C. F., & Dong, C. D. *Contamination and potential ecological of mercury in sediments of Kaohsiung river mouth, Taiwan*. *International Journal of Environmental Science and Development*. 2012; 3(1), 66-71.
6. Emmanuel, Ejembi., Sombo, Terver., Ugwanyi, Jonathan. *Assessment Of Heavy Metals Concentration In Shore Sediments From The Bank Of River Benue, North-Central Nigeria*. *Journal Of Geoscience And Environment Protection*. 2018; 6, 35-48.

7. Souisa, G. V., Mallongi, Anwar., Hasyim, Hasan., Hatta, Muh. Model Dinamis Pencemaran Cadmium (Cd) dan Timbal (Pb) di Teluk Ambon. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2015; 168-173.
8. Martin, Sabine et al. *Human Health Effects of Heavy Metals*. Center for Hazardous Substance Research. Kansas State University; 2009.
9. Widowati, W. *Efek Toksik Logam*. Yogyakarta: Penerbit Andi; 2008.
10. Palar, H. *Pencemaran dan Toksikologi Logam Berat*. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2008.



# ANALISIS KONDISI SANITASI LINGKUNGAN DAN PERSONAL HYGIENE DENGAN KEJADIAN HELMINTHIASIS PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI KECAMATAN PUUWATU KOTA KENDARI TAHUN 2018

## ANALYSIS OF ENVIRONMENTAL SANITATION AND PERSONAL HYGIENE CONDITIONS WITH THE EVENT OF HELMINTHIASIS IN ELEMENTARY SCHOOL AGE CHILDREN IN PUUWATU DISTRICT KENDARI CITY IN 2018

Yasnani<sup>1</sup>, Arum Dian Pratiwi<sup>2</sup>, Siti Rabbani Karimuna<sup>3</sup>, Asnia Zainuddin<sup>4</sup>, Irma<sup>5</sup>, Arini Dwi Lestari<sup>6</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo <sup>1-6</sup>

<sup>1</sup>Email : yasnani\_rahabuddin@yahoo.com

### ABSTRAK

Prevalensi cacingan di Indonesia pada umumnya masih sangat tinggi, terutama pada golongan penduduk yang kurang mampu mempunyai risiko tinggi terjangkit penyakit ini. *Soil Transmitted Helminth* (STH) sering dijumpai pada anak usia sekolah dasar, dimana pada usia ini anak masih sering kontak dengan tanah. Penelitian ini bertujuan mengetahui kondisi sanitasi lingkungan dan *personal hygiene* dengan kejadian *helminthiasis* pada anak usia Sekolah Dasar di Kecamatan Puuwatu Kota Kendari. Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif analitik* dengan rancangan penelitian *cross sectional study* dan pengambilan sampel secara *proportional stratified random sampling*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 47 responden untuk SD Negeri 14 Mandonga dan 66 responden untuk SD Negeri 05 Mandonga. Pemeriksaan feses dengan metode Natif. Setelah dilakukan uji statistik didapatkan nilai  $q = 0,158$  ( $q > 0,05$ ) yang menunjukkan tidak ada hubungan sanitasi lingkungan dengan kejadian *Helminthiasis*, sedangkan nilai  $q = 1,000$  ( $q > 0,05$ ) yang menunjukkan tidak ada hubungan *personal hygiene* dengan kejadian *Helminthiasis*. Tidak ada hubungan yang bermakna antara sanitasi lingkungan dengan kejadian *helminthiasis* pada siswa SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga. Tidak ada hubungan yang bermakna antara *personal hygiene* dengan kejadian *helminthiasis* pada siswa SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga. Bagi SD Negeri 14 Mandonga dan SD Negeri 05 Mandonga diharapkan dapat meningkatkan *Personal hygiene* anak dengan cara memberikan pengarahan secara rutin tentang kebiasaan cuci tangan pakai sabun sebelum makan, setelah Buang Air Besar (BAB) dan setelah kontak dengan tanah, kebiasaan membersihkan kuku dan memotong kuku minimal seminggu sekali.

**Kata Kunci** : Sanitasi Lingkungan, *Personal Hygiene*, *Helminthiasis*

### ABSTRACT

Prevalence of intestinal worms in Indonesia is generally still very high, especially among disadvantaged groups who have a high risk of contracting this disease. *Soil Transmitted Helminth* (STH) is often found in elementary school age children, where at this age children are still in frequent contact with the ground. This study aims to determine the condition of environmental sanitation and *personal hygiene* with the incidence of *helminthiasis* in elementary school age children in the District of Puuwatu, Kendari City. This research was a *descriptive analytic study* with a *cross sectional study design* and *proportional stratified random sampling*. The sample in this study amounted to 47 respondents for Mandonga Elementary School 14 and 66 respondents for Mandonga Public Elementary School 05. Stool examination with the Natif method. After doing statistical tests, the value of  $\rho = 0.158$  ( $\rho > 0.05$ ) shows that there is no relationship between environmental sanitation and the incidence of *Helminthiasis*, while the value of  $\rho = 1,000$  ( $\rho > 0.05$ ) which shows no relationship between *personal hygiene* and the incidence of *Helminthiasis*. There is no meaningful relationship between environmental sanitation and the incidence of *helminthiasis* among students at SDN 14 Mandonga and SDN 05 Mandonga. There is no meaningful relationship between *personal hygiene* and the incidence of *helminthiasis* in students of SDN 14 Mandonga and SDN 05 Mandonga. For Mandonga Public Elementary School 14 and Elementary School 05 Mandonga is expected to be able to improve children's *personal hygiene* by giving regular guidance about washing hands with soap before eating, after defecating (after defecation) and after contact with the ground, the habit of cleaning nails and cutting nails at least once a week.

**Keywords**: *Environmental Sanitation*, *Personal Hygiene*, *Helminthiasis*

### PENDAHULUAN

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya. Derajat kesehatan yang setinggi-tingginya mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat. Upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus agar

masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis<sup>1</sup>.

Ada banyak faktor yang memengaruhi kesehatan, baik kesehatan individu maupun masyarakat. Untuk hal ini Hendrik L. Blum menggambarkan secara ringkas empat faktor yang memegang peranan penting di dalamnya. Faktor tersebut adalah Hereditas/keturunan, Lingkungan, Perilaku dan Pelayanan Kesehatan. di samping berpengaruh langsung pada kesehatan, juga saling berpengaruh satu sama lain. Status kesehatan akan tercapai secara optimal bilamana keempat faktor tersebut secara bersama-sama mempunyai kondisi yang optimal pula. Salah satu faktor saja berada dalam keadaan yang terganggu (tidak optimal) maka hal tersebut akan menggeser status kesehatan ke arah di bawah optimal<sup>2</sup>.

Ketika status kesehatan seorang individu maupun kelompok berada pada garis bawah optimal maka masalah kesehatan akan datang dalam bentuk penyakit. Ada banyak penyakit yang dapat timbul dengan keadaan tubuh yang lemah, mungkin juga didukung oleh kebiasaan sehari-hari yang tidak saniter, salah satunya adalah penyakit kecacingan. Kecacingan (*Helminthiasis*) adalah sebuah penyakit yang ditularkan melalui tanah atau sering disebut *Soil Transmitted Helminth* (STH) yang seringnya dijumpai pada anak usia sekolah dasar, dimana pada usia ini anak masih sering kontak dengan tanah. Kerugian dan dampak akibat infeksi kecacingan tidak menyebabkan manusia mati mendadak, akan tetapi dapat memengaruhi pemasukan, pencernaan, penyerapan dan metabolisme makanan. Selain itu dapat menghambat perkembangan fisik, kecerdasan, mental, prestasi, dan dapat menurunkan ketahanan tubuh sehingga mudah terkena penyakit dan secara keseluruhan dapat mengganggu produktivitas<sup>3</sup>.

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 lebih dari 1,5 miliar orang atau 24% dari populasi dunia mengalami kecacingan STH dan lebih dari 870 juta anak hidup di lingkungan yang penularannya sangat intensif dan membutuhkan pengobatan akibat parasit ini. Prevalensi kejadian kecacingan pada anak berkisar 2,7 – 60,7%. Lebih dari 1,5 miliar orang, atau 24% dari populasi dunia, terinfeksi cacing yang ditularkan melalui tanah di seluruh dunia. Infeksi tersebar luas di daerah tropis dan subtropis, dengan jumlah terbesar terjadi Afrika sub-Sahara, Amerika, Cina, dan Asia Timur.

Infeksi *soil transmitted helminths* merupakan salah satu masalah kesehatan global yang mengancam masyarakat dunia. Sekitar 1,5 miliar orang (24%) dari penduduk dunia terinfeksi *soil transmitted helminths*. Lebih dari 270 juta anak usia prasekolah dan lebih dari 600 juta anak sekolah yang tinggal di daerah dimana parasit ini secara intensif ditransmisikan (WHO, 2017). Prevalensi cacingan di Indonesia mencapai 28,12%. Infeksi *soil transmitted helminths* ini termasuk dalam 11 dari 20 penyakit tropis terabaikan yang ada di Indonesia<sup>4</sup>.

*World Health Organization* (WHO), 2017 menerbitkan pedoman terbaru berbasis bukti tentang pengobatan skala besar kelompok populasi secara teratur yang berisiko infeksi cacing yang ditularkan melalui tanah. Panduan ini sebagian besar mendukung praktik pencegahan pengobatan saat ini di daerah endemis untuk tiga spesies cacing utama yang menyebabkan penyakit. Target global adalah untuk menghilangkan morbiditas yang disebabkan oleh penculikan yang ditularkan melalui tanah pada anak-anak pada tahun 2020. Ini akan diperoleh dengan secara teratur mengobati setidaknya 75% anak-anak di daerah endemik<sup>5</sup>.

Prevalensi cacingan di Indonesia pada umumnya masih sangat tinggi, terutama pada golongan penduduk yang kurang mampu mempunyai risiko tinggi terjangkit penyakit ini. Berdasarkan Ditjend PPM-PL (2013) target prevalensi kecacingan di Indonesia sebesar 20%. Prevalensi infeksi kecacingan yang tinggi dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu, rendahnya higiene perorangan (perilaku hidup bersih dan sehat) seperti kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar, kebersihan kuku, kebiasaan kontak dengan tanah, penggunaan alas kaki, dan rendahnya sanitasi dasar, seperti kurangnya pemakaian jamban keluarga yang menimbulkan pencemaran tanah dengan tinja di sekitar halaman rumah, bawah pohon, tempat mencuci dan tempat pembuangan sampah.

Data Dinas Kesehatan Kota Kendari mengenai dua puluh besar penyakit di Kota Kendari. Pada tahun 2017, data menunjukkan bahwa dari 15 PKM di Kota Kendari, Puskesmas Puuwatu adalah yang paling tinggi kasus Penyakit Kecacingan. Penyakit Kecacingan di Puskesmas Puuwatu sebanyak 76 kasus<sup>6</sup>.

Data Puskesmas Puuwatu, 2015 terdapat 10 kasus Penyakit Kecacingan. Tahun 2016, Penyakit Kecacingan mengalami kenaikan sebanyak 19 kasus yang ada di wilayah kerja Puskesmas Puuwatu Kota

Kendari. Tahun 2017, Penyakit Kecacingan mengalami kenaikan yang cukup signifikan sebanyak 76 kasus yang ada di wilayah kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari.

*Personal hygiene* menjadi aspek yang penting dalam menjaga kesehatan individu karena *personal hygiene* dapat meminimalkan masuknya mikroorganisme, terjadinya penyakit, baik penyakit kulit, penyakit infeksi, penyakit mulut dan penyakit saluran cerna atau bahkan dapat menghilangkan fungsi bagian tubuh tertentu, seperti halnya infeksi *Pediculosis capitis* pada rambut kepala<sup>7</sup>.

*Helminthiasis* yang ditularkan oleh tanah adalah salah satu infeksi yang paling umum di seluruh dunia dan memengaruhi komunitas termiskin dan paling miskin. Mereka disebabkan oleh infeksi dengan nematoda (cacing), yang paling umum adalah cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), cacing cambuk (*Trichuris trichiura*) dan cacing tambang (*Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus*). Infeksi cacing yang ditularkan melalui tanah adalah salah satu infeksi yang paling umum di seluruh dunia dan memengaruhi komunitas termiskin dan paling miskin. Mereka ditularkan melalui telur yang ada di kotoran manusia yang pada gilirannya mencemari tanah di daerah-daerah di mana sanitasi buruk.

Pada survei awal yang dilakukan peneliti di SDN wilayah kerja Puskesmas Puuwatu, didapati bahwa sebagian besar anak suka bermain di tanah dan tidak selalu memakai alas kaki, khususnya anak yang berusia di bawah 10 tahun. Selain itu juga keadaan kuku sebagian anak terlihat panjang dan hal tersebut yang dapat menjadi kontaminasi telur cacing pada kotoran kuku, bahkan bisa tertelan ketika anak makan tanpa mencuci tangan pakai sabun terlebih dahulu sehingga dapat menyebabkan penyakit kecacingan. Peneliti juga melihat beberapa anak terlihat lesu dan kurang bersemangat yang mengindikasikan adanya kemungkinan anak terinfeksi cacing. Berdasarkan hasil observasi terhadap beberapa anak tidak mencuci tangan menggunakan sabun sebelum makan.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kecacingan antara lain faktor sosial ekonomi, status gizi, penataan kesehatan lingkungan, higienitas, sanitasi serta pendidikan dan perilaku individu. pada penelitian ini masih terdapatnya kebiasaan-kebiasaan anak yang mengarah pada resiko tertular dan terinfeksi kecacingan di antaranya tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan sebelum makan, tidak mencuci tangan pakai sabun setelah BAB, kebiasaan memotong kuku lebih dari seminggu sekali dan kebiasaan menghisap atau memasukkan jari ke dalam mulut. Permasalahan perilaku kesehatan pada anak usia sekolah biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan, salah satunya adalah kebiasaan mencuci tangan pakai sabun. Penularan kecacingan diantaranya melalui bermain dengan tanah yang telah terkontaminasi dengan telur cacing, kuku yang kotor yang kemungkinan terselip telur cacing akan tertelan ketika makan, hal ini diperparah lagi apabila tidak terbiasa mencuci tangan memakai sabun sebelum makan. Cara yang paling baik dalam memutuskan mata rantai penularan infeksi kecacingan yang ditularkan melalui tanah, antara lain dengan menjaga kebersihan pribadi misalnya mencuci tangan menggunakan sabun sebelum makan dan sesudah BAB. Orang dewasa biasa terinfeksi telur cacing karena makan sayur mentah yang terkontaminasi oleh telur cacing, baik dari feses penderita maupun dari tanah yang tercemar feces penderita. pada anak-anak biasa terinfeksi dengan jalan tangan masuk ke dalam mulut (hand to mouth) atau karena kebiasaan mengulum benda-benda atau mainan yang terkontaminasi telur cacing<sup>8</sup>.

Kecacingan jarang sekali menyebabkan kematian secara langsung, namun sangat memengaruhi kualitas hidup penderitanya. Kecacingan dapat mengakibatkan menurunnya kondisi kesehatan, gizi, kecerdasan dan produktivitas penderita sehingga secara ekonomi dapat menyebabkan banyak kerugian yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas sumber daya manusia. Infeksi cacing pada manusia dapat dipengaruhi oleh perilaku, lingkungan tempat tinggal dan manipulasinya terhadap lingkungan<sup>9</sup>.

Keadaan Sanitasi di SD Negeri 05 Mandonga sudah memadai, seperti adanya tempat sampah, tempat cuci tangan, dan pekarangan SD Negeri 05 Mandonga yang sudah bersih, memiliki Akreditasi A. Sedangkan Keadaan Sanitasi di Sekolah Dasar Negeri 14 Mandonga yang sudah memadai tetapi kurang dipelihara, pekarangan yang masih gersang, dan Akreditasi SD Negeri 14 Mandonga Akreditasi B.

Hasil beberapa penelitian antara lain kebersihan diri seperti mencuci tangan dengan sabun, memakai alas kaki, kebiasaan memotong kuku merupakan cara yang terbaik dalam mencegah penularan dari kecacingan. Selain itu sanitasi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kecacingan seperti pemakaian jamban yang tidak layak akan menimbulkan pencemaran pada tanah dengan tinja di sekitar halaman sekolah, ketersediaan tempat pembuangan sampah dan ketersediaan air bersih<sup>10</sup>.

Mengacu pada uraian di atas, maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis Kondisi Sanitasi Lingkungan dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian *Helminthiasis* pada Anak Usia Sekolah Dasar di Kecamatan Puuwatu Kota Kendari Tahun 2018”.

## METODE

Metode penelitian ini adalah *deskriptif analitik* dengan rancangan penelitian *cross sectional study*. Penelitian ini akan dilaksanakan pada Bulan November 2018 yang bertempat di Sekolah Dasar Kecamatan Puuwatu Kota Kendari Tahun 2018 yaitu, SD Negeri 14 Mandonga dan SD Negeri 05 Mandonga. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *Proportional Stratified random sampling*.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Sekolah Dasar di Kecamatan Puuwatu Kota Kendari. Jumlah populasi yaitu SD Negeri 14 Mandonga sebanyak 88 orang, dan SD Negeri 05 Mandonga sebanyak 212 orang. Jadi, jumlah seluruh populasi adalah 300 orang. Besarnya sampel dalam penelitian ini mengacu pada rumus Stanley Lamezhaw (1997), yaitu:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot P(1-P) \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q \cdot P(1-P)}$$

Keterangan: n = besar sampel  
 Z = standar deviasi normal untuk CI 95% atau 1,96  
 P = proporsi (0,5)  
 d = derajat kesalahan yang diterima 10% atau 0,1  
 N = besar populasi

Dalam penelitian ini, Nilai N untuk SD Negeri 14 Mandonga = 88, Nilai N untuk SD Negeri 05 Mandonga = 212 dan d = 10% (0,1), sehingga sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

### 1. SD Negeri 14 Mandonga

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot P(1-P) \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q \cdot P(1-P)}$$

$$n = \frac{(1,9)^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 88}{(0,1)^2(88-1) + (1,9)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{(3,8) \cdot 0,5(0,5) \cdot 88}{0,01(87) + 3,8 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{8 \cdot 5}{0,08 + 0,9}$$

$$n = \frac{8 \cdot 5}{1,8}$$

$$n = 46,1 = 47$$

Digenapkan menjadi 47 responden

### 2. SD Negeri 05 Kendari

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot P(1-P) \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q \cdot P(1-P)}$$

$$n = \frac{(1,9)^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 212}{(0,1)^2(212-1) + (1,9)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{(3,8) \cdot 0,5(0,5) \cdot 212}{0,01(211) + 3,8 \cdot 0,5(0,5)}$$

$$n = \frac{2 \cdot 6}{2,1 + 0,9}$$

$$n = \frac{2 \cdot 6}{3,0}$$

$$n = 66,3 = 66$$

digenapkan menjadi 66 responden

## Cara Penyimpanan dan Pengiriman Feses

Peneliti menerima tabung berisi feses dari subyek, Feses tidak diawetkan dan tidak didinginkan, Menyimpan feses di dalam box, Feses dikirim ke Laboratorium Kesehatan dan diperiksa < 24 jam setelah pengambilan.

## HASIL

**Tabel 1**  
**Hubungan Sanitasi Lingkungan Sekolah dengan Kejadian *Helminthiasis* pada Siswa SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga Tahun 2018**

Sanitasi Lingkungan Sekolah	Kejadian <i>Helminthiasis</i>				Total		q Value
	Positif		Negatif		N	%	
	n	%	N	%			
Baik	1	1,5	65	98,5	66	100	0,158
Buruk	4	8,5	43	91,5	47	100	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4,4</b>	<b>108</b>	<b>95,6</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	

**Tabel 2**  
**Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian *Helminthiasis* pada Siswa SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga Tahun 2018**

Sanitasi Lingkungan Sekolah	Kejadian <i>Helminthiasis</i>				Total		q Value
	Positif		Negatif		N	%	
	n	%	N	%			
Baik	1	1,5	65	98,5	66	100	0,158
Buruk	4	8,5	43	91,5	47	100	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4,4</b>	<b>108</b>	<b>95,6</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	

### Hubungan Kejadian *Helminthiasis* pada Siswa SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga Tahun 2018 Berdasarkan Sanitasi Lingkungan Sekolah

Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih dan sebagainya<sup>10</sup>. Sanitasi adalah usaha kesehatan preventif yang menitik beratkan kegiatan kepada usaha kesehatan lingkungan hidup manusia. Suatu contoh adalah menjaga kebersihan alat-alat yang digunakan untuk mengolah maupun menyajikan makanan, menyimpan bahan makanan dengan tepat, selalu memelihara kebersihan tempat kita mengolah makanan<sup>11</sup>.

Sanitasi lingkungan dapat pula diartikan sebagai kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan dan mempertahankan standar kondisi lingkungan yang mendasar serta memengaruhi kesejahteraan manusia agar membiasakan hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah yang juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu penyediaan air bersih, jamban atau toilet, harus ada tempat pembuangan sampah dan pengelolaannya serta tersedianya pembuangan kotoran manusia/WC atau Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL) di lingkungan sekolah yang memadai dan ini semua merupakan sanitasi lingkungan khususnya lingkungan sekolah.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1429/MENKES/SK/XII/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Sekolah menyebutkan fasilitas sanitasi sekolah salah satunya terdiri dari jamban/toilet dan Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL). Adapun persyaratan jamban/toilet sekolah yaitu (1) letak jamban/toilet harus terpisah dari ruang kelas, ruang UKS, ruang guru, perpustakaan, ruang bimbingan dan konseling, (2) tersedia jamban/toilet yang terpisah antara laki-laki dan perempuan, (3) proporsi jumlah WC/urinoir adalah 1 WC/urinoir untuk 40 siswa dan 1 WC/urinoir untuk 25 siswi, (4) jamban/toilet harus dalam keadaan bersih, (5) lantai jamban/toilet tidak ada genangan air, (6) tersedia lubang penghawaan yang langsung berhubungan dengan udara luar, (7) bak penampungan air harus tidak menjadi perindukan nyamuk.

SD Negeri 14 Mandonga sudah memiliki saluran pembuangan air limbah (SPAL), namun saluran masih dalam keadaan terbuka. Saluran pembuangan air limbah sudah dibeton (kedap air) dan alirannya lancar ke tempat pembuangan, namun air limbah tidak dialirkan ke tangki septik.

Sarana pembuangan kotoran (Jamban) di SD Negeri 14 Mandonga sudah menggunakan jamban leher angsa tetapi belum tersedia air yang cukup untuk keperluan sanitasi. Jamban juga merupakan jamban dengan tangki septik, dan permukaan lantai dan jamban sedang dalam keadaan bersih (permukaan licin). Sarana pembuangan sampah di SD Negeri 14 Mandonga sudah tersedia dan jenis tempat sampah sudah termasuk yang kedap air dan tahan karat, tetapi sampah masih terlihat berserakan

di ruangan. Tempat sampah juga memiliki tutup namun dalam sehari sampah tidak diangkut ke TPS >2 kali/hari.

Berdasarkan hasil pengamatan penyediaan air bersih di SD Negeri 05 Mandonga, sudah tersedia air bersih dan sesuai dengan kebutuhan, air tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbau. Tetapi sumber air bukan dari PDAM melainkan dari tower. Tempat penampungan air/bak tidak dibersihkan minimal sekali seminggu, dan keadaan tempat penampungan air/baknya belum memiliki tutup tetapi bak penampungan air tidak bocor. SD Negeri 05 Mandonga sudah memiliki saluran pembuangan air limbah (SPAL), namun saluran masih dalam keadaan terbuka.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 66 responden yang memiliki sanitasi lingkungan baik terdapat 1 responden (1,5%) yang positif *helminthiasis*. Sedangkan dari 47 responden yang memiliki sanitasi lingkungan buruk terdapat 4 responden (8,5%) yang positif *helminthiasis*.

Berdasarkan hasil pengamatan penyediaan air bersih di SD Negeri 14 Mandonga, belum tersedia air bersih dan sesuai dengan kebutuhan. Air tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbau. Sumber air bukan dari PDAM melainkan dari tower. Tempat penampungan air/bak tidak dibersihkan minimal sekali seminggu, dan keadaan tempat penampungan air/baknya belum memiliki tutup tetapi bak penampungan air tidak bocor. pembuangan air limbah sudah dibeton (kedap air) dan alirannya lancar ke tempat pembuangan, namun air limbah tidak dialirkan ke tangki septik.

Sarana pembuangan kotoran (Jamban) di SD Negeri 05 Mandonga sudah menggunakan jamban leher angsa dan sudah tersedia air yang cukup untuk keperluan sanitasi. Jamban juga merupakan jamban dengan tangki septik, dan permukaan lantai dan jamban sedang dalam keadaan bersih (permukaan licin).

Sarana pembuangan sampah di SD Negeri 05 Mandonga sudah tersedia dan jenis tempat sampah sudah termasuk yang kedap air dan tahan karat, dan sampah tidak terlihat berserakan di ruangan. Tempat sampah juga memiliki tutup namun dalam sehari sampah tidak diangkut ke TPS >2 kali/hari.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa tidak terdapat hubungan sanitasi lingkungan sekolah dengan kejadian *helminthiasis*, hal ini dikarenakan kejadian *helminthiasis* tidak hanya disebabkan karena sanitasi lingkungan sekolah tetapi juga disebabkan karena faktor-faktor lain yang tidak diteliti seperti karena ada juga faktor lain yang berperan dalam kejadian kecacingan yaitu dapat dilihat dari kondisi rumah juga dapat menjadi faktor penyebab kejadian kecacingan. Meskipun tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara sanitasi lingkungan sekolah dengan kejadian *helminthiasis* akan tetapi harus tetap menjaga kebersihan untuk tindakan pencegahan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Umi Mahmudah (2017), Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi kejadian infeksi kecacingan pada anak sekolah dasar di SD Barengan adalah 40,21%. Jenis lantai, ketersediaan air bersih, kepemilikan tempat sampah, dan sarana pembuangan air limbah berhubungan dengan kejadian infeksi kecacingan. Kepemilikan jamban tidak berhubungan dengan kejadian infeksi kecacingan pada anak sekolah dasar. Sanitasi lingkungan rumah berhubungan dengan kejadian infeksi kecacingan pada anak sekolah dasar. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhalina (2017), Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada siswa yang terinfeksi kecacingan di SDN 1-4 Kabupaten Murung Raya Tahun 2017 yang ditandai dengan tidak ditemukannya telur dan atau larva atau cacing dewasa pada specimen tinja yang diperiksa. Namun demikian siswa hidup dalam kondisi sanitasi lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan dan PHBS yang rendah dalam hal kebiasaan mencuci tangan maupun kebiasaan menggunakan alas kaki yang merupakan media penularan infeksi kecacingan.

### **Hubungan Kejadian *Helminthiasis* pada Siswa SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga Tahun 2018 Berdasarkan *Personal Hygiene***

Menurut Tarwoto (2010), *Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yang berarti personal yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Tujuan dari *personal hygiene* adalah untuk meningkatkan derajat *higiene* yang kurang, mencegah penyakit, meningkatkan percaya diri dan menciptakan keindahan.

Hasil Penelitian diketahui bahwa perilaku *personal hygiene* siswa/siswi SDN 14 Mandonga dan SDN 05 Mandonga sebagian besar sudah baik bahwa dari 113 responden, sebagian besar memiliki *personal hygiene* dengan kategori baik yaitu sebanyak 110 responden (97,3%), sedangkan responden yang memiliki *personal hygiene* buruk yaitu sebanyak 3 responden (2,7%). Berdasarkan hasil penelitian, tidak terdapat hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian *helminthiasis* tetapi juga dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti minum obat cacing. dalam penelitian Sri Kartini mengatakan minum obat cacing berhubungan sebab akibat dengan kejadian kecacingan pada siswa sekolah dasar. Siswa yang tidak minum obat cacing dalam rentang waktu 6 bulan dapat terkena 11 kali lebih besar kecacingan bila dibandingkan dengan siswa yang minum obat cacing dalam rentang 6 bulan. Pencegahan kecacingan disarankan WHO difokuskan pada anak-anak diberikan apabila pada penduduk risiko tinggi. Pengobatan pada anak-anak diberikan apabila lebih dari 10% kejadian kecacingan<sup>12</sup>. Pemberian obat cacing pada setiap penderita dapat menyembuhkan penderita dengan tingkat kesembuhan 70-99%<sup>13</sup>.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rizka Yunidha Anwar, hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kebersihan kuku dengan infeksi cacing usus pada siswa SDN 25 dan 28 Purus. Penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Nusa et al pada tahun 2013 di Kec. Damau Kab. Kep. Talaud dan Endriani et al tahun 2010 di Kel. Karangroto Semarang bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kebersihan kuku dengan infeksi cacing usus. Hasil yang berbeda didapatkan oleh Jalaluddin pada tahun 2009 di Kota Lhokseumawe dan Rahmad pada tahun 2008 di Kec. Sibolga Kota bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebersihan kuku dengan infeksi cacing usus. Tidak terdapatnya hubungan antara kedua variabel ini mungkin disebabkan karena aspek hygiene perorangan lain seperti kebiasaan mencuci tangan yang baik juga dapat mengurangi kontaminasi cacing usus pada kuku yang bersih dan pendek. pada anak yang masih duduk di kelas I – III SD pada saat makan masih disuapi oleh ibu atau pengasuhnya sehingga mengurangi kontaminasi dari tangan yang kotor ke mulutnya.

Hasil wawancara dengan beberapa guru di kedua sekolah tersebut, didapatkan bahwa sekolah juga menerapkan program pemeriksaan kuku kepada para siswa setiap minggu. Perbedaan hasil penelitian dari para peneliti sebelumnya disebabkan karena beberapa faktor hygiene perorangan lain yang ditemukan. pada penelitian Rahmad (2008) didapatkan prevalensi yang cukup tinggi pada anak yang sering menggigit kuku ketika sedang bermain dan memasukkan jari tangan kedalam mulut dan beberapa faktor sanitasi lingkungan yang buruk.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurmia, berdasarkan hasil pemeriksaan sampel tinja sejumlah 30 responden diperoleh 9 sampel (30%) positif terinfeksi cacing. Pemeriksaan telur cacing dilakukan menggunakan metode Eosin. Jenis cacing yang ditemukan adalah *Ascaris Lumbricoides* (55,6%), *Necator Americanus* (22,2%), *Trichuris Trichura* (11,1%) dan larva (11,1%). *Ascaris lumbricoides* merupakan jenis cacing yang paling sering ditemukan menginfeksi manusia dan juga tingkat infeksinya selalu lebih tinggi. *World Health Organization* (WHO) (2011) memperkirakan 250 juta orang terinfeksi cacing gelang, 151 juta orang terinfeksi cacing tambang, dan sebesar 45,5 juta orang terinfeksi cacing cambuk.

Berdasarkan hasil uji Spearmans diperoleh nilai  $p=0,408$  berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian kecacingan pada anak SD Negeri Abepantai Jayapura. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar siswa yang mengalami kecacingan, memiliki pengetahuan yang cukup baik sehingga untuk mengantisipasi agar tidak terkena penyakit tersebut juga masih kurang dan bisa juga dipengaruhi oleh faktor lain. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi yaitu pada daerah iklim tropik yang merupakan tempat ideal bagi perkembangan telur cacing, perilaku kurang sehat seperti buang air besar (BAB) di sembarang tempat, bermain tanpa menggunakan alas kaki, kebiasaan mencuci tangan, kebersihan kuku, pendidikan dan perilaku individu, sanitasi makanan dan sanitasi sumber air (Rampengan, 2007). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya<sup>14</sup>. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rusmanto, dkk (2010) bahwa pengetahuan siswa yang baik terjadi karena beberapa upaya yang telah dilakukan oleh berbagai pihak, dimulai dari Dinas Kesehatan yang secara rutin melakukan sosialisasi tentang kebiasaan mencuci tangan dengan sabun melalui kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) maupun dari lingkungan sekolah sendiri yang berupaya untuk menanamkan kebiasaan menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Tindakan atau perilaku yang baik akan mengurangi resiko terkena penyakit. Pengetahuan memengaruhi status kecacingan seseorang dan sangat berperan penting untuk mencegah terjadinya penyakit kecacingan, sehingga kecenderungan pengetahuan yang rendah akan semakin meningkatkan resiko terinfeksi cacing<sup>15</sup>.

Berdasarkan hasil uji Fisher Exact diperoleh nilai  $p=0,030$  berarti ada hubungan yang antara perilaku dengan kejadian kecacingan pada anak SD Negeri Abepantai Jayapura. Jumlah presentase perilaku baik dengan positif cacing (5,6%) dan negatif (15,4%). Hal ini sesuai dengan penelitian Hoa et al (2010) yang menyebutkan bahwa kebiasaan mencuci tangan pada Siswa SD yang tidak bersih dapat menjadi faktor resiko terinfeksi apalagi ditunjang dengan kebiasaan memelihara kuku yang tidak terjaga kebersihannya.

Siswa dengan perilaku yang baik tetapi hasil kecacingannya positif dapat disebabkan oleh beberapa faktor lain yang memengaruhi terjadinya kecacingan, yaitu minum atau termakan makanan yang telah atau terkontaminasi telur dan larva cacing. Perilaku yang kurang baik diperoleh diperoleh dari keadaan kuku subjek ada yang pendek tapi kotor, ada pula yang panjang dan kotor. pada keadaan ini siswa beresiko penularan langsung melalui kulit. Anak yang bermain ketika jam istirahat sekolah dan pulang sekolah tidak menggunakan alas kaki berpeluang untuk terinfeksi cacing karena penyebaran penyakit cacingan dapat melalui terkontaminasinya tanah dengan tinja mengandung telur atau larva cacing.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat diperoleh simpulan bahwa (1) tidak ada hubungan antara sanitasi lingkungan dengan kejadian *Helminthiasis*; dan (2) tidak ada hubungan antara *Personal Hygiene* dengan kejadian *Helminthiasis*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2. Sumantri, Arif. 2013. Kesehatan Lingkungan Edisi Revisi. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
3. Departemen Kesehatan. 2014. Pemberantasan Penyakit Menular Langsung. [http://www.ppppl.depkes.go.id/images\\_data/Profil%20P2ML%](http://www.ppppl.depkes.go.id/images_data/Profil%20P2ML%2018). Diakses pada tanggal 20 September 2018.
4. Kemenkes RI. Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2012. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2013.
5. *World Health Organization* (WHO). 2018. Soil-transmitted helminthiasis targets post 2020. di akses dari : [http://www.who.int/neglected\\_diseases/events/STH-targets-post-2020/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/events/STH-targets-post-2020/en/)
6. Profil Data Dinas Kesehatan 2017. [dinkes.bantulkab.go.id/data/hal/1/8/23/48-profil-kesehatan-2017](http://dinkes.bantulkab.go.id/data/hal/1/8/23/48-profil-kesehatan-2017).
7. Isro'in, Laily. 2012. Personal Hygiene. Jakarta: Graha Ilmu.
8. Juhairiyah, Annida, Liestiana Indriyati. 2015. Gambaran Faktor Resiko Kecacingan pada Anak Sekolah Dasar di Kota Banjarmasin. *Jurnal Vektor Penyakit*, Vol 9 No 1, 2015: 21-28
9. Wintoko, R. 2014. Hubungan aspek *personal hygiene* dan aspek perilaku dengan kontamiasi telur cacing pada kuku siswa kelas 3, 4 dan 5 di sdn 2 rajabasa kabupaten bandar lampung tahun ajaran 2012/2013. *Juke Unila*, 4(7): 136-41.
10. S. Kartini, "Kejadian Kecacingan pada Siswa Sekolah Dasar Negeri Kecamatan Rumbai Pesisir Pekanbaru," *J. Kesehat. Komunitas*, vol. 3, no. 2, pp. 53-58, 2016.
11. Mundiatur dan Daryanto. 2015. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta: Gava Media.
12. Depkes RI. 2004. Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
13. Selomo M, Ruslan, Jusuf A. 2013. Gambaran Parasit Soil Transmitted Helminths dan Tingkat Pengetahuan, Sikap serta Tindakan Petani Sayur di Desa Waiheru Kecamatan Baguala Kota Ambon. Makassar: Universitas Hasanudin.



## **KESEHATAN IBU & ANAK, DAN KESEHATAN REPRODUKSI**



# HUBUNGAN USIA KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN KEPUTIHAN PADA IBU HAMIL

## RELATIONSHIP AGE OF PREGNANCY WITH FLOUR ALBOUS INCIDENCE IN PREGNANT WOMAN

Marni Br Karo<sup>1</sup>, A'is Nuraisah<sup>2</sup>, Puri Kresna Wati<sup>3</sup>, Asriati<sup>4</sup>,

Program Studi Kebidanan, Sekolah Tinggi Kesehatan Medistra Jakarta. Indonesia<sup>1-3</sup>

Bagian Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Halu OLeo, Kendari- Indonesia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Email: [marnikaro.stikesmi@gmail.com](mailto:marnikaro.stikesmi@gmail.com)

### Abstrak

Latar belakang. Keputihan pada ibu hamil dapat mengakibatkan resiko tinggi pada ketubahn pecah dini, sehingga bayi lahir premature atau bayi lahir dengan berat lahir rendah. Salah satu penyebab keputihan pada ibu hamil adalah usia kehamilan. Semakin bertambah usia kehamilan maka kadar hormone estrogen dan progesteron akan semakin meningkat, hal tersebut menyebabkan keputihan pada ibu hamil. Keputihan sering terjadi pada kehamilan trimester I dan akan lebih meningkat di trimester II sampai ke trimester III. Tujuan penelitian ini mengetahui hubungan usia kehamilan dengan kejadian keputihan pada ibu hamil. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional dan dilakukan uji chi-square. Pengambilan sampel menggunakan simple random sampling dan jumlah sampel 93 ibu hamil trimester 1,2 dan 3, alat pengumpulan data berupa kuesioner. Hasil penelitian ini menunjukkan nilai uji statistik di dapat nilai p value 0,029, maka terdapat pengaruh yang signifikan antara usia kehamilan dengan kejadian keputihan. Kesimpulan ada hubungan usia kehamilan dengan kejadian keputihan pada ibu hamil

**Kata kunci :** usia kehamilan, kejadian keputihan, ibu hamil.

### ABSTRACT

*Background : Flour albous on pregnant woman could cause risk high on change broken early, so baby premature or birth baby born with weight born low. One of cause flour albous on pregnant woman is age pregnancy. Getting more increase age pregnancy then hormone levels of estrogen and progesterone will increasingly increase, that cause flour albous on pregnant woman. Flour albous often happen on 1st trimester pregnancy and will more increased in the second trimester until to third trimester. Objectives : Knowing relationship age pregnancy d ith incident vaginal discharge on i b u h amil at the Puskesmas districts East Jakarta Cipung Ayung Year 2018. Method : Research this use descriptive correlation with approach cross sectional and do test chi-square. Taking sample use simple random sampling and amount sample of 93 mothers pregnancy trimester 1, 2 and 3, tools data collection in the form of questionnaire. Results : Analysis chi-square showing value test The statistics can be value p value 0.029, then there is a significant effect age pregnancy with incidence flour albous. Conclusion : There is a relationship age pregnancy with incidence flour albous on pregnant woman.*

**Keywords:** *age pregnancy, incident vaginal discharge, mother get pregnant.*

### PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan suatu proses yang melibatkan berbagai perubahan hormonal di dalam tubuh seperti hormon progesterone dan esterogen akan terus meningkat secara perlahan hingga kehamilan berakhir<sup>1</sup>. Peran progesterone diperlukan untuk pencegahan persalinan premature juga penting dalam menekan respons imunologis ibu terhadap antigen janin sedangkan esterogen berperan sebagai katalisator untuk perubahan kimia pada tingkat sel yang diperlukan untuk pertumbuhan, pengembangan, dan energi<sup>2</sup>. Selain itu esterogen potensial untuk pencegahan atau penyembuhan Preeklampsia<sup>3</sup>. Namun jika produksi esterogen abnormal maka peran dominan estrogen di atas progesteron dalam menginduksi dan mendukung infeksi vagina dan memiliki efek yang lebih kuat dalam mempromosikan *Candidiasis albicans*<sup>4</sup>. Infeksi jamur *candidiasis albican* manifestasinya adalah

keputihan pada daerah kewanitaan berupa lendir yang homogen dan sedikit berbau dan terkadang nyeri pada vaginal, iritasi, rasa terbakar, dispareunia, dan biasanya terjadi disuria eksternal, pada pemeriksaan menunjukkan plak keputih-putihan.<sup>5-6</sup>

Studi yang dilakukan oleh Aring, et al, melaporkan bahwa insidensi kandidiasis vaginalis di Negara India mengalami peningkatan pada wanita hamil sebesar 22,5% dibanding dengan wanita tidak hamil sebesar 16,66%, dan prevalensi kejadian penyakit kandidiasis vaginalis untuk trimester pertama sebanyak 18,5%, trimester kedua sebanyak 33,3% dan meningkat sekitar 48,1% pada trimester ketiga<sup>7</sup>. Penelitian sebelumnya menyimpulkan bahwa faktor pemicu keputihan pada ibu hamil adalah status pendidikan, usia dan kebersihan diri berbanding lurus dengan semakin bertambah usia kehamilan<sup>8</sup>. Dampak dari keputihan menyebabkan gangguan pada daerah kewanitaan, dan estimasi sekitar 75% wanita pernah mengalami keputihan karena terinfeksi jamur candida albicans<sup>9</sup>. Infeksi ini juga dapat menyebabkan terjadinya Keputihan patologis dapat menyebabkan kerusakan serius pada wanita hamil dan anak-anak mereka termasuk prematuritas, berat badan lahir rendah, korioamnionitis, endometritis postpartum, dan infeksi luka post cesarean<sup>10</sup>. Tingginya resiko dari dampak keputihan maka kami ingin menilai hubungan usia kehamilan dengan kejadian keputihan pada ibu hamil di Wilayah kerja Puskesmas kecamatan Cipayung Jakarta Timur.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini melakukan pengambilan data selama periode 1 Februari 2018 s/d 23 Mei 2018. di Puskesmas kecamatan Cipayung Jakarta Timur dengan sampel dalam penelitian yaitu ibu hamil trimester 1,2 dan 3 yang datang ke ruang KIA Puskesmas kecamatan Cipayung Jakarta Timur, menggunakan teknik pengambilan sampel *simple random sampling* sebanyak 93 orang. Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, instrument dalam penelitian ini menggunakan kuesioner dilakukan dengan wawancara. Analisis data menggunakan analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik responden, sampel, distribusi dan frekuensi variabel, analisis bivariate untuk melihat hubungan variabel dengan uji *chi-square*.

#### HASIL

**Tabel 1. Distribusi frekuensi usia kehamilan pada ibu hamil**

No	Usia Kehamilan	Frekuensi	Persentase %
1	Trimester 1	11	11.8%
2	Trimester 2	33	35.5%
3	Trimester 3	49	52.7%
Total		93	100 %

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa dari 93 responden, sebagian besar usia kehamilan responden adalah trimester 3 yaitu sebanyak 49 orang (52.7%), responden dengan usai kehamilan Trimester 2 sebanyak 33 orang (35.5%), dan responden dengan usia kehamilan trimester 1 sebanyak 11 orang (11.8%).

**Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Kejadian Keputihan pada Ibu Hamil**

No	Kejadian Keputihan	Frekuensi	Persentase%
1	Ya	77	82.8%

2	Tidak	16	17.2%
	Total	93	100%

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa dari 93 responden, mayoritas responden mengalami keputihan yaitu sebanyak 77 orang (82.8%), dan yang tidak mengalami keputihan sebanyak 16 orang (17.2%).

**Tabel 3, Hubungan Usia Kehamilan dengan Kejadian Keputihan pada Ibu Hamil**

Usia Kehamilan	Kejadian Keputihan				Total		P Value
	Ya		Tidak		F	%	
	N	%	N	%	N	%	
Trimester 1	6	54.5%	5	45.5%	11	100%	0.029
Trimester 2	28	84.8%	5	15.2%	33	100%	
Trimester 3	43	87.8%	6	12.2%	49	100%	
Total	77	81.7%	16	18.3%	93	100%	

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 93 responden dapat diketahui pada usia kehamilan trimester 1 terdapat 6 orang yang mengalami keputihan (54.5%), responden dengan usia kehamilan trimester 2 yang mengalami keputihan sebanyak 28 orang (84.8%), dan responden dengan usia kehamilan trimester 3 yang mengalami keputihan sebanyak 43 orang.(87.8%). Hasil uji statistic dengan menggunakan Chi-Square ( $\alpha=0.05$ ) didapatkan nilai *p value* yaitu 0.029 ( $p \leq 0.05$ ), secara statistik terdapat hubungan usia kehamilan dengan kejadian keputihan pada ibu hamil di Puskesmas Kecamatan Cipayung Jakarta Timur tahun 2018.

## PEMBAHASAN

Penelitian kami menunjukkan bahwa dari 93 responden ibu hamil diketahui yang tidak mengalami keputihan sebanyak 16 orang sedangkan yang mengalami keputihan pada trimester satu hanya 6 orang (54.5%), trimester kedua sebanyak 28 orang (84.8%), dan pada trimester ketiga sebanyak 42 orang (85.7%), dengan demikian menunjukkan bahwa usia kehamilan trimester ketiga paling banyak mengalami keputihan pada ibu hamil yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cipayung Jakarta Timur. Studi kami sejalan dengan penelitian oleh Son, et al, melaporkan dari 593 wanita hamil, sesuai dengan trimester di mana kultur vagina dilakukan menunjukkan hasil bahwa Trimester pertama (n = 221), trimester kedua (n = 138), dan terbanyak mengalami keputihan adalah trimester ketiga (n = 234)<sup>10</sup>. Secara statistik studi kami menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara usia kehamilan dan keputihan dengan nilai ( $P < 0.029$ ). Hal ini diduga karena kemungkinan semakin meningkatnya usia kehamilan maka factor stress, kurang gizi mikro dan progress hormone yang abnormal juga meningkat. Selain itu kurangnya kebersihan atau vulva hygiene dapat memengaruhi terjadinya keputihan pada ibu hamil.

Sebuah studi yang dilakukan di kota Rio Grande, Brasil Selatan oleh Fonseca, et al melaporkan bahwa dari 2.395 wanita yang disurvei diketahui 43% mengalami keputihan patologis selama kehamilan dan menunjukkan bahwa wanita dengan kondisi sosial ekonomi rendah, mereka yang memiliki riwayat aborsi, dirawat karena depresi, anemia, dan infeksi saluran kemih selama kehamilan lebih cenderung mengalami keputihan patologis<sup>11</sup>, yang kemungkinan beresiko terinfeksi jamur *candida albicans*. Infeksi jamur *candida albicans* sangat mengganggu sistem respon imunitas tubuh, diketahui pada percobaan yang dilakukan oleh Karo, et al, menggunakan hewan coba yang diinfeksi jamur *candida albicans* menunjukkan peningkatan produksi antibody IgM yang berlebihan<sup>12</sup>, dan penurunan jumlah ekspresi gen IL-37, kondisi ini menunjukkan adanya inflamasi yang berlebihan dan jika tidak cepat teratasi akan menyebabkan inflamasi sistemik dan komplikasi penyakit<sup>13</sup>, kemungkinan akan berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan janin.

Mengingat dampak dari keputihan dapat menimbulkan komplikasi pada kehamilan sampai resiko bayi lahir premature dan berat badan lahir rendah, disarankan kepada ibu hamil untuk rutin melakukan pemeriksaan dan segera konsultasi jika mengalami keputihan. Selain usia kehamilan, faktor lain yang

menyebabkan keputihan yaitu kurangnya menjaga kebersihan individu terutama pada organ genitalia. Selama penelitian dilakukan tidak sedikit ibu hamil mengeluh gatal saat terjadi keputihan, hal ini diduga kemungkinan terkait dengan infeksi jamur candidiasis. Secara keseluruhan, menjaga kebersihan individu seperti vulva hygiene dan rajin melakukan pemeriksaan kesehatan selama masa kehamilan, dapat mengurangi terjadinya keputihan dan terhindar factor resiko dari penyakit *candidiasis vulva vaginitis*.

## SIMPULAN

Memperhatikan higienitas diri terutama organ genitalia ibu hamil sangat penting untuk mencegah keputihan, seperti melakukan vulva hygiene dengan baik dan benar, mengganti celana dalam jika sudah terasa lembab. Selain itu diharapkan bagi petugas tenaga medis/ bidan terutama yang bertugas di Puskesmas, agar berupaya untuk meningkatkan pemeriksaan fisik genitalia pada ibu hamil dimulai sejak awal kehamilan dan melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mendukung diagnose keputihan dan mengetahui penyebab keputihan pada ibu hamil, agar dapat diberikan intervensi dan terapi obat secara tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hirst JJ, Palliser HK, Shaw JC, Crombie G, Walker DW, Zakar T. (2018). Birth and Neonatal Transition in the Guinea Pig: Experimental Approaches to Prevent Preterm Birth and Protect the Premature Fetus. *Front Physiol.* 11; 9:1802
2. Kumar P and Magon N,(2012) Hormones in pregnancy. *Niger Med J.* 2012; 53(4): 179–183.
3. Berkane, et al, (2017). From Pregnancy to Preeclampsia: A Key Role for Estrogens. *Endocr Rev.* 38(2):123-144.
4. Fidel PL Jr, Cutright J, Steele C. Effects of reproductive hormones on experimental vaginal candidiasis. *Infect Immun.* 2000, 68(2):651-7.
5. Frank L. van de Veerdonk, Mark S. Gresnigt, Marije Oosting, Jos W. M. van der Meer, Leo A. B. Joosten,, Mihai G. et al. (2015). Protective host defense against disseminated candidiasis is impaired in mice expressing human interleukin-37. *Front. Microbiol.*, Vol 5: 762
6. Arfiputri DS, Hidayati AN, Handayani S, Ervianti E. (2018). Risk Factors of Vulvovaginal Candidiasis in Dermato-Venereology Out Patients Clinic of Soetomo General Hospital, Surabaya Indonesia. *Afr J Infect Dis.* 2018; 12(1 Suppl): 90–94.
7. Aring BJ, Mangkodi PJ, Jasani, JH. (2012). Incidence of Vaginal Candidiasis in leucorrhoea in women attending in Opd of Gynecology and Obstetries Department. *International Journal of Biomedical and Advance Research.* 03(12): 867-869.
8. Mahanani S, Natalia D. (2015). Perawatan Organ Reproduksi dan Kejadian Keputihan pada Ibu Hamil. *J Stikes.* Vol. 8, No:136–45.
9. Minoeianhaghighi MH, Sepehrian L, Shokri H. (2016). Antifungal effects of *Lavandula binaludensis* and *Cuminum cyminum* essential oils against *Candida albicans* strains isolated from patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *J Mycol Med,* 647, 7.
10. Son KA, Kim M, Kim YM, Kim SY, Choi SJ, Oh AY, Roh CR, Kim JH. (2018) (2018) Prevalence of vaginal microorganisms among pregnant women according to trimester and association with preterm birth. *Obstet Gynecol Sci.* 2018 Jan; 61(1): 38–47.
11. Fonseca TM. M.VD, Cesar JA, Mendoza-sassi RA, Schmidt EB (2013). Pathological Vaginal Discharge among Pregnant Women: Pattern of Occurrence and Association in a Population-Based Survey. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013: 590416.
12. Karo M, Salma WO, Kamelia E, Patellogi I, Natzir R, BintangM, Hatta M. (2017). Effects of ethanolic extract of *Miana (Coleus scutellarioides [L] Benth)* leaf on IgM profile in Balb/c mice with systemic of vulvovaginal candidiasis, *Der Pharmacia Lettre.* 9 (1); 6-11.
13. Karo M, Hatta M, Salma WO, Patellogi I, Natzir R. (2018). Effects of *Miana (coleus scutellarioides [L] benth)* to Expression of mRNA IL-37 in Balb/c Mice Infected *Candida albicans*, *Pharmacognosy*10 (1); 16-19.

**HUBUNGAN STATUS PEKERJAAN DAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU  
DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF PADA BAYI USIA 0-6 BULAN DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOLAKA KABUPATEN KOLAKA  
TAHUN 2019**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTHER'S LEVEL OF EMPLOYMENT AND  
KNOWLEDGE ABOUT THE EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN INFANTS 0-6  
MONTHS IN THE WORK AREA OF KOLAKA HEALTH CENTER, KOLAKA  
REGENCY IN 2019**

**Asfira Sugiarto<sup>1</sup>, Wa ode Sitti Nur Zalmayah<sup>2</sup>, Waanasari<sup>3</sup>**

Program Studi DIII Kebidanan, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna<sup>1,3</sup>

Program Studi S1 Keperawatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Email : asfira.sugiarto17@gmail.com

**ABSTRAK**

Air Susu Ibu (ASI) merupakan nutrisi alamiah terbaik bagi bayi karena mengandung kebutuhan energi dan zat yang dibutuhkan selama enam bulan pertama kehidupan bayi. dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, UNICEF dan WHO merekomendasikan sebaiknya bayi hanya disusui air susu ibu (ASI) tanpa tambahan makanan atau minuman, termasuk air, menyusui sesuai permintaan atau sesering yang diinginkan bayi, dan tidak menggunakan botol atau dot selama paling sedikit 6 bulan. Cakupan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Kolaka pada tahun 2017 jumlah bayi usia 0-6 bulan dari 132 bayi yang diberikan ASI berjumlah 67 bayi, tahun 2018 dari 178 bayi yang diberikan ASI berjumlah 82 bayi, tahun 2019 periode Januari-Juni berjumlah 105 dan yang diberikan ASI berjumlah 34 bayi. Masalah saat ini yang paling kompleks adalah banyaknya anak yang tidak diberikan ASI oleh orang tuanya sehingga anak terabaikan akan manfaat dari ASI tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status pekerjaan dan tingkat pengetahuan ibu dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kolaka. Jenis penelitian ini adalah komparatif dengan desain pendekatan Cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai bayi berumur 0-6 bulan yang berkunjung di wilayah kerja Puskesmas Kolaka sebanyak 105 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling, yaitu sebanyak 44 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 26 responden (59,1%) melakukan pemberian ASI Eksklusif dengan status baik sementara 18 responden (40,9%) melakukan pemberian ASI Eksklusif dengan status kurang. Analisis bivariat pada penelitian ini menghasilkan nilai  $p=0,029$  untuk status pekerjaan Ibu dengan tingkat pemberian ASI Eksklusif, dan nilai  $p=0,000$  untuk tingkat pengetahuan Ibu dengan status pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dan tingkat pengetahuan Ibu dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di wilayah Puskesmas Kolaka, Kabupaten Kolaka.

**Kata Kunci : Status Pekerjaan, Tingkat Pengetahuan, dan ASI Eksklusif Bayi**

*ABSTRACT* Mother's Milk (ASI) is the best natural nutrient for babies because it contains energy needs and substances needed during the first six months of a baby's life. In order to reduce morbidity and infant mortality, UNICEF and WHO recommend that babies should only breastfeed breast milk without additional food or drink, including water, breastfeeding on demand or as often as desired by the baby, and not use bottles or nipples for at least 6 months. Coverage of exclusive breastfeeding at Kolaka Health Center in 2017 the number of babies aged 0-6 months of 132 babies given breastfeeding amounted to 67 babies, in 2018 of 178 babies given breastfeeding amounted to 82 babies, in 2019 the January-June period amounted to 105 and those given ASI amounted to 34 babies. The most complex problem currently is the number of children who are not given ASI by their parents, so that the child is neglected by the benefits of ASI. The purpose of this study was to determine the relationship

*between employment status and mother's level of knowledge with exclusive breastfeeding in infants aged 0-6 months in the work area of the Kolaka Community Health Center. This type of research was comparative with cross sectional design. The population in this study was all mothers with babies aged 0-6 months who visited the work area of the Kolaka Community Health Center as many as 105 people. The sampling technique in this study used a total sampling technique, as many as 44 respondents. The result showed that 26 respondents (59,1%) gave exclusive breastfeeding with good status, while 18 respondents (40,9%) gave exclusive breastfeeding with insufficient status. Bivariate analysis in this study produced a value of  $p=0,029$  for the employment status of mother with exclusive breastfeeding rates and a value of  $p=0,000$  for the mother's level of knowledge with exclusive breastfeeding rates in infants 0-6 months. The conclusion of this study was that there was a significant relationship between employment and level's knowledge of mothers with exclusive breastfeeding for infants aged 0-6 months at the Kolaka Health Center in Kolaka Regency.*

**Keywords: Employment status, Knowledge level, and Exclusive breastfeeding for infants**

## PENDAHULUAN

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) adalah pemberian ASI tanpa pemberian makanan lain, program pemberian ASI sesuai dengan kaidah Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Kode Etik Internasional pemasaran pengganti ASI dari Organisasi Kesehatan Dunia World Health Organization (WHO), maka upaya pemenuhan gizi bayi 0-6 bulan dilakukan melalui gizi ibu sebelum dan pada masa pemberian ASI. Selain itu, WHO mengemukakan bahwa upaya kesehatan gizi bayi usia 0-6 bulan didasarkan bahwa gizi kurang pada anak usia kurang dari 2 tahun akan berdampak terhadap penurunan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kecerdasan, dan produktivitas (WHO, 2013)<sup>1</sup>. Air Susu Ibu (ASI) merupakan nutrisi alamiah terbaik bagi bayi karena mengandung kebutuhan energi dan zat yang dibutuhkan selama enam bulan pertama kehidupan bayi. Seorang ibu sering mengalami masalah dalam pemberian ASI eksklusif, salah satu kendala utamanya yakni produksi ASI yang tidak lancar. Hal ini akan menjadi faktor penyebab rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif kepada bayi baru lahir (Wulandari dan Handayani, 2011)<sup>2</sup>.

Dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, UNICEF dan WHO merekomendasikan sebaiknya bayi hanya disusui air susu ibu (ASI) selama paling sedikit 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berumur dua tahun (WHO, 2018)<sup>3</sup>. Agar ibu dapat mempertahankan ASI eksklusif selama 6 bulan, WHO merekomendasikan agar melakukan inisiasi menyusui dalam satu jam pertama kehidupan, bayi hanya menerima ASI tanpa tambahan makanan atau minuman, termasuk air, menyusui sesuai permintaan atau sesering yang diinginkan bayi, dan tidak menggunakan botol atau dot (WHO, 2018)<sup>3</sup>. Menurut data WHO tahun 2018 cakupan ASI eksklusif di seluruh dunia hanya sekitar 40% selama periode 2017-2018. Berdasarkan data pemantauan status gizi di Indonesia pada tahun 2017 menunjukkan cakupan pemberian ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama oleh ibu kepada bayinya masih sangat rendah yakni 35,7%. Artinya ada sekitar 65% bayi yang tidak mendapatkan ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama lahir. Angka ini masih jauh dari target cakupan ASI eksklusif pada tahun 2019 yang ditetapkan oleh WHO maupun Kementerian Kesehatan yaitu 80%.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 cakupan ASI eksklusif di Indonesia sebesar 37,3%, atau naik 1,6% dari tahun 2016. Namun angka ini masih jauh dari target Indonesia sehat 2018 cakupan ASI eksklusif sebanyak 80%. Artinya masih ada sekitar 62,7% bayi yang tidak mendapatkan ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama lahir (Risksedas, 2018)<sup>4</sup> dan pemberian susu formula meningkat tiga kali lipat dari 10,3% menjadi 32,5%. Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak Kementerian Kesehatan, Budiharja, menyatakan bahwa angka ini cukup memprihatinkan dan menilai rendahnya kesadaran masyarakat dalam mendorong peningkatan pemberian ASI masih relatif rendah, termasuk di dalamnya kurangnya pengetahuan ibu hamil, keluarga dan masyarakat akan pentingnya ASI (Depkes, 2011)<sup>5</sup>.

Di Provinsi Sulawesi Tenggara cakupan ASI eksklusif tahun 2016 sebanyak 46,63%, tahun 2017 sebanyak 55,66% atau naik 9,03% dari tahun 2016 dan tahun 2018 sebanyak 40% atau kembali mengalami penurunan sebesar 15,66% dari tahun 2017. Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di



Sulawesi Tenggara belum mencapai target 85% (Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara, 2018)<sup>6</sup>. Cakupan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Kolaka pada tahun 2017 jumlah bayi usia 0-6 bulan dari 132 bayi yang diberikan ASI berjumlah 67 bayi dan pada tahun 2018 jumlah bayi usia 0-6 bulan dari 178 bayi yang diberikan ASI berjumlah 82 bayi pada tahun 2019 periode Januari-Juni jumlah bayi usia 0-6 bulan berjumlah 105 dan yang diberikan ASI berjumlah 34 bayi, (Puskesmas Kolaka, 2019)<sup>7</sup>. Masalah saat ini yang paling kompleks adalah banyaknya anak yang tidak diberikan ASI oleh orang tuanya, beberapa penyebab sehingga bayi tidak diberikan ASI adalah karena pekerjaan ibu dan kurangnya pengetahuan ibu dalam memberikan ASI pada anaknya sehingga anak terabaikan akan manfaat dari ASI tersebut.

Hasil survei dan persentase penurunan cakupan ASI Eksklusif tersebut merupakan bentuk rendahnya pengetahuan ibu menyusui akan manfaat dan pentingnya ASI. Pengetahuan menurut Notoadmodjo (2010)<sup>8</sup> adalah hasil tahu individu yang diperoleh melalui panca indra. Rendahnya pengetahuan dapat disebabkan karena ibu belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang manfaat ASI dan kandungan yang terdapat dalam ASI serta tentang manfaat perawatan payudara ketika hamil sebagai upaya untuk memperlancar ASI. Pengetahuan para ibu yang diteliti tersebut dapat dipengaruhi sumber informasi yang didapat ibu dari lingkungan luar terutama peran media massa dalam memberikan informasi. Informasi yang disampaikan media massa yang memengaruhi pemberian ASI eksklusif yaitu informasi atau iklan susu formula yang sekarang ini sedang gencar-gencarnya dilakukan oleh produsen susu. Iklan tentang susu yang sering tampil di televisi yang menjadi faktor utama memperkenalkan ibu pada produk susu sehingga ibu terpengaruh dan beranggapan bahwa susu formula juga baik untuk bayi (Notoadmodjo, 2010)<sup>8</sup>. Pentingnya pengetahuan ibu tentang ASI mempunyai hubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan.

Salah satu faktor yang memengaruhi ibu tidak memberikan ASI adalah terlalu sibuk dengan pekerjaannya. Ibu yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk melakukan aktivitasnya sehari-hari dan memberikan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Pada ibu yang sedang memberikan ASI yang bekerja, pekerjaan mereka memberikan kesibukkan tambahan sehingga ibu tidak sempat memberikan ASI eksklusif (Padila, 2014)<sup>9</sup>.

Hasil studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Kolaka, Kabupaten Kolaka yaitu pada salah satu ibu yang mempunyai bayi di Puskesmas Kolaka mengatakan alasan tidak memberikan ASI kepada anaknya yaitu keterbatasan waktu karena bekerja, adanya masalah saat menyusui (air susu tidak langsung keluar dan sedikit) dan masih banyak ibu yang kurang setuju jika hanya memberikan ASI saja pada bayi berumur 0-6 bulan tanpa makanan tambahan lain atau tanpa didampingi susu formula. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu yang dimiliki tersebut akan menjadi salah satu hambatan dalam pencapaian target keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka penulis telah melaksanakan penelitian tentang "Hubungan Status Pekerjaan dan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Pemberian Asi Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019".

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian komparatif dengan desain pendekatan Cross sectional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan 2 variabel yaitu hubungan status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan dan hubungan tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai bayi berumur 0-6 bulan yang berkunjung di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka tahun 2019 sebanyak 105 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling, yaitu sebanyak 44 responden. Penelitian ini menggunakan analisis univariat yang berupa distribusi frekuensi persentase variabel tunggal dan analisis bivariat menggunakan uji *Chi square* sesuai dengan tujuan penelitian dan penyajiannya dilakukan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi persentase disertai dengan penjelasan-penjelasan tabel.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Analisis univariat**

Berikut adalah hasil analisis univariat dari 2 faktor predisposisi terhadap pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka.

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Status Pekerjaan Responden Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

No	Status Pekerjaan	Frekuensi	%
1	Tidak Bekerja	25	56,8
2	Bekerja	19	43,2
<b>Jumlah</b>		<b>44</b>	<b>100</b>

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden dengan status pekerjaan tidak bekerja lebih banyak yaitu 25 responden (56,8%) dari responden dengan status pekerjaan bekerja yaitu 19 responden (43,2%).

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

No	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	%
1	Kurang	15	34,1
2	Baik	29	65,9
<b>Jumlah</b>		<b>44</b>	<b>100</b>

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah ibu yang berpengetahuan baik yaitu sebanyak 29 responden (65,9%) dan ibu yang berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 15 responden (34,1%).

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

No	Pemberian ASI Eksklusif	Frekuensi	%
1	Kurang	26	59,1
2	Baik	18	40,9
<b>Jumlah</b>		<b>44</b>	<b>100</b>

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang melakukan pemberian ASI eksklusif dengan kurang yaitu sebanyak 26 responden (59,1%), dan responde yang melakukan pemberian ASI eksklusif dengan status baik yaitu sebanyak 18 responden (40,9%).

#### Analisis bivariat

Analisis bivariat yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel adalah dengan penggunaan *Chi Square* (Saryono, 2013)<sup>10</sup>. Berikut adalah hasil analisis bivariat dari hubungan status pekerjaan terhadap pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan dan tingkat pengetahuan terhadap pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Tahun 2019.

**Tabel 4. Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Tingkat Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

Status Pekerjaan	Pemberian ASI Eksklusif				Total		<i>p</i>
	Kurang		Baik		N	%	
	N	%	N	%			
Tidak Bekerja	14	31,8	11	25	25	56,8	0,029
Bekerja	12	27,3	7	15,9	19	43,2	

<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>59,1</b>	<b>18</b>	<b>40,9</b>	<b>44</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	------------

Tabel 4 menyajikan hasil analisis uji *Chi-Square* dengan nilai  $p$  sebesar 0,029. Nilai  $p$  tersebut memvalidasi bahwa ada hubungan antara status pekerjaan Ibu menyusui dengan tingkat pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka. Berdasarkan kriteria penerimaan  $H_0$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

**Tabel 5. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Tingkat Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

Tingkat Pengetahuan	Pemberian Asi Eksklusif				Total		$p$
	Kurang		Baik		N	%	
	N	%	N	%			
Kurang	9	20,5	6	13,6	15	34,1	0,000
Baik	17	38,6	12	27,3	29	65,9	
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>59,1</b>	<b>18</b>	<b>40,9</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	

Tabel 5 menyajikan hasil analisis uji *Chi-Square* dengan nilai  $p$  sebesar 0,000. Nilai  $p$  tersebut memvalidasi bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan Ibu menyusui dengan tingkat pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka. Berdasarkan kriteria penerimaan  $H_0$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

## PEMBAHASAN

### Hubungan Status Pekerjaan Ibu dengan Tingkat Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 25 responden (56,8%) dengan status pekerjaan tidak bekerja, terdapat 14 responden (31,8%) yang kurang memberikan ASI eksklusif dan 11 responden (25%) yang memberikan ASI eksklusif dengan baik. Sedangkan dari 19 responden (43,2%) dengan status pekerjaan bekerja terdapat 12 responden (27,3%) yang kurang memberikan ASI eksklusif dan 7 responden (15,9%) yang memberikan ASI eksklusif dengan baik.

Hasil analisa bivariat antara status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif menggunakan uji *Chi-Square* dengan nilai  $p$  sebesar 0,029. Kondisi tersebut memenuhi persyaratan  $H_0$  ditolak, maka  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif.

Hasil analisis yang menyatakan sebagian besar responden yang status pekerjaannya bekerja didapati kurang memberikan ASI eksklusif. Responden atau ibu yang menyusui mengatakan bahwa pekerjaan yang sibuk membuat mereka lupa akan pentingnya pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Sehingga kebanyakan mereka memberikan ASI tetapi ditambah dengan pemberian susu formula. dengan keadaan seperti itu sungguh pemberian ASI eksklusif sangat perlu perhatian khusus, dan ini merupakan PR yang besar bagi tenaga kesehatan, karena ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan juga merupakan salah satu program penting dalam proses pertumbuhan bayi. Kebanyakan dari ibu menyusui yang bekerja belum mencapai target yang memuaskan. Ibu-ibu menjadikan pekerjaan adalah sebagai alasan untuk tidak mengetahui tentang ASI eksklusif. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan teori dalam Departemen Kesehatan (Depkes, 2011)<sup>2</sup> bahwa kesempatan ibu dalam memberikan ASI eksklusif, responden yang tidak bekerja lebih baik bila dibandingkan dengan responden yang bekerja.

### Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Tingkat Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 responden (34,1%) dengan tingkat pengetahuan kurang, terdapat 9 responden (20,5%) yang kurang memberikan ASI eksklusif dan 6 responden (13,6%) yang memberikan ASI eksklusif dengan baik. Sedangkan dari 29 responden (65,9%) dengan tingkat

pengetahuan baik terdapat 17 responden (38,6%) yang kurang memberikan ASI eksklusif dan 12 responden (27,3%) yang memberikan ASI eksklusif dengan baik.

Hasil analisa bivariat antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif menggunakan uji *Chi-Square* dengan nilai  $p$  sebesar 0,000. Kondisi tersebut memenuhi persyaratan  $H_0$  ditolak, maka  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif.

Penelitian ini sejalan dengan pendapat Wawan, (2011)<sup>11</sup> melaporkan suatu bukti bahwa pengetahuan ibu berpengaruh dalam pemberian ASI hal ini dikarenakan oleh keyakinan mengenai suatu objek yang telah dibuktikan kebenarannya. Pengetahuan sangat berperan dalam menentukan bagaimana seseorang bertindak. Ketika ibu mengetahui manfaat ASI pada bayi 0-6 bulan, maka kemungkinan besar akan memberikan ASI eksklusif. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh dari petugas kesehatan, keluarga atau media massa, namun hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada responden dengan tingkat pengetahuan baik mengenai ASI, tetapi tidak memberikan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Hal ini terjadi karena selain pengetahuan, banyak faktor lain yang memengaruhi pemberian ASI eksklusif yaitu faktor status pekerjaan ibu, sikap ibu, dan paritas. Pengetahuan yang dimiliki ibu juga tidak lepas dari peran bidan. Karena bidan selalu memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang pentingnya ASI eksklusif.

## SIMPULAN

Dari hasil penelitian Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Hubungan Status Pekerjaan dan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Pemberian Asi Eksklusif pada Bayi Usia 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019, dapat disimpulkan bahwa:

1. Responden di wilayah kerja Puskesmas Kolaka sebagian besar memiliki status pekerjaan tidak bekerja.
2. Responden di wilayah kerja Puskesmas Kolaka sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan baik tentang ASI eksklusif
3. Responden di wilayah kerja Puskesmas Kolaka sebagian besar memberikan ASI eksklusif
4. Ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019
5. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Kolaka Kabupaten Kolaka Tahun 2019

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*.,Buku Kedokteran. Jakarta: EGC. 2013.
2. Wulandari & Handayani. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing. 2011.
3. WHO. *The World Health Organization Quality of Life*. (WHOQOL). 2018.
4. Riskesdas. *Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Riset Kesehatan Daerah. 2018.
5. Depkes. *Manajemen Laktasi Buku Panduan bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan. 2011.
6. Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara. *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara 2018*. Kendari: Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. 2018.
7. Puskesmas Kolaka. *Rekam Medik Puskesmas Kolaka*. Kolaka: Puskesmas Kolaka. 2019.
8. Notoatmodjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.
9. Padila. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2014.
10. Saryono. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2013.
11. Wawan. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2011.

# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI MINAT IBU BERSALIN DITOLONG OLEH TENAGA NON MEDIS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LADONGI JAYA, KABUPATEN KOLAKA TIMUR

## FACTORS AFFECTING THE INTERESTS OF MOMS DRUGED BY NON MEDICAL LABOR IN THE LADONGI JAYA HEALTH CENTER WORKING AREA, KOLAKA TIMUR DISTRICT

Fitriana<sup>1</sup>, Arbiyah<sup>2</sup>, Asminah<sup>3</sup>

Program studi D III Kebidanan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup>Email : [fitriphyto63@gmail.com](mailto:fitriphyto63@gmail.com)

### ABSTRAK

Proses persalinan yang ditolong oleh tenaga non medis menjadi salah satu penyumbang Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yang masih tergolong tinggi. Tujuan penelitian ini dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi minat ibu bersalin ditolong oleh tenaga non medis di wilayah kerja Puskesmas Ladongi Jaya, Kolaka Timur. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional, pengambilan sampel dilakukan dengan metode total sampling karena populasi hanya 35 orang ibu bersalin pada periode Januari-Maret 2019. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisioner sederhana. Analisis yang digunakan yaitu analisis univariat dan bivariat dengan uji chi-square dengan tingkat kepercayaan  $\alpha=0,05\%$ . Hasil : ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, tingkat pendidikan serta budaya dengan minat persalinan yang ditolong oleh tenaga non medis dengan nilai  $X^2_{hitung}$  lebih besar dari  $X^2_{tabel}$ .

**Kata kunci : pengetahuan, tingkat-pendidikan, budaya, penolong-persalinan non-medis**

### ABSTRACT

*The delivery process assisted by non-medical personnel is one of the contributors to the maternal mortality rate (AKI) in Indonesia, which is still relatively high. The purpose of this study was to analyze the factors that influence maternal interest assisted by non-medical personnel in the work area of the Ladongi Jaya Health Center, East Kolaka. This research is an analytic study with cross sectional approach, the sampling was carried out by the total sampling method because the population was only 35 women giving birth in the January-March 2019 period. Data collection was done using a simple questionnaire. The analysis used is univariate and bivariate analysis with chi-square test with a level of confidence  $\alpha = 0.05\%$ .*

*Results: there was a significant relationship between knowledge, education level and culture with the interest in labor assisted by non-medical personnel with a calculated  $X^2_{value}$  greater than  $X^2_{table}$ .*

**Keywords: knowledge, education-level, culture, helper-delivery non-medical**

### PENDAHULUAN

Kematian ibu masih merupakan masalah besar yang dihadapi diberbagai negara di dunia terutama di negara berkembang. Menurut World Health Organization (WHO), Angka Kematian Ibu (AKI) diseluruh dunia diperkirakan 400 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan wilayah, di negara berkembang 440 per 100.000 kelahiran hidup, di Afrika 830 per 100.000 kelahiran hidup, di Asia 330 per 100.000 kelahiran hidup dan Asia Tenggara 210 per 100.000 kelahiran hidup<sup>1, 2</sup>.

Indonesia termasuk 13 negara penyumbang AKI terbesar di dunia. Target MDGs ke-5 menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup. Namun di tahun 2015 AKI di Indonesia masih sangat tinggi yaitu berjumlah 305/100.000 kelahiran hidup<sup>3, 4</sup>.

Upaya telah dilakukan untuk mereduksi AKI di Indonesia, antara lain meningkatkan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan kesehatan pertolongan persalinan oleh tenaga profesional secara

berangsur, meningkatkan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil dan melaksanakan sistem rujukan serta meningkatkan pelayanan neonatal dengan mutu yang baik. Tujuan akhir dari Program KIA tersebut menurunkan AKI dan anak <sup>5</sup>.

Menurut <sup>6</sup> faktor-faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan tenaga profesional (bidan desa) antara lain faktor lingkungan tempat bidan bertugas, kesadaran masyarakat, bidan yang bertugas di tempatnya, termasuk juga keadaan kemampuan biaya dari masyarakat.

Masih banyaknya pengguna jasa dukun disebabkan beberapa faktor yaitu lebih mudahnya pelayanan dukun bayi, terjangkau oleh masyarakat baik dalam jangkauan jarak, ekonomi atau lebih dekat secara psikologi, bersedia membantu keluarga dalam berbagai pekerjaan rumah tangga serta berperan sebagai penasehat dalam melaksanakan berbagai upacara keselamatan <sup>6, 7</sup>.

Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Ladongi Jaya pada tahun 2018 tercatat mencapai 56 jiwa dan persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan mencapai 30 jiwa (Puskesmas Ladongi, 2018).

Pada tahun 2019 periode Januari sampai Maret angka persalinan di Puskesmas Ladongi Jaya berjumlah 33 orang dengan sebaran yang ditolong oleh tenaga kesehatan tercatat mencapai 19 jiwa. Sedangkan persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan tercatat mencapai 14 jiwa. Jumlah ibu hamil berdasarkan survey yang dilakukan periode Januari-Februari 2019 sebanyak 35 orang (Rekam Medik Puskesmas Ladongi Jaya, 2019).

Berdasarkan hasil survey awal sebanyak 3 responden melalui wawancara kepada ibu bersalin yaitu 3 responden yang ditolong oleh dukun karena mereka mengatakan lebih aman jika ditolong dukun, responden mengatakan penolong persalinan tidak harus memiliki pendidikan di bidang kesehatan yang penting pengalaman, melahirkan di dukun merupakan kebiasaan turun temurun, responden mengatakan ada kepercayaan-kepercayaan dalam memilih persalinan di dukun.

## METODE

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya pada bulan Juli 2019. Jenis penelitian ini menggunakan metode analitik cross sectional. Karena populasinya tidak mencapai 100 orang maka teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling yaitu sebanyak 35 orang. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji chi square. Responden dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin pada periode Januari-Maret 2019.

## HASIL

### Karakteristik responden

#### Umur

**Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Umur (Tahun)	Frekuensi	Persen (%)
1	≤ 20 tahun	3	8.6
2	21-25 tahun	9	25.7
3	26-30 tahun	12	34.3
4	31-35 tahun	8	22.9
5	36-40 tahun	3	8.6
Total		35	100

Berdasarkan tabel 1, responden yang paling banyak berumur 26-30 tahun berjumlah 12 orang (34,3%) dan responden yang berjumlah paling rendah berumur ≤ 20 tahun dan 36-40 tahun berjumlah 3 orang (8,6%).

#### Pendidikan

**Tabel 2. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Pendidikan Responden	Frekuensi	Persen (%)
1	SD	10	28.6
2	SMP	12	34.3
3	SMA	9	25.7
4	Sarjana/Diploma	4	11.4
Total		35	100

Berdasarkan tabel 2 di atas, responden dengan tingkat pendidikan SMP merupakan jumlah terbanyak yaitu 12 orang (34,3%), dan tingkat pendidikan Sarjana yang merupakan jumlah yang paling terendah yaitu 4 orang (11,4%).

#### Analisis univariat

##### Pemilihan persalinan

**Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Pemilihan Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Pemilihan Persalinan	Frekuensi	Persen
1	Baik	16	45.7
2	Kurang	19	54.3
Total		35	100

Berdasarkan tabel 3, dari jumlah sampel 35 responden terdapat 19 orang (54,3%) yang mengatakan pemilihan persalinan dengan bukan tenaga kesehatan dan terdapat 16 orang (45,7%) responden yang mengatakan pemilihan persalinan dengan kategori baik.

##### Pengetahuan

**Tabel 4. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Pengetahuan	Frekuensi	Persen
1	Baik	17	48.6
2	Kurang	18	51.4
Total		35	100

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa dari 35 responden yang diteliti, sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang tentang pemilihan persalinan pada tenaga kesehatan yaitu kategori kurang sebanyak 18 orang (51,4%) dan yang memiliki kategori baik sebanyak 17 orang (48,6%).

##### Pendidikan

**Tabel 5. Distribusi Responden berdasarkan tingkat pendidikan Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Sikap	Frekuensi	Persen
1	Tinggi	15	42,9
2	Rendah	20	57,1
Total		35	100

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan bahwa dari 35 responden yang diteliti, sebagian besar responden memiliki pendidikan dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 15 orang (42,9%) dan terdapat 20 orang (57,1%) yang masih rendah.

## Budaya

**Tabel 6. Distribusi Responden berdasarkan Kebudayaan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Budaya	Frekuensi	Persen
1	Mendukung	16	45,7
2	Tidak mendukung	19	54,3
Total		35	100

Berdasarkan tabel 6, menunjukkan bahwa dari 35 responden yang diteliti, sebagian besar responden mengatakan kebudayaan dalam kategori mendukung yaitu sebanyak 16 orang (45,7%) dan terdapat 19 orang (40%) yang mengatakan kebudayaan yang tidak mendukung.

## Analisis bivariat

### Hubungan pengetahuan dengan pemilihan penolong persalinan

**Tabel 7. Hubungan Pengetahuan dengan Pemilihan persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Pemilihan Persalinan	Pengetahuan				Jumlah		X <sup>2</sup> Hitung
		Baik		Kurang		n	%	
		n	%	N	%			
1	Baik	11	31.4	5	14.3	16	45.7	4,804
2	Kurang	6	17.1	13	37.1	19	54.3	
Total		17	48.6	18	51.4	35	100	

Berdasarkan tabel 7, dari 17 responden yang berpengetahuan baik terdapat 6 (17,1%) responden yang kategori kurang dalam pemilihan penolong persalinan. Sebaliknya dari 18 responden yang berpengetahuan kurang terdapat 5 responden (14,3%) dengan pengetahuan baik dalam pemilihan persalinan. Hasil uji statistik dengan menggunakan chi square diperoleh nilai X<sup>2</sup> hitung (4,804). Karena nilai X<sup>2</sup> hitung lebih besar dari nilai X<sup>2</sup> tabel (3,841) berarti bahwa Ha yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemilihan persalinan.

### Hubungan pendidikan dengan pemilihan penolong persalinan

**Tabel 8. Hubungan pendidikan dengan Pemilihan Penolong persalinan pada di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Pemilihan Persalinan	Pendidikan				Jumlah		X <sup>2</sup> Hitung
		Tinggi		Rendah		n	%	
		N	%	N	%			
1	Baik	10	28.6	6	17.1	16	45.7	4,644
2	Kurang	5	14.3	14	40	19	54.3	
Total		15	42.9	20	57.1	35	100	

Berdasarkan tabel 8, dari 20 responden dengan pendidikan rendah terdapat 6 (17,1%) responden yang pemilihan persalinan dalam kategori baik. Sebaliknya ada 5 responden (14,3%) dengan pendidikan kategori tinggi tetapi mengatakan pemilihan penolong persalinan dalam kategori kurang. Hasil uji statistik dengan menggunakan chi square diperoleh nilai X<sup>2</sup> hitung (4,644). Karena nilai X<sup>2</sup> hitung lebih besar dari nilai X<sup>2</sup> tabel (3,841) berarti bahwa Ha diterima atau ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan Pemilihan Penolong persalinan.



## Hubungan budaya dengan pemilihan penolong persalinan

**Tabel 9. Hubungan Kebudayaan dengan Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Ladongi Jaya Tahun 2019**

No	Pemilihan persalinan	Budaya responden				Jumlah		X <sup>2</sup> Hitung
		Tidak mendukung		Mendukung		N	%	
		N	%	n	%			
1	Baik	5	14,3	11	31,4	16	45,7	6,302
2	Kurang	14	40	5	14,3	19	54,3	
Total		19	54,3	16	45,7	35	100	

Berdasarkan tabel 9, dari 19 responden dengan budaya tidak mendukung terdapat 5 responden (14,3%) memilih penolong persalinan dalam kategori baik. Sebaliknya ada 5 responden (14,3%) dengan kebudayaan mendukung tetapi pemilihan penolong persalinan dalam kategori kurang. Hasil uji statistik dengan menggunakan chi square diperoleh nilai  $X^2_{hitung}$  (6,302). Karena nilai  $X^2_{hitung}$  lebih besar dari nilai  $X^2_{tabel}$  (3,841) berarti bahwa  $H_0$  diterima atau ada hubungan yang bermakna antara budaya dengan pemilihan penolong persalinan.

## PEMBAHASAN

### Hubungan pengetahuan dengan pemilihan penolong persalinan

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui oleh ibu tentang pemeriksaan kehamilan, persalinan yang sehat, dan pertolongan persalinan yang normal. Hasil uji statistik dengan menggunakan chi square menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara Pengetahuan dengan Pemilihan persalinan pasien. dengan tingginya nilai  $X^2_{hitung}$  dibanding dengan nilai  $X^2_{tabel}$  mengindikasikan bahwa adanya hubungan yang signifikan dengan taraf kepercayaan 95% atau  $\alpha = 0,05$ .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian<sup>5</sup> dan<sup>8</sup>, bahwa ibu dengan pengetahuan kurang (63,6%) akan memilih dukun bayi untuk menolong persalinannya, dibandingkan ibu dengan pengetahuan tinggi (14,8%).

### Hubungan tingkat pendidikan dengan pemilihan penolong persalinan

Hasil uji statistik dengan menggunakan chi square dalam penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu terhadap pemilihan persalinan melalui dukun. dalam penelitian ini rendahnya ibu yang memiliki pendidikan yang tinggi untuk memilih persalinan melalui tenaga kesehatan mengindikasikan kurangnya pemanfaatan layanan kesehatan.

Tingkat pendidikan dan sumber informasi yang diterima memengaruhi pengetahuan, dalam hal ini pengetahuan mengenai kehamilan dan persalinan sehingga pengetahuan yang didapat tentang kehamilan, persalinan, pemilihan penolong persalinan, dan pemilihan tempat persalinan lebih baik<sup>9</sup>. Hal ini juga didukung oleh studi yang menyatakan bahwa adanya pengetahuan dan edukasi memiliki pengaruh sangat penting karena wanita yang memiliki pengetahuan tinggi akan cenderung memilih tempat bersalin yang lebih bagus daripada wanita dengan pendidikan yang rendah<sup>10</sup>.

### Hubungan budaya dengan pemilihan penolong persalinan

Budaya dalam penelitian ini adalah pandangan responden tentang kepercayaan, dan adat istiadat yang ada di masyarakat tentang pemilihan penolong persalinan. dalam penelitian ini, hasil uji statistik dengan menggunakan chi square berarti bahwa  $H_0$  diterima atau ada hubungan yang bermakna antara budaya dengan pemilihan penolong persalinan, dimana faktor budaya mempunyai hubungan yang sangat besar terhadap pemilihan penolong persalinan di wilayah Puskesmas Ladongi Jaya, mengingat masih ada beberapa daerah yang terisolir dan relatif sulit dijangkau oleh fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, maka akan semakin membuka peluang tenaga non kesehatan untuk melakukan tindakan medis khususnya pertolongan persalinan, serta akan semakin menumbuhkan pemikiran yang permanen dan membudaya bagi masyarakat untuk memanfaatkan tenaga non kesehatan sebagai penolong persalinan. Selain itu adanya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan dukun lebih baik

dari tenaga kesehatan sehingga menyebabkan masyarakat lebih cenderung berobat ke dukun ketimbang tenaga kesehatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian <sup>11</sup> dan <sup>1</sup> bahwa lingkungan sosial dan adat istiadat merupakan variabel paling berhubungan dengan pemilihan penolong persalinan, secara proporsi menunjukkan 47,6% ibu yang mempunyai lingkungan sosial yang kurang mendukung memilih dukun bayi untuk pertolongan persalinan dibandingkan penolong persalinan oleh bidan (15,2%).

## **SIMPULAN**

Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, tingkat pendidikan serta budaya dengan minat persalinan yang ditolong oleh tenaga non medis dengan nilai  $X^2$  hitung lebih besar dari  $X^2$  tabel.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Antini A. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Faktor Budaya dengan Keputusan Ibu Memilih Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Pangkalan Kabupaten Karawang. J Kebidanan. 2015;
2. Donsu A, Korompis MD. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Penolong Persalinan di Desa Moyongkota Baru Kecamatan Modayag Barat. J Ilm Bidan. 2014;
3. Nurhidayanti S, Margawati A, Kartasurya MI. Kepercayaan Masyarakat terhadap Penolong Persalinan di Wilayah Halmahera Utara. J Promosi Kesehat Indones. 2018;
4. Chasanah SU. peran petugas kesehatan masyarakat dalam upaya penurunan angka kematian ibu pasca mdgs 2015. J Kesehat Masy Andalas. 2017;
5. Amalia L. Faktor-faktor yang memengaruhi Ibu dalam Memilih Penolong Persalinan. Repository. 2015;
6. Napirah MR, Rahman A, Tony A. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso. J Pengemb Kota. 2016;4(1):29.
7. Oktaviani N Andriyani K F. Pengaruh Program Jampersal Terhadap Pemilihan Tempat dan Penolong Persalinan di Desa Nagrak Kecamatan Ciater Kabupaten Subang. J Pendidik Bidan. 2016;
8. Paren den RD. Analisis Keputusan Ibu Memilih Penolong Persalinan di Wilayah Puskesmas Kabila Bone Analysis of Decision Mother to Choosing Delivery Helper In Kabila Bone Health Center. Bapelkesman Provinsi Gorontalo 2) Fak Ilmu Kesehat Masy Univ Sam Ratulangi Manad. 2015;
9. Paren den RD, Kandon GD, Pangemanan JM. Analisis Keputusan Ibu Memilih Penolong Persalinan di Wilayah Puskesmas Kabila Bone. JIKMU. 2015;
10. Persalinan faktor-faktor yang memengaruhi ibu dalam pemilihan pertolongan. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ibu dalam Pemilihan Penolong Persalinan Title. Fakt yang Memengaruhi Ibu dalam Pemilihan Penolong Persalinan. 2015;
11. . N, Seprina Z. Faktor yang Memengaruhi Ibu dalam Memilih Penolong Persalinan di Puskesmas XIII Koto Kampar I. J Kesehat Komunitas. 2015;

# PENGARUH FAKTOR INTER PERSONAL TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN IBU

## THE EFFECT OF INTER PERSONAL FACTORS ON MOTHER HEALTH SERVICES

Indah Handriani<sup>1</sup>, Wa Anasari<sup>2</sup>, Fitriana<sup>3</sup>

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, ITK Avicenna<sup>1</sup>

Program Studi DIII Kebidanan, ITK Avicenna<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup>Email: indahrafki84@gmail.com

### ABSTRAK

Kematian ibu menjadi isu penting dalam agenda upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal. Target MDG's tahun 2015 tujuan ke -5 adalah meningkatkan kualitas kesejahteraan ibu melahirkan dengan indikator angka kematian ibu (AKI). Angka kematian ibu di Provinsi Sulawesi Tenggara menurut hasil Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten atau Kota se-Sulawesi Tenggara, tahun 2015 menunjukkan angka sebesar 67 per 100.000 Kelahiran Hidup, sedangkan pada tahun 2016 sebesar 74 per 100.000 Kelahiran Hidup, maka hal ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka kematian ibu. Jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Konawe Selatan yang tertinggi diantara kabupaten lainnya di Provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 10 kasus (175/100.000 KH). Hal ini perlu diidentifikasi faktor perilaku kesehatan yang dapat menyebabkan kematian ibu di Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi perilaku interpersonal terhadap pelayanan kesehatan ibu. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu nifas sampai 3 bulan dan keluarga, sampel dalam penelitian ini adalah ibu nifas sampai 3 bulan serta keluarga dan bersedia menjadi responden. Tehnik pengambilan sampel yaitu dengan simple random sampling. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, pedoman wawancara dan pengukuran. Analisis data yang digunakan dengan analisis regresi logistik. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa Persepsi kerentanan, mengenal masalah, pengambilan keputusan, cara keluarga memodifikasi lingkungan keluarga serta pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan ibu di Puskesmas Konda. Persepsi kerentanan mendapatkan OR sebesar 5,549, Variabel mengenal masalah mendapatkan OR sebesar 8,134, Variabel pengambilan keputusan mendapatkan OR sebesar 10,742, Variabel Memodifikasi lingkungan keluarga mendapatkan OR sebesar 6,059, Variabel pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga mendapatkan OR sebesar 5,513.

**Kata Kunci:** Interpersonal, Pelayanan Kesehatan Ibu

### ABSTRACT

Maternal mortality becomes an important issue in the agenda of efforts to achieve optimal health status. MDG's target in 2015 the 5th goal is to improve the quality of maternal welfare with maternal mortality (AKI) indicators. The maternal mortality rate in Southeast Sulawesi Province according to the results of the Maternal Mortality Report (LKI) of Regencies or Cities in Southeast Sulawesi, in 2015 showed a figure of 67 per 100,000 live births, whereas in 2016 it was 74 per 100,000 live births, so this indicates the existence of the tendency for an increase in maternal mortality. The highest number of cases of maternal deaths in Konawe Selatan District among other districts in Southeast Sulawesi Province is 10 cases (175 / 100,000 KH). It is necessary to identify health behavioral factors that can cause maternal mortality in Konawe Selatan Regency, Southeast Sulawesi Province. This study aims to identify interpersonal behavior towards maternal health services. The population in this study was postpartum mothers up to 3 months and family, the sample in this study was postpartum mothers up to 3 months and families and were willing to be respondents. The sampling technique is simple random sampling. The instruments used in this study were questionnaires, interview guidelines and measurements. Analysis of the data used by logistic regression analysis. The results of the bivariate analysis showed that the perception of vulnerability, recognizing problems, decision making, how families modify the family environment and the utilization of family health facilities affect maternal health services in the Konda Health Center. Vulnerability perceptions get an OR of 5.549, Variables recognize problems getting an OR of 8.134, Decision making variables get an OR of 10.742, Modifying the family environment variable gets an OR of 6.059, Variable utilization of family health facilities gets an OR of 5.513.

**Keywords:** Interpersonal, Maternal Health Services

### PENDAHULUAN

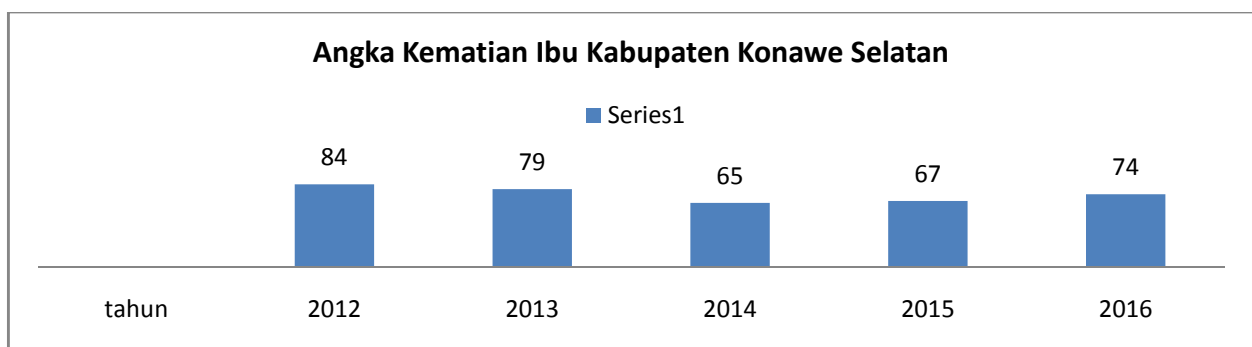
Kematian ibu menjadi isu penting dalam agenda upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal. Target MDG's) tahun 2015 tujuan ke -5 adalah meningkatkan kualitas kesejahteraan ibu melahirkan dengan

indikator angka kematian ibu (AKI). AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI,2010).

Kematian ibu dan bayi yang terjadi Indonesia disebabkan oleh komplikasi umum yang dapat di atasi dengan akses cepat terhadap pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi yang berkualitas. Kematian selama persalinan dan minggu pertama setelah melahirkan diperkirakan menjadi penyebab dari 60% kematian ibu. Sekitar 25-50% kematian neonatal terjadi dalam 24 jam pertama dan sekitar 75% dalam minggu pertama. Negara Indonesia memiliki angka kematian ibu yang cukup tinggi. Berdasarkan hasil Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1994-2012.

Angka kematian ibu di Provinsi Sulawesi Tenggara menurut hasil Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten atau Kota se-Sulawesi Tenggara, tahun 2015 menunjukkan angka sebesar 67 per 100.000 Kelahiran Hidup, sedangkan pada tahun 2016 sebesar 74 per 100.000 Kelahiran Hidup, maka hal ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka kematian ibu (Dinkes Sultra, 2016). Kematian ibu di Sulawesi Tenggara tersebar merata di kabupaten atau kota, terutama wilayah barat dan timur Provinsi Sulawesi Tenggara. Kematian ibu terbesar terjadi rumah sakit baik rumah sakit umum (78,18%) dan rumah sakit swasta (4,64%). Daerah Kota Kendari yang merupakan wilayah Sulawesi Tenggara pada tahun 2016 angka kematian ibu mencapai 74 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara, 2016).

Upaya menurunkan morbiditas *maternal* dan kematian ibu di Provinsi Sulawesi Tenggara telah dilakukan dengan melaksanakan program kesehatan ibu dan anak antara lain penempatan bidan desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan buku kesehatan ibu dan anak (buku KIA), program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), Desa Siaga, dan Kelas Ibu Hamil, serta penyediaan fasilitas Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergensi* Dasar(PONED) dan Pelayanan *Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif* (PONEK) di rumah sakit (Dinkes Sultra, 2012). Faktor yang memengaruhi tingginya angka kematian ibu salah satunya adalah proses rujukan yang terlambat dan ketidaksiapan fasilitas kesehatan terutama di puskesmas dan di rumah sakit kabupaten untuk melakukan pelayanan *Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif* (PONEK). Pelayanan rujukan maternal merupakan mata rantai yang penting, karena sekitar 40% persalinan di rumah sakit adalah kasus rujukan (Irasanty, 2008).



Sumber: Laporan Tahunan DinKes Sultra, 2016

**Gambar 1. Angka Kematian Ibu di Kabupaten Konawe Selatan tahun 2012-2016**

Gambar 1. Menunjukkan trend penurunan kasus namun pada tahun 2016 mengalami peningkatan kasus. Hingga Bulan Juni 2017 jumlah kasus kematian sudah mencapai 64,29% dari tahun sebelumnya. Hal ini perlu diidentifikasi bahwa faktor penyebab kematian ibu di kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara adalah berkaitan dengan perilaku kesehatan.

Perilaku dan kepercayaan manusia terjadi dalam sebuah konteks sosial dan promosi kesehatan untuk perubahan perilaku lebih efektif bila dilakukan dengan merubah lingkungan sosialnya, tidak hanya pada faktor individual saja. Sosial Ecological Model of Health behavior terdiri dari faktor pertama, intrapersonal (individu); termasuk pengetahuan, sikap dan keterampilan individu. Faktor kedua adalah interpersonal, termasuk keluarga, teman dan rekan kerja juga sangat berpengaruh terhadap perilaku

sehat. Faktor ketiga adalah institusional : sebagian kehidupan manusia berlangsung dalam setting institusi, yaitu misalnya tempat kerja, terutama institusi pendidikan dan dunia kerja serta institusi pelayanan kesehatan yang mana sangat berpengaruh terhadap kesehatan dan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Faktor keempat adalah komunitas, komunitas dan organisasi dimasyarakat serta institusi pelayanan kesehatan secara bersama- sama bisa mempromosikan tujuan kesehatan. Misalnya lewat gereja, masjid. Sebaliknya faktor komunitas juga bisa mengagalkan upaya untuk promosi perilaku sehat. Faktor kelima adalah kebijakan publik : seperti program revolusi kesehatan ibu Anak (KIA) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) yang diberikan oleh pemerintah.

Faktor inter personal diantaranya seperti persepsi kerentanan, mengenal masalah, pengambilan keputusan, merawat ibu hamil, memodifikasi lingkungan keluarga, Pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga. Penurunan AKI oleh pemerintah pusat telah ditetapkan beberapa indikator keberhasilannya melalui pelayanan kesehatan yaitu : 1) K1 adalah akses atau kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. 2) Kontak 4 kali (K4) atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. 3) Pemilihan tempat persalinan difasilitas kesehatan yang memadai, 4) Pn adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (nakes) yang kompeten di fasilitas kesehatan yang memadai (Puskesmas PONED). 5) Kunjungan nifas (KF) adalah pelayanan nifas yang diberikan pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan yang diberikan minimal 3 kali kunjungan nifas. 6) keluarga berencana (KB) bagi ibu nifas atau suami setelah melahirkan (Kemenkes RI, 2010).

Penurunan AKI membutuhkan perhatian yang serius agar tercapai target yang sudah ditetapkan. Dimasyarakat terdapat wadah milik masyarakat yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat. Wadah ini seperti Desa Siaga, serta Posyandu telah digunakan untuk melaksanakan pemberdayaan masyarakat, dalam pelaksanaannya masih berjalan secara terpisah belum komprehensif, terintegrasi dan terkontrol. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu dengan dukungan dari Internasional Agency diantaranya peningkatan pengetahuan dan keterampilan terhadap petugas kesehatan melalui program perencanaan Persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), Asuhan Persalinan Normal (APN), Pertolongan Pertama gawat darurat Obstetri Neonatal (PPGDON), Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi dasar (PONEK) namun Kematian Ibu masih saja tinggi. Untuk menurunkan angka kematian ibu di Kabupaten Konawe Selatan perlu dilakukan secara komprehensif dengan memperhatikan berbagai faktor yang memengaruhinya. dengan demikian perlu dilakukan penelitian tentang “ pengaruh faktor interpersonal terhadap pelayanan kesehatan ibu di Puskesmas Konda Kecamatan Konda Kabupaten Konawe Selatan”

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan rancangan observasional, menurut jenisnya merupakan penelitian analitik dan menurut desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu nifas sampai 3 bulan di wilayah kerja Puskesmas Konda di Kabupaten Konawe Selatan. Sampel penelitian ini adalah ibu nifas sampai 3 bulan, keluarga ibu nifas di wilayah kerja Puskesmas Konda. Besar sampel ditetapkan dengan menggunakan C-Survey dengan estimasi proporsi 80%, level of confidence interval 95% dan  $\alpha=5\%$  diperoleh sejumlah 7 cluster/desa. Desa Puosu Jaya, Desa Lamomea, Desa Lambusa, Desa Lebo Jaya, Desa Cialam jaya, Desa Wonua, dan Desa Alebo. Teknik sampel yang digunakan adalah simpel random sampling. Dari 7 desa yang telah dipilih berdasarkan karakteristik geografis. Kemudian semua ibu nifas sampai 3 bulan yang bersedia menjadi responden yang berada didesa terpilih tersebut dijadikan sebagai sampel. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, pedoman wawancara dan pengukuran. Data hasil penelitian dianalisis deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, grafik dan narasi. Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antar variabel independen dan variabel dependen secara masing – masing.

## **HASIL PENELITIAN**

Responden dalam penelitian ini adalah ibu nifas umur 3 bulan serta keluarga ibu. Wawancara dilakukan untuk menggali informasi terkait variabel yang diteliti (persepsi kerentanan, mengenal masalah,

pengambilan keputusan dan bagaimana cara pemanfaatan fasilitas kesehatan). Selain itu juga data skunder diperlukan untuk mengetahui karakteristik responden serta perawatan yang dilakukan selama masa kehamilan dan persalinan.

Responden dari penelitian ini diketahui umur termuda responden adalah 22 tahun dan tertua 40 tahun, umur responden telah dikelompokkan umur 20-35 tahun dan > 35 Tahun. Responden berada pada kelompok umur yang tidak berisiko yaitu 20-35 tahun (84%).

Kelompok responden diketahui paritas terendah adalah kelahiran pertama kali, dan terbanyak 4 kali. Karakteristik paritas telah dikelompokkan menjadi risiko (1atau  $\geq 4$  kali) dan tidak berisiko (2-3 kali). Seluruh responden sebagian besar memiliki paritas dalam kategori tidak berisiko (2 – 3 kali) sebesar 55 (73,3%).

Kelompok responden diketahui jarak kehamilan terendah responden adalah pertama kali hamil dan terlama 12 tahun. Data dari jarak kehamilan ini di kategorikan menjadi berisiko anak pertama, berisiko ( $\leq 2$  atau  $\geq 10$  tahun) dan tidak berisiko (3-9 tahun). Jarak kehamilan terbanyak pada kategori tidak berisiko (3-9 tahun) 16 (64%) dari jarak kehamilan sebelumnya

Penentuan diagnosa yang tepat terhadap ibu hamil dapat menentukan perencanaan yang tepat terhadap kehamilannya. Perencanaan pemeriksaan kehamilan kepada tenaga kesehatan yang berkompeten serta pemutusan tindakan yang paling tepat untuk mengakhiri kehamilan sehingga risiko kematian ibu dapat di turunkan. Pengawasan kehamilan terhadap ibu hamil lebih ditingkatkan lagi karena komplikasi yang terjadi bisa datang secara mendadak.

Berdasarkan hasil analisis maka diperoleh data sebagai berikut:

**Tabel 1 Analisis Pengaruh Faktor Interpersonal terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu**

Variabel	Jumlah	P Value	Exp	CI 95%	
				Lower	Upper
Persepsi Kerentanan					
a. Cukup	76	0,001	5,549	0,005	23,3027
b. Kurang	24				
Mengenal Masalah					
a. Tidak	26	0,010	8,134	0,003	42,518
b. Ya	74				
Pengambilan Keputusan					
a. Cukup	60	0,002	10,742	0,267	43,361
b. Kurang	40				
Memodifikasi lingkungan keluarga					
a. Tidak Dilakukan	24	0,024	6,059	0,005	36,684
b. Dilakukan	76				
Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Keluarga					
a. Cukup	78	0,023	5,513	0,047	25,610
b. Baik	22				

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa Persepsi kerentanan, mengenal masalah, pengambilan keputusan, cara keluarga memodifikasi lingkungan keluarga serta pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan ibu di Puskesmas Konda. Persepsi kerentanan mendapatkan OR sebesar 5,549 artinya setiap kenaikan skor persepsi kerentanan maka peluang untuk pelayanan kesehatan ibu meningkat sebesar 5,549 kali. Variabel mengenal masalah mendapatkan OR sebesar 8,134 artinya setiap kenaikan skor mengenal masalah maka peluang untuk ke pelayanan kesehatan ibu meningkat sebesar 8,134 kali. Variabel pengambilan keputusan mendapatkan OR sebesar 10,742 artinya setiap kenaikan skor pengambilan keputusan maka peluang untuk ke pelayanan kesehatan ibu meningkat sebesar 10,742 kali. Variabel Memodifikasi lingkungan keluarga mendapatkan OR sebesar 6,059 artinya setiap kenaikan skor memodifikasi lingkungan keluarga maka peluang untuk ke pelayanan kesehatan ibu meningkat sebesar 6,059 kali. Variabel pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga mendapatkan OR sebesar 5,513 artinya setiap kenaikan skor pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga maka peluang untuk ke pelayanan kesehatan ibu meningkat sebesar 5,513 kali.

## PEMBAHASAN

Variabel interpersonal indikator perilaku (persepsi kerentanan, mengenal masalah, pengambilan keputusan, memodifikasi lingkungan keluarga, pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga) lebih kuat memengaruhi ibu untuk melakukan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan faktor karakteristik individu itu sendiri (umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan) karakteristik reproduksi (frekuensi hamil, paritas usia kawin pertama, tinggi badan, penambahan BB dan Kejadian abortus) maupun akses (jarak dan waktu tempuh kefasilitas kesehatan yang memadai).

### **Pengaruh Persepsi Kerentanan terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu**

Persepsi kerentanan memiliki pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal secara berkelanjutan. Persepsi terhadap kondisi kehamilan, persiapan persalinan, kondisi masa nifas memiliki korelasi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal secara berkelanjutan.

Priyoto (2014) menyebutkan persepsi tentang kesehatan diri merupakan proses kognitif untuk memberi makna tentang kesejahteraan diri. Sebagian responden pada masa kehamilan merasakan mual muntah dipagi hari, kepala pusing dan pegel-pegel. Persepsi terkait persiapan dan proses persalinan berhubungan dengan keluhan yang dialami pada masa kehamilan dan posisi janin didalam kandungan sedangkan terkait masa nifas adalah kesulitan buang air kecil/besar.

Kondisi yang dialami sebagian besar responden merupakan keluhan umum yang sering terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas. Keluhan yang dialami, misalnya mual muntah merupakan keluhan normal yang terjadi karena pengaruh hormon kehamilan. Keluhan tersebut pada umumnya yang bisa di atasi sendiri atau dapat juga memperberat atau mengganggu kondisi sehingga memerlukan penanganan khusus oleh petugas kesehatan. Hasil penelitian persepsi pada masa kehamilan sebagian besar merasakan keluhan mual muntah di pagi hari, namun temuan pada status kesehatan hanya sebagian kecil yang mengalami hiperemesis (mual muntah berlebihan).

Hasil penelitian sesuai dengan Tuyisenge (2015) bahwa sebagian besar ibu mengetahui (aware) bahwa mereka seharusnya memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan maternal namun adakalanya keputusan untuk mencari fasilitas pelayanan kesehatan setelah mengalami kondisi atau keluhan yang membutuhkan perhatian lebih yaitu keluhan atau kekhawatiran yang dialami terkait kondisi kehamilan, persalinan dan nifas.

### **Pengaruh Mengenal Masalah terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu**

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kehamilan didapatkan sebagian besar dalam kategori baik karena keluarga masih banyak yang tidak mengetahui penyebab masalah kehamilan, tanda dan gejala. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kehamilan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga.

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil "tahu" seseorang setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Menurut Erfandi (2009) pengetahuan adalah sebagai suatu pembentuk yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman – pemahaman baru. Selain itu menurut Sunaryo (2004) mengatakan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan. Dilihat dari tingkat pendidikan keluarga rata-rata berpendidikan SMP dan SMA, keluarga yang berpendidikan SMP sebagian besar dalam kategori cukup dan sebagiandalam kategori kurang, keluarga yang berpendidikan SMA sebagian besar dalam kategori cukup namun ada juga yang berada dalam kategori kurang.

Berdasarkan paparan di atas peneliti berpendapat bahwa pengetahuan keluarga dalam mengenal tanda bahaya kehamilan tidak tergantung pada tingkat pendidikan, hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Erfandi (2009) bahwa pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal akan tetapi dapat diperoleh dari pendidikan nonformal. Selain itu menurut teori HBM yang dikemukakan oleh Rosenstock (1974) bahwa faktor pemodifikasi yang memengaruhi seseorang dalam bertindak selain pengetahuan yaitu usia, pekerjaan, dan pengalaman. Dilihat dari faktor pekerjaan peneliti berpendapat bahwa pekerjaan mungkin memengaruhi tingkat pengetahuan keluarga karena secara keseluruhan keluarga bekerja sebagai ibu rumah tangga dan sebagian besar waktunya dihabiskan dirumah, sehingga

informasi yang didapatkan kurang luas dari keluarga atau ibu yang bekerja di luar rumah. Bekerja dapat memperoleh banyak pengalaman dan dari pengalaman tersebut akan memperoleh pengetahuan baru dan terus berkembang, sehingga keluarga yang tidak bekerja pada umumnya sedikit memperoleh pengalaman dan pengetahuan (Mubarak, 2009). Dilihat dari sisi usia, dimana keluarga yang berada dalam kisaran usia 20 sampai 25 tahun berada pada kategori cukup dibandingkan dengan keluarga yang berada pada kisaran usia antara 26 sampai 30 tahun, usia 31 sampai 35 tahun dan usia 36 sampai 40 tahun dalam kategori cukup dengan nilai hampir mencapai baik.

Hal ini sejalan dengan teori Hurlock (2004) yang menyatakan bahwa umur adalah indeks yang menempatkan individu – individu dalam kategori perkembangan. Usia memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, semakin bertambah usia seseorang semakin bertambah pula pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh seseorang. dengan kemampuan dan pengetahuan keluarga tentang adanya masalah kesehatan dalam keluarga, maka apabila ada anggota keluarga yang memiliki gejala atau tanda suatu bahaya kehamilan dapat dicegah untuk terjadi maupaun dapat di deteksi dini mungkin sehingga masalah kehamilan yang diderita oleh anggota keluarga tidak semakin parah dan tidak terulang lagi.

### **Pengaruh Pengambilan Keputusan terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat dalam mengatasi masalah kehamilan pada ibu hamil dan bersalin didapatkan mayoritas responden dalam kategori baik. Keluarga sudah mampu mengambil keputusan yang tepat pada ibu hamil dan bersalin yang mengalami tanda bahaya seperti keluarga langsung membawa ibu hamil dan bersalin ke pelayanan kesehatan dan keluarga dapat menjawab tindakan awal yang harus dilakukan pada ibu hamil dan bersalin yang mengalami tanda bahaya. Friedman (1998) mengatakan bahwa keputusan yang menyangkut penanganan penyakit dari seorang anggota keluarga harus ditangani di rumah, di sebuah klinik medis atau rumah sakit, cenderung dirundingkan dikalangan keluarga. Menurut Notoatmodjo (2003) ada beberapa tahap kejadian dalam pembuatan keputusan yaitu: tahap pengalaman atau pengenalan gejala, tahap asumsi peranan sakit, tahap kontak dengan pelayanan kesehatan, tahap ketergantungan pasien, tahap penyembuhan atau rehabilitasi. Berdasarkan paparan di atas peneliti berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang memengaruhi keluarga dalam mengambil keputusan, antara lain pengalaman keluarga terhadap gejala sebelumnya dalam hal ini gejala tanda bahaya kehamilan dan persalinan dan kontak sebelumnya dengan pelayanan kesehatan, dimana keluarga yang bersikap positif memiliki ibu hamil dan bersalin yang pernah mengalami masalah kehamilan dan bersalin lebih dari satu kali dalam satu bulan dan keluarga kecenderungan membawa ibu hamil dan bersalinnya ke fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dari pengalaman tersebut keluarga sudah mengetahui atau memahami tindakan apa yang harus diambil.

Selain itu berdasarkan teori HBM bahwa individu dalam bertindak di pengaruhi oleh faktor pemodifikasi salah satunya usia, namun dalam penelitian ini hal tersebut tidak sejalan dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan karena dari keluarga yang bersikap positif secara keseluruhan tersebar pada rentang usia dari 20 sampai 40 tahun sehingga peneliti berpendapat bahwa usia tidak ada pengaruhnya dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan pada ibu hamil dan bersalin. Sikap positif dari keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat tentang tindakan yang akan dilakukan kepada anggota keluarga yang sakit akan sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan dan kualitas pengobatan ibu hamil dan bersalin yang mengalami bahaya kehamilan. Apabila keputusan yang di ambil oleh keluarga tepat dan cepat maka akan sangat membantu dalam proses penyembuhan sekaligus mencegah terjadi kembali masalah kesehatan ibu dan kematian ibu.

### **Pengaruh Memodifikasi Lingkungan Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menjamin kesehatan mayoritas dalam kategori baik seperti keluarga selalu membersihkan tempat tinggal, kebutuhan nutrisi ibu hamil dan masa nifas.

Kesehatan lingkungan pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula



(Notoatmodjo 2003). Adapun yang di maksud dengan usaha kesehatan lingkungan adalah suatu usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia agar menjadi media yang baik untuk mewujudkan kesehatan yang optimal bagi manusia yang hidup di dalamnya. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang bisa memengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi anggota keluarga disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: 1) keluarga kurang dapat melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan di masa yang akan datang; 2) ketidaktahuan keluarga akan higiene sanitasi; 3) ketidaktahuan keluarga tentang usaha penyakit; 4) sikap atau pandangan hidup keluarga; 5) ketidakkompakan keluarga; 6) sumber – sumber keluarga tidak seimbang atau tidak cukup (Mubarak 2009). Peneliti berpendapat bahwa keluarga sebagian besar sudah dapat menjalankan tugasnya dengan baik dalam memodifikasi lingkungan yang dapat menjamin kesehatan bagi anggota keluarga, sesuai dengan teori hal ini mungkin di dukung oleh kemampuan keluarga dalam melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, sikap dan pandangan keluarga, kekompakan antar anggota keluarga dan sebagainya.

### **Pengaruh Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Keluarga terhadap Pelayanan Kesehatan Ibu**

Faktor utama yang mendorong pencarian pelayanan kesehatan menurut Vidler, Ramadurg, et al. (2016) yaitu jika mengalami tanda – tanda komplikasi (perceived need). Hasil penelitian sebagian besar responden peduli terhadap kondisi kehamilan, minimal empat kali kunjungan, dan lebih sering untuk kehamilan berisiko tinggi, namun sama seperti dengan penelitian ini, pemanfaatan pelayanan nifas dilakukan jika ada keluhan.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal oleh masyarakat Sudan yang tidak menetap (nomaden), lebih kuat didorong oleh kebutuhan. Masyarakat mampu membayar biaya layanan, namun itu tidak cukup kuat dibandingkan kebutuhan kesehatan yang dirasakan, yang didasarkan pada keyakinan, nilai – nilai dan tradisi yang penting bagi struktur masyarakat (El Shiekh & Van der Kwaak, 2015)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan keluarga dalam kategori baik dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan hal ini dapat dilihat dari pernyataan keluarga yang menjawab bahwa mereka selalu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan ibu hamil dan bersalin, keluarga merasa masalah kesehatannya teratasi setelah di bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan dan keluarga selalu melakukan anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi gangguan perkembangan yang di alami balita merupakan kemampuan keluarga dalam mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana biasa mengunjungi pelayanan kesehatan yang biasa dikunjungi dan cenderung yang paling dekat misalnya Posyandu, Puskesmas, maupun Rumah Sakit. Persepsi keluarga terhadap sehat sakit erat hubungannya dengan perilaku mencari pengobatan. Respon keluarga yang sakit adalah sangat bervariasi mulai tidak melakukan apa-apa dengan alasan tidak mengganggu, melakukan tindakan tertentu seperti mengobati sendiri, mencari fasilitas kesehatan tradisional, mencari pengobatan di warung obat, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan modern yang diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga swasta seperti balai pengobatan, Puskesmas dengan mencari pengobatan yang diselenggarakan oleh dokter. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat sakit, maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan dan apabila persepsi sehat- sakit masyarakat sudah sama pengertian kita, maka kemungkinan besar fasilitas yang diberikan akan mereka pergunakan (Notoatmodjo 2003).

Awalnya keluarga menyatakan sebelum memanfaatkan pelayanan kesehatan keluarga terlebih dulu melakukan tindakan pengobatan sendiri di rumah terkait masalah kehamilan yang di alami oleh ibu hamil, namun secara keseluruhan keluarga selalu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam membantu mengatasi masalah kesehatan yang di alami anggota keluarga khususnya ibu hamil yang mengalami risiko tinggi. Berdasarkan pemaparan di atas peneliti berpendapat bahwa keluarga yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sudah memiliki persepsi yang benar tentang sehat- sakit

ditunjukkan dengan perilaku pencarian pengobatan dimana keluarga selalu memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan yang di alami oleh anggota keluarga dan keluarga menyatakan merasakan keuntungan dan manfaat dari fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan teori yang di kemukakan oleh Bailon dan Maglaya (1998) bahwa keluarga yang memanfaatkan fasilitas kesehatan karena keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, pengalaman yang baik terhadap petugas kesehatan, fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga dan adanya fasilitas keluarga yang mendukung.

## SIMPULAN

Faktor inter personal berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan angka kematian ibu secara berurutan dengan variabel; Persepsi kerentanan, mengenal masalah, pengambilan keputusan, memodifikasi lingkungan keluarga dan pemanfaatan fasilitas kesehatan keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Agudelo, CA. (2005). Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated With adolescent Pregnancy in Latin America: Cross-Sectional Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*
2. Azwar A. (2004). Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). <http://www.bkkbn.go.id> Sitasi:11Februari 2015.
3. Arulita IF. (2007). Faktor – Faktor Risiko yang Memengaruhi Kematian Maternal. *Tesis*.Semarang: UNDIP.
4. Boyle, M. (2008). *Kedaruratan dalam Persalinan: Buku Saku Bidan*. Jakarta: EGC.
5. Cunningham, Gary F and Leveno, Kenneth J, and Bloom, Steven and Hauth, John C and Gilstrap, Larry C and wenstrom, Katharine D. (2005). *Williams Obstetric* Ed 22. McGraw-Hill.
6. Derek Lewellyn J. (2001). *Dasar-dasar obstetric dan ginekologi*. Alih bahasa;Hadyanto, Ed.6 Jakarta.
7. Depkes.RI. (2000). *Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya pada Kehamilan, persalinan dan Nifas*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pembangunan Masyarakat Desa.
8. Depkes.RI. (2009). *Standar pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*,Permenkes RI No 74/Menkes/PER/VII/2008,hal5,6. Depkes RI.Posted Sudaya 20Desember 2009
9. Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2015*. Kendari: Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara
10. Errol Norwits,J.S. (2007). *At a Glance Obstetri dan Ginekologi*. Ahli Bahasa:R.A.AmaliaSafitri,Ed.2.Jakarta:Erlangga.
11. El Shiekh, B & Van der kwaak, a,. (2015). Factors influencing the Utilization of maternal Health Care Services by Nomads in Sudan. *Pastoralism*,5(1); p.23
12. Fescina,R,Mucio.B.D,Rossello.J.L.D, Martinez.G. (2009). *Sexual & Reproductive Health Guides for the PHC Focused Continuum Of Care of Women and Newborns*. CLAP/WR, PAHO. Uruguay.
13. Geri. Morgan,C,H. (2009). *Obstetri & Ginekologi Panduan Praktis*,Jakarta:EGC.
14. Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*.Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
15. Ludji, Ina Debora Ratu. (2013). Pengembangan Pendekatan Social Ecological Model Of Health Behavior untuk Penurunan Angka Kematian Ibu di Kupang Provinsi NTT,*Disertasi*, Universitas Erlangga.
16. Mubarak, W.(2012). *Ilmu Keperawatan Komunitas*, Salemba Medika, Jakarta
17. Notoatmodjo,Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
18. Notoatmodjo,Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip- Prinsip Dasar*, Rineka Cipta, Jakarta
19. Priyoto. (2014). *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*, dilengkapi dengan contoh Kuesioner, Yogyakarta:Nuha Medika
20. Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*,EGC. Jakarta
21. Tuyisenge,G. (2015). *Mothers' Perceptions and Experiences of Accessing Maternal Health Care: Exploring the Role of Community Health Workers and Continuing Professional Development in Rwanda*. Electronic Thesis and Dissertation Repository. Paper, Western University.
22. Vidler, M, Ramadurg U., Charantimanth U., Katageri G., Karadiguddi C., et al., (2016). Utilization of Maternal Health Care Services and their Determinants in Karnataka state, India. *Reproductive Health*, 13 (S1), P.37.

# PENYULUHAN SADARI DAN PEMERIKSAAN METODE IVA (INSPEKSI VISUAL ASAM ASETAT) DESA ANDEPALI KECAMATAN SAMPARA KABUPATEN KONAWE

## *PERSUASION OF EXAMINATION OF IVA METHOD (VISUAL INSPECTION OF ACETIC ACID) ANDEPALI VILLAGE, SAMPARA DISTRICT, KONAWE REGENCY*

Murni Safitri M<sup>1</sup>, Anisa Luthfia<sup>2</sup>, Mahla Ayu Pratiwi<sup>3</sup>, Venna Marlinda<sup>4</sup>  
Djusiana Eka<sup>5</sup>, Asriati<sup>6</sup>, Asmarani<sup>7</sup>, Rhenislawati<sup>9</sup>, Nina Indriyani<sup>9</sup>  
Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo Kendari<sup>1-9</sup>

### ABSTRAK

Kanker adalah penyakit tidak menular yang ditandai dengan pertumbuhan sel tidak normal/terus-menerus dan tidak terkendali yang dapat merusak jaringan sekitarnya serta dapat menjalar ke tempat yang jauh dari asalnya yang disebut metastasis. Sel kanker bersifat ganas dapat berasal atau tumbuh dari setiap jenis sel di tubuh manusia. Kanker hingga saat ini menjadi masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. Jenis kanker yang banyak diderita dan ditakuti oleh perempuan adalah kanker payudara. Tumor payudara merupakan benjolan di payudara. Timbulnya benjolan pada payudara dapat merupakan indikasi adanya jenis tumor/kanker payudara. Namun, untuk memastikannya perlu dilakukan pemeriksaan patologis. Kanker Serviks merupakan jenis kanker terbanyak yang ditemukan di Indonesia setelah kanker payudara. Penyebab kanker serviks diketahui adalah virus HPV (Human Papilloma Virus) sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18. Tujuan untuk menjelaskan tentang bahaya dan cara mendeteksi kanker secara dini kanker payudara dan kanker serviks menggunakan metode pemeriksaan IVA. Artikel ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang berusaha untuk menggambarkan dan menginterpretasikan suatu fenomena yang diteliti. Jumlah sampel yang mengikuti kegiatan sebanyak 49 orang dan diketahui sampel yang diperiksa sebanyak 15 orang dan yang memiliki hasil tes positif sebanyak 3 orang (6,12%), sampel dengan hasil tes negative sebanyak 12 orang (24,5%), dan sampel yang tidak melakukan pemeriksaan sebanyak 34 orang (69,38%). Kanker payudara dapat dideteksi secara dini dengan SADARI, dan juga kanker serviks dapat dideteksi dini dengan pemeriksaan IVA.

**Kata Kunci** :SADARI, Kanker Payudara, Kanker Serviks, Deteksi Dini, Pemeriksaan IVA.

### ABSTRACT

*Cancer is a non-communicable disease characterized by abnormal / continuous and uncontrolled cell growth that can damage the surrounding tissue and can spread to a place far from its origin called metastasis. Malignant cancer cells can originate or grow from any type of cell in the human body. Cancer until now has become a health problem in the world including Indonesia. The most common type of cancer suffered and feared by women is breast cancer. Breast tumors are lumps in the breast. The emergence of a lump in the breast can be an indication of the type of tumor / breast cancer. However, to be sure to do a pathological examination. Cervical Cancer is the most common type of cancer found in Indonesia after breast cancer. The known cause of cervical cancer is the HPV (Human Papilloma Virus) oncogenic sub-type, especially sub-types 16 and 18. The purpose is to explain the dangers and how to detect cancer early in breast cancer and cervical cancer using IVA examination methods. This article uses a descriptive method that is a method that seeks to describe and interpret a phenomenon under study. The number of samples that took place were 49 people and there were 15 samples examined and those who had positive test results were 3 people (6.12%), samples with negative test results were 12 people (24.5%), and samples that did not do the inspection were 34 people (69.38%). Breast cancer can be detected early with BSE, and also cervical cancer is detected early by IVA examination*

**Keywords**: SADARI, Breast Cancer, Cervical Cancer, Early Detection, IVA Examination.

### PENDAHULUAN

Kanker adalah penyakit tidak menular yang ditandai dengan pertumbuhan sel tidak normal/terus-menerus dan tidak terkendali yang dapat merusak jaringan sekitarnya serta dapat menjalar ke tempat yang jauh dari asalnya yang disebut metastasis. Sel kanker bersifat ganas dapat berasal atau tumbuh dari setiap jenis sel di tubuh manusia. Kanker hingga saat ini menjadi masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. Jenis kanker yang banyak diderita dan ditakuti oleh perempuan adalah kanker payudara.<sup>1</sup> Tumor payudara merupakan benjolan di payudara. Timbulnya benjolan pada payudara dapat merupakan indikasi adanya jenis tumor/kanker payudara. Namun, untuk memastikannya perlu dilakukan pemeriksaan patologis.<sup>2</sup>

Sampai saat ini penyebab pasti kanker payudara belum diketahui namun data epidemiologi mengisyaratkan bahwa faktor genetik, endokrin dan lingkungan mungkin sangat berperan inisiasi dan/atau promosi pertumbuhan kanker payudara. Fase awal kanker payudara adalah asimtomatik (tanpa ada gejala dan tanda). Adanya benjolan atau penebalan pada payudara merupakan tanda dan gejala yang paling umum, sedangkan tanda dan gejala tingkat lanjut kanker payudara meliputi kulit cekung, retraksi atau deviasi puting susu dan nyeri, nyeri tekan atau rabas khususnya berdarah dari puting. Kulit tebal dengan pori-pori menonjol sama dengan kulit jeruk dan atau ulserasi pada payudara merupakan tanda lanjut dari penyakit. Jika ada keterlibatan nodul, mungkin menjadi keras, pembesaran nodul limfa aksilaris membesar dan atau nodus supraklavikula teraba pada daerah leher. Metastasis yang luas meliputi gejala dan tanda seperti anoreksia atau berat badan menurun; nyeri pada bahu, pinggang, punggung bagian bawah atau pelvis; batu menetap; gangguan pencernaan; pusing; penglihatan kabur dan sakit kepala<sup>1</sup>

Pencegahan kanker payudara difokuskan pada deteksi tumor stadium awal yang biasanya berukuran kecil. SADARI merupakan salah satu metode deteksi dini untuk menemukan kanker payudara stadium awal yang akan lebih efektif jika dilakukan sedini mungkin. SADARI dilakukan setiap kali selesai menstruasi yaitu hari ke-7 sampai ke-10 terhitung hari pertama haid, karena pada saat ini pengaruh hormonal estrogen dan progesteron sangat rendah dan jaringan kelenjar payudara saat itu tidak membengkak sehingga lebih mudah meraba adanya tumor ataupun kelainan pada payudara.<sup>1</sup>

Kanker Serviks merupakan jenis kanker terbanyak yang ditemukan di Indonesia setelah kanker payudara. Menurut WHO, 490.000 perempuan didunia setiap tahun didiagnosa terkena kanker serviks dan 80% berada di Negara Berkembang termasuk Indonesia. Setiap 1 menit muncul 1 kasus baru dan setiap 2 menit meninggal 1 orang perempuan karena kanker serviks. di Indonesia diperkirakan setiap hari muncul 40- 45 kasus baru, 20-25 orang meninggal, berarti setiap 1 jam diperkirakan 1 orang perempuan meninggal dunia karena kanker serviks. Artinya Indonesia akan kehilangan 600-750 orang perempuan yang masih produktif setiap bulannya.<sup>3</sup>

Penyebab kanker serviks diketahui adalah virus HPV (Human Papilloma Virus) sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18. Adapun faktor risiko terjadinya kanker serviks antara lain: aktivitas seksual pada usia muda, berhubungan seksual dengan multipartner, merokok, mempunyai anak banyak, sosial ekonomi rendah, pemakaian pil KB (dengan HPV negatif atau positif), penyakit menular seksual, dan gangguan imunitas.<sup>4</sup>

Tanda-tanda dini kanker serviks mungkin tidak menimbulkan gejala. Tanda-tanda dini yang tidak spesifik seperti sekret vagina yang agak berlebihan dan kadang-kadang disertai bercak perdarahan. gejala umum yang sering terjadi berupa perdarahan pervaginam (pasca senggama, perdarahan di luar haid) dan keputihan. pada penyakit lanjut keluhan berupa keluar cairan pervaginam yang berbau busuk, nyeri panggul, nyeri pinggang dan pinggul, sering berkemih, buang air kecil atau buang air besar yang sakit. Gejala penyakit yang residif berupa nyeri pinggang, edema kaki unilateral, dan obstruksi ureter.<sup>5</sup>

Deteksi dini kanker serviks meliputi program skrining yang terorganisasi dengan sasaran pada kelompok usia yang tepat dan system rujukan yang efektif disemua tingkat pelayanan kesehatan. Beberapa metode yang dapat digunakan meliputi program pemeriksaan sitologi berupa tes pap dan pemeriksaan DNA HPV, selain itu pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) merupakan metode yang dapat dilakukan secara massal dan terbilang murah serta menjawab kendala pada metode tes papsmear. Menurut penelitian sensitivitas IVA untuk mendeteksi kanker serviks sebesar 75%, dengan spesifisitas sebesar 85% serta hasil pemeriksaan IVA yang positif menunjukkan adanya lesi prakanker serviks.<sup>6</sup>

Beberapa keuntungan dari pemeriksaan test IVA, yaitu: 1). Hasil segera diketahui, 2). Efektif, Aman, dan Praktis, 3). Teknik pemeriksaan sederhana, 4). Butuh bahan dan alat yang sederhana dan murah, 5). Sensivitas dan spesifisitas cukup tinggi, 6). Dapat dilakukan oleh semua tenaga medis terlatih (5). American College of Obstetricians and Gynecologists, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, the Canadian Society of Obstetricians and Gynecologists dan the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) telah menyimpulkan bahwa penapisan lesi pra kanker maupun kanker serviks dengan menggunakan inspeksi/ penilaian visual dengan bantuan asam asetat dapat menjadi alternatif dengan biaya rendah serta dapat mengendalikan kanker serviks di fasilitas sarana kesehatan yang kurang memadai.<sup>7</sup>

Metode pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengoles leher rahim dengan asam asetat 3-5%. Setelah itu akan diamati apakah ada kelainan atau tidak. Apabila tidak ada perubahan warna, maka pasien dianggap tidak memiliki infeksi pada leher rahim. Apabila ada tanda yang mencurigakan maka metode deteksi lainnya harus dilanjutkan. Ada beberapa kategori yang dapat dipergunakan untuk pemeriksaan IVA diantaranya yaitu IVA negatif apabila halus, berwarna merah muda, dan lesi acetowhite tidak signifikan (serviks normal), IVA positif apabila ditemukan bercak putih (aceto white epithelium) dengan batas yang jelas dan meninggi, meluas pada squamocolumnar junction, dan dicurigai kanker serviks apabila pertumbuhan massa seperti kembang kol yang mudah berdarah atau luka bernanah/ulcer.<sup>8</sup>

## METODE

Penelitian ini menggunakan Metode Deskriptif yaitu metode yang berusaha untuk menggambarkan dan menginterpretasikan suatu fenomena yang diteliti. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus dengan jumlah sampel 49 orang. Metode yang digunakan pada kegiatan pengabdian kepada masyarakat yaitu :

1. Penyuluhan SADARI dan IVA. Penyuluhan dilakukan di Balai Desa Andepali. Kegiatan ini dilaksanakan setelah mendapatkan izin dari berbagai pihak yang terdapat di daerah tersebut. Penyuluhan dilakukan oleh tim pengabdian masyarakat untuk menjelaskan kepada masyarakat tentang bahaya kanker payudara dan kanker serviks serta cara mendeteksi secara dini untuk mencegah kanker tersebut. Penyuluhan dilakukan dengan media bantu seperti Power Point dan Alat Peraga untuk membantu masyarakat untuk lebih mengerti yang disampaikan oleh pemateri.
2. Diskusi dan Tanya Jawab. pada sesi diskusi dan tanya jawab ini peserta diberikan kesempatan untuk bertanya kepada pemateri tentang penyuluhan yang disampaikan. pada sesi ini peserta sangat antusias untuk bertanya hal-hal yang berhubungan dengan kanker dan cara untuk mendeteksi kanker secara dini.
3. Pemeriksaan IVA. Pemeriksaan ini dilakukan di Pustu desa Andepali, kegiatan ini dilaksanakan setelah dilakukan penyuluhan tentang SADARI dan IVA. Pemeriksaan ini diikuti oleh masyarakat di desa tersebut.

## HASIL

**Tabel 1**  
**Karakteristik Berdasarkan Umur**

Umur (Tahun)	Jumlah	Persentase %
15-24	7	14,28
25-30	11	22,45
31-35	7	14,28
36-40	8	16,33
41-45	7	14,28
46-50	5	10,21
>50	4	8,17
Total	49	100

**Tabel 2**  
**Hasil Pemeriksaan IVA**

Deteksi Dini Kanker Serviks dengan Pemeriksaan IVA			
Sampel	Hasil	Jumlah	Persentase (%)
Diperiksa IVA	Positif	3	6,12
	Negatif	12	24,5
Tidak Periksa IVA		34	69,38
<b>Total</b>		49	100

## PEMBAHASAN

Dari data pada Tabel 1 diketahui bahwa jumlah sampel yang mengikuti sosialisasi SADARI sebanyak 49 orang, dan dari berbagai usia. Usia 15-24 tahun sebanyak 7 orang (14,28%), 25-30 tahun sebanyak 11 orang (22,45%), 31-35 tahun sebanyak 7 orang (14,28%), 36-40 tahun sebanyak 8 orang (16,33%), 41-45 tahun sebanyak 7 orang (14,28), 46-50 tahun sebanyak 5 orang (10,21%), dan >50 tahun sebanyak 4 orang (8,17%). Masyarakat di Desa Andepali sangat antusias mengikuti sosialisasi SADARI yang dilakukan, dan memberikan respon yang baik. Dari Tabel 2 di atas diketahui jumlah sampel yang diperiksa sebanyak 15 orang dan yang memiliki hasil tes positif sebanyak 3 orang (6,12%), sampel dengan hasil tes negative sebanyak 12 orang (24,5%), dan sampel yang tidak melakukan pemeriksaan sebanyak 34 orang (69,38%).

Kanker serviks atau yang disebut juga sebagai kanker mulut rahim merupakan salah satu penyakit kanker yang paling banyak ditakuti kaum wanita. Kanker serviks menyerang pada bagian organ reproduksi kaum wanita, tepatnya di daerah leher rahim atau pintu masuk ke daerah Rahim. yaitu bagian yang sempit di bagian bawah antara kemaluan wanita dan rahim. Human papilloma Virus (HPV) merupakan penyebab dari kanker serviks. Sedangkan penyebab banyak kematian pada kaum wanita adalah virus HPV tipe 16 dan 18. Virus ini sangat mudah berpindah dan menyebar, tidak hanya melalui cairan, tapi juga bisa berpindah melalui sentuhan kulit. Selain itu, penggunaan wc umum yang sudah terkena virus HPV, dapat menjangkit seseorang yang menggunakannya jika tidak membersihkannya dengan baik. Selain itu, kebiasaan hidup yang kurang baik juga bisa menyebabkan terjangkitnya kanker serviks.

## SIMPULAN

Tumor payudara merupakan benjolan di payudara. Timbulnya benjolan pada payudara dapat merupakan indikasi adanya jenis tumor/kanker payudara. Namun, untuk memastikannya perlu dilakukan pemeriksaan patologis. Pencegahan kanker payudara difokuskan pada deteksi tumor stadium awal yang biasanya berukuran kecil. SADARI merupakan salah satu metode deteksi dini untuk menemukan kanker payudara stadium awal yang akan lebih efektif jika dilakukan sedini mungkin

Kanker serviks merupakan penyakit yang banyak ditakuti oleh kaum wanita. Penyebab kanker serviks diketahui adalah virus HPV (*Human Papilloma Virus*) sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18. Adapun faktor risiko terjadinya kanker serviks antara lain: aktivitas seksual pada usia muda, berhubungan seksual dengan multipartner, merokok, mempunyai anak banyak, sosial ekonomi rendah, pemakaian pil KB (dengan HPV negatif atau positif), penyakit menular seksual, dan gangguan imunitas. Pencegahan kanker serviks dapat dilakukan dengan deteksi dini kanker serviks menggunakan pemeriksaan dengan metode IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat). Cara melakukan pemeriksaan serviks dengan menggunakan metode IVA sangat mudah dan murah, sehingga setiap tenaga kesehatan dapat menyediakan fasilitas pemeriksaan ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Arafah Alvita B.R, Hari B.N. 2017. *Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu Rumah Tangga Melakukan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Kampus C UNAIR Mulyorejo. Surabaya
2. Sihombing Marce, Aprilidah N.S.2014. *Faktor Risiko Tumor Payudara pada Perempuan Umur 25-65 Tahun di Lima Kelurahan Kecamatan Bogor Tengah*. Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik. Bogor
3. Darmawati. 2010. *Kanker Serviks Wanita Usia Subur*. Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Banda Aceh
4. Junuda Desby, Hadrians Kesuma. 2015. *Pemeriksaan Metode IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat) untuk Pencegahan Kanker Serviks*. Fakultas Kedokteran Universitas Riau. Pekanbaru
5. Nordianti Eka M, Bambang W. 2018. *Determinan Kunjungan Inspeksi Visual Asam Asetat di Puskesmas Kota Semarang*. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Semarang. Semarang
6. Apriningrum Nelly, dkk. 2017. *Evaluasi Input pada Program Pencegahan Kanker Serviks dengan Pemeriksaan IVA di Kabupaten Karawang*. Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Singaperbangsa. Karawang
7. Ropitasari, dkk. 2014. *Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Melalui Tes IVA di Puskesmas Jatèn II Kabupaten Karanganyar*. Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Surakarta
8. Prawirohardjo S, Hanifa Wiknojasastro. 2011. *Ilmu Kandungan*. Edisi Ketiga. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo:Jakarta

## **PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU**





# PRAKTIK DAN KEYAKINAN TENTANG PEMBUANGAN OBAT-OBATAN YANG TIDAK DIGUNAKAN OLEH MASYARAKAT DI INDONESIA

## *PRACTICES AND BELIEFS ABOUT DISPOSAL OF MEDICATIONS THAT ARE NOT USED BY COMMUNITIES IN INDONESIA*

Azan Cahyadi<sup>1</sup>, Susi Ari Kristina<sup>2</sup>, Chairun Wiedyaningsih<sup>3</sup>, Restu Nur Hasanah<sup>4</sup>

Program Studi Farmasi, Fakultas Sains dan Teknologi Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna<sup>1,4</sup>

Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Email : [azancahyadi@gmail.com](mailto:azancahyadi@gmail.com)

### ABSTRAK

Masyarakat Indonesia terkadang tidak menggunakan semua obat yang diberikan dengan berbagai alasan. Obat-obatan yang tidak digunakan tersebut biasanya akan dibuang begitu saja ke lingkungan melalui tempat sampah, toilet, atau dibakar bersama sampah lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui praktik dan keyakinan masyarakat tentang pembuangan obat-obatan yang tidak digunakan di Provinsi DIY menggunakan kuesioner online. Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan metode cross-sectional secara convenience menggunakan teknik snowball sampling menggunakan kuesioner secara online, terdiri dari 33 pertanyaan yang dibagi menjadi 6 bagian mengenai karakteristik responden, cara mendapatkan obat, cara menyimpan obat, praktik pembuangan obat, keyakinan tentang risiko pembuangan obat, dan informasi cara pembuangan obat. Bentuk kuesioner yang digunakan adalah kuesioner check list dan rating scale. Penyebaran link kuesioner dilakukan melalui media sosial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas praktik pembuangan obat-obatan yang tidak digunakan oleh masyarakat di Indonesia dibuang ketempat sampah untuk sediaan cair/sirup (57,6%), dan untuk sediaan tablet (70,5%). Keyakinan masyarakat terhadap resiko akibat pembuangan praktik pembuangan obat melalui rute yang tidak tepat cukup tinggi. Hasil penelitian menjadi dasar untuk intervensi edukasi dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat terkait pembuangan obat secara tepat.

**Kata kunci** : Pembuangan obat, Obat yang tidak digunakan, Obat kedaluwarsa, Kuesioner online, Indonesia

### ABSTRACT

*There are some reasons underlying the fact that Indonesia does not take all medicine suggested. The unused medicine are usually thrown away as garbage in trash cans, toilets or burned. The research aims to investigate both social practices and beliefs on disposal of unused medicine in Indonesia by online questionnaires. The research was analytical descriptive research applying the cross-sectional in convenience method and snowball sampling technique and online questionnaires consisting of 33 questions divided into six sessions analyzing respondents' characteristics, how to get the medicine, how to store the medicine, practices of the medicine disposal, beliefs on the risk of medicine disposal, and information on the medicine disposal. Questionnaires used were both checklist and rating scale. Questionnaire link was distributed through social media. Research findings indicated that in Indonesia, most medicine was disposed as garbage with the following percentage: liquid (57,6%), and tablets (70,5%). Society believed that such disposal practice might endanger the environment. The findings can be regarded as the fundamental idea to make an educational intervention to raise more social awarness on proper medicine disposal.*

**Keywords** : Disposal of medications, Medications not used, Expired medications, Online questionnaires, Indonesia

### PENDAHULUAN

Masyarakat sebagai pasien yang memperoleh obat dari fasilitas kesehatan terkadang tidak menggunakan semua obat yang telah diberikan dengan berbagai alasan. Mulai dari perubahan pengobatan, obatnya dianggap tidak berpengaruh atau karena adanya efek samping yang timbul saat mengkonsumsi obat-

obatan. Oleh karena itu hal yang biasa terjadi apabila masyarakat memiliki obat yang tidak digunakan namun masih disimpan (Morgan, 2001).

Obat-obatan yang tidak digunakan ini biasanya dibuang begitu saja ke lingkungan sekitar baik dengan cara dibuang melalui tempat sampah, toilet atau bahkan dibakar bersama dengan sampah-sampah lainnya (Daughton dan Ruhoy, 2008). Pembuangan obat-obatan yang dilakukan oleh masyarakat tentu dapat memberikan dampak terhadap lingkungan. Jumlah obat-obatan yang terakumulasi dapat menyebabkan pencemaran dan memengaruhi ekosistem lainnya yang ada di lingkungan (Daughton, 2007) (Daughton dan Ruhoy, 2008).

Indonesia dengan jumlah penduduk yang cukup besar memungkinkan untuk penggunaan obat-obatan yang besar pula. Akan tetapi praktik pembuangan masyarakat serta keyakinan masyarakat terhadap risiko yang dapat ditimbulkan akibat pembuangan obat-obatan yang tidak digunakan ke lingkungan masih belum diketahui. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tentang bagaimana praktik dan keyakinan tentang pembuangan obat-obatan yang tidak digunakan oleh masyarakat di Indonesia menggunakan kuesioner online.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan secara *convenience* menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan metode *cross-sectional*, yaitu dengan mengumpulkan data secara lengkap dengan menggunakan kuesioner secara online kepada masyarakat di Indonesia pada bulan November 2018-Januari 2019. Jumlah sampel minimal yang harus diperoleh dihitung menggunakan rumus sampel dari Slovin (Notoatmodjo., 2005):

$$n = \frac{N}{1 + N\alpha^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel

N = Ukuran populasi

$\alpha$  = Taraf signifikansi, yaitu 0,05 atau 5 %.

Berdasarkan perhitungan maka diperoleh jumlah sampel minimal yang harus dikumpulkan adalah 400 orang yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi untuk menjadi sampel dalam penelitian ini adalah masyarakat yang terdaftar sebagai Warga Negara Indonesia yang berdomisili minimal 3 bulan terakhir di Indonesia, bersedia mengisi kuesioner secara online, serta masyarakat yang berusia  $\geq 17$  tahun.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner online yang terdiri dari 33 pertanyaan. Kuesioner yang digunakan diadopsi dari beberapa publikasi yang ada, kemudian dimodifikasi untuk menyesuaikan pertanyaan-pertanyaan kuesioner tersebut terhadap responden yang menjadi sampel penelitian agar mudah dipahami dan sesuai dengan kondisi serta ruang lingkup penelitian yang akan dilakukan. dalam penelitian ini kuesioner dibuat melalui aplikasi *website google forms*. Bentuk kuesioner yang digunakan adalah kuesioner *check list* dan *rating scale* dengan bentuk pertanyaan terbuka dan tertutup.

## HASIL

**Tabel 1. Distribusi praktik pembuangan obat**

	Cair/sirup	Tablet/kapsul
Dibiarkan	28 (6,7%)	14 (3,3%)
Dibuang di tempat sampah	242 (57,6%)	296 (70,5%)
Dibuang di toilet	49 (11,7%)	23 (5,5%)
Dibuang di wastafel	42 (10%)	29 (6,9%)
Dibakar	34 (8,0%)	41 (9,7%)
Diberikan ke orang lain	1 (0,2%)	0 (0%)
Lainnya	24 (5,7%)	17 (4%)

Berdasarkan hasil penelitian ini jika dibandingkan dengan penelitian lain di beberapa negara menunjukkan bahwa mayoritas pembuangan obat-obatan yang tidak digunakan akan dibuang ke tempat sampah (Glassmeyer dkk., 2009, Law dkk., 2015, Bashaar dkk., 2017). Penelitian Braund dkk. (2009) melaporkan bahwa responden membuang obat yang tidak digunakan dalam bentuk sediaan cair (55%) ke dalam sistem air domestik melalui toilet atau saluran air, bentuk tablet atau kapsul (51%) dan bentuk sediaan salep atau krim (80%) dibuang ke tempat sampah. Penelitian Abahussain dkk. (2007) 62% sampel penelitian adalah lulusan universitas atau memiliki beberapa bentuk pendidikan tersier namun 97% peserta penelitian menyatakan bahwa mereka akan membuang obat-obatan yang tidak digunakan ke tempat sampah.

Penilaian keyakinan masyarakat terhadap risiko melakukan praktik pembuangan obat-obatan menggunakan skala Likert dari rata-rata rentang nilai 1 sampai 4. Hasilnya dapat dilihat pada Tabel 2 dibawah dimana responden yakin bahwa praktik pembuangan obat-obatan yang dilakukan dengan nilai rata-rata dibuang ke tempat sampah 2,79; dibuang ke toilet 2,56; dibuang ke wastafel 2,68; dibakar bersama dengan sampah lainnya 2,54; diberikan ke orang lain 2,39. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat sebagai responden yakin terhadap risiko yang akan timbul atau dampak yang akan disebabkan akibat melakukan pembuangan obat-obatan ke tempat sampah, toilet, wastafel, dibakar, maupun diberikan ke orang lain. Tingginya rata-rata keyakinan tersebut akan memudahkan dalam melakukan perubahan perilaku terhadap pembuangan obat-obatan apabila sarana dan prasarana mendukung untuk terjadinya perubahan perilaku tersebut.

**Tabel 2. Keyakinan responden tentang risiko bahaya terhadap praktik pembuangan obat serta yang bertanggungjawab menciptakan kesadaran untuk pembuangan obat yang layak**

Variabel (n=910)	Mean
<b>Praktik pembuangan obat yang dilakukan responden</b>	
Dibuang ke tempat sampah	2,79
Dibuang ke toilet	2,56
Dibuang ke wastafel	2,68
Dibakar bersama dengan sampah lainnya	2,54
Diberikan ke orang lain	2,39
<b>Penerimaan responden apabila obat sisa yang sudah tidak digunakan/rusak/kedaluwarsa dikembalikan ke fasilitas kesehatan</b>	3,32

Keterangan: nilai rata-rata dari rentang 1-4

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Indonesia praktik pembuangan obat paling banyak dilakukan dengan cara membuang obat yang sudah tidak digunakan di tempat sampah. Pembuangan dengan cara ini dilakukan karena dianggap sederhana dan simpel serta memudahkan masyarakat dalam melakukan pembuangan obat (Kristina dkk., 2018). Praktik pembuangan obat-obatan melalui cara dan rute yang tidak tepat dapat mencemari ekosistem yang ada. Pembuangan obat-obatan melalui tempat sampah tanpa pengolahan lebih lanjut dapat menimbulkan sejumlah risiko saat dibuang ke lingkungan. Senyawa farmasi dapat ditemukan dalam permukaan air (Kolpin dkk., 2002) dan air minum (Glassmeyer dkk., 2017) diseluruh Amerika, sehingga hal ini meningkatkan kepedulian terhadap kesehatan manusia dan ekosistem (Daughton dan Ruhoy, 2013) (Kummerer, 2000). Beberapa literatur telah memberikan kontribusi serta keprihatinan terhadap dampak dari polutan farmasi pada spesies air (Brooks, 2014) (Crane dkk., 2006) (Daughton dan Ternes, 1999) (Vasquez dkk., 2014).

Keyakinan masyarakat terhadap praktik pembuangan obat-obatan yang dilakukan melalui rute yang tidak tepat cukup tinggi. Sehingga hal ini memungkinkan untuk terjadinya perubahan perilaku dengan memberikan sarana dan prasarana di masyarakat. Keyakinan harus didukung dengan tersedianya fasilitas pembuangan obat yang bisa menjamin bahwa obat yang tidak digunakan lagi oleh masyarakat dapat dibuang melalui rute yang sesuai.

## SIMPULAN

1. Praktik pembuangan obat-obatan yang tidak digunakan oleh masyarakat di Indonesia paling banyak dilakukan dengan cara dibuang ketempat sampah untuk sediaan cair/sirup (57,6%), dan tablet (70,5%).
2. Keyakinan masyarakat terhadap risiko melakukan praktik pembuangan obat-obatan menunjukkan masyarakat yakin bahwa praktik pembuangan obat-obatan yang dilakukan dapat memberikan risiko terhadap lingkungan.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Abahussain, E.A. dan Ball, D.E. (2007, August). Disposal of Unwanted Medicines from Households in Kuwait. *Pharmacy World & Science*, 29, 368-373.
2. Bashaar, M., Thawani, V., Hassali, M.A., dan Saleem, F. (2017, January). Disposal Practices of Unused and Expired Pharmaceuticals among General Public in Kabul, *BMC Public Health*, 17, 45.
3. Braund, R., Peak, B.M. dan Shieffelbien, L. (2009, May). Disposal practices for unused medications in New Zealand, *Environment International*, 35, 952–955.
4. Brooks, B.W. (2014, June) Fish on Prozac (and Zoloft): Ten years later, *Aquatic Toxicology*, 151:61-67.
5. Crane, M., Watts, C. dan Boucard, T. (2006, August). Chronic aquatic environmental risks from exposure to human pharmaceuticals, *Sci. Total Environ*, 1, 367.
6. Daughton, C.G. dan Ternes T.A. (1999, December). Pharmaceuticals and personal care products in the environment: agents of subtle change?, *Environ Health Perspect*, 107, 907- 938.
7. Daughton, C.G. (2007, December). Pharmaceuticals in the environment: sources and their management. In: Petrovic M, Barcelo D, editors. Analysis, fate and removal of harmaceuticals in the water cycle, *Comprehensive Analytical Chemistry*, 50, 1-58.
8. Daughton, C.G. dan Ruhoy, I.S. (2008, December). The afterlife of drugs and the role of pharmecovigilance, 31, 1069-1082.
9. Daughton, C.G. dan Ruhoy, I.S. (2013, January). Lower-dose prescribing: minimizing “side effects” of pharmaceuticals on society and the environment, *Sci. Total Environ.*, 443, 324-337.
10. Glassmeyer, S.T., Hinchey, E.K., Boehme, S.E., Daughton, C.G., Ruhoy, I.S., Conerly, O., dkk. (2009, October). Disposal Practices for Unwanted Residential Medications in the United States. *Environ Int*, 35, 566-572.
11. Glassmeyer, S.T., Furlong, E.T., Kolpin, D.W., Batt, A.L., Benson, R., Boone J.S., dkk. (2017, February). Nationwide reconnaissance of contaminants of emerging concern in source and treated drinking waters of the United States, *Science of the Total Environment*, 581, 909-922.
12. Kolpin, D.W., Furlong, E.T., Meyer, M.T., Thurman, E.M., Zaugg, S.D., Barber L.B. dkk. (2002, September). Pharmaceuticals, hormones, and other organic wastewater contaminants in US streams, 1999-2000: A national reconnaissance, *Environmental science & technology*, 36, 1202-1211.
13. Kristina, S.A., Chairun, W., Azan, C., dan Bai, A.R. (2018, September). A Survey on Medicine Disposal Practice among Households in Yogyakarta, *Asian Journal of Pharmaceutics*, 12(3), 955-958.
14. Kummerer, K.D. (2000, January). Diagnostic agents and disinfectants in wastewater and waterea review. *Schriftenr Ver. Wasser Boden Lufthyg*, 105, 59-71.
15. Law, A.V., Sakharkar, P., Zargarzadeh, A., Tai, B.W., Hess, K., Hata, M., dkk. (2015). Taking Stock of Medications Wastage: Unused Medications in US Households, *Res Sosial Adm Pharm*, 11, 571-578.
16. Morgan, T.M. (2001, September). The economic impact of wasted prescription medication in an outpatient population of older adults, *The Journal of family practice*, 50, 779-781.
17. Notoatmodjo. (2005), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
18. Vasquez, M.I., Lambrianides, A., Schneider, M., Kummerer, K. dan Fatta-Kassinou, D. (2014, June). Environmental side effects of pharmaceutical cocktails: what we know and what we should know, *Journal of Hazardous Materials*, 279, 169-189.

# PERILAKU SEKS PRANIKAH PADA REMAJA : STUDI PADA SMAN 2 KENDARI

## PREMARITAL SEX BEHAVIOR IN ADOLESCENTS : STUDY AT SMAN 2 KENDARI

Fikki Prasetya<sup>1</sup>, Siti Hadrayanti Ananda<sup>2</sup>, Linda Ayu Rizka Putri<sup>3</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1</sup>

Program Studi Ilmu Gizi STIKES Karya Kesehatan Kendari<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup>Email : fikki.prasetya@uho.ac.id

### ABSTRAK

Perilaku seks pranikah akhir-akhir ini semakin marak. Data Komisi Nasional Perlindungan Anak meneliti perilaku seksual remaja SMP dan SMA di 17 kota besar di Indonesia dan menemukan sebanyak 97% remaja pernah menonton pornografi, 93,7% sudah tidak lagi perawan dan 21,26% pernah melakukan aborsi, yang pada umumnya disebabkan karena kurangnya edukasi tentang seks. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, peningkatan gairah seks saat melihat gambar /video porno di internet, perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, kebiasaan bertanya seks pra-nikah kepada orang tua dan perhatian dan pengawasan orang tua dengan hubungan seks pranikah pada remaja di SMAN 2 Kendari. Pendekatan Cross Sectional Study digunakan untuk mendapatkan data terkait variabel bebas dan terikat. Sebanyak 90 orang responden dipilih dengan metode Stratified Random Sampling pada kelas X dan XI SMAN 02 Kendari, dan data dianalisis menggunakan uji chi square. Hasil penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan antara perilaku seks pra-nikah dengan penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, peningkatan gairah seks saat melihat gambar/video porno di internet, dan perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, dengan nilai p masing-masing = 0.000. Selanjutnya, berkaitan dengan peran orang tua dan perilaku seks pra-nikah siswa SMA N 2 Kendari, diketahui bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan siswa bertanya tentang seks pra-nikah kepada orang tua dengan perilaku seks pra-nikah ( $p=0.023$ ). Namun, penelitian ini tidak menemukan hubungan antara perhatian dan pengawasan orang tua dengan perilaku seks pra-nikah siswa SMA N 2 Kendari ( $p=0.103$ ).

**Kata kunci :** Seks Pranikah, Remaja, Pelajar SMA

### ABSTRACT

*Premarital sex behavior lately increasingly widespread. Data from the National Commission for Child Protection examined the sexual behavior of middle and high school adolescents in 17 major cities in Indonesia and found as many as 97% of adolescents had watched pornography, 93.7% were no longer virgins and 21.26% had had an abortion, which was generally caused by lack of education about sex. This study aims to analyze the relationship between the use of social media to communicate with the opposite sex, increased sex drive when viewing pornographic images / videos on the internet, masturbation behavior when viewing sex material on the internet, the habit of asking premarital sex with parents and attention and supervision of parents with premarital sex in adolescents at SMAN 2 Kendari. Cross Sectional Study approach is used to get data related to independent and dependent variables. A total of 90 respondents were selected using the Stratified Random Sampling method in class X and XI of SMAN 02 Kendari, and the data was analyzed using the chi square test. The results of this study found that there was a relationship between premarital sexual behavior with the use of social media to communicate with the opposite sex, increased sex drive when viewing pornographic videos / videos on the internet, and masturbation behavior when viewing sex material on the internet, with a p each = 0,000. Furthermore, related to the role of parents and premarital sex behavior of SMA N 2 Kendari students, it is known that there is a relationship between the habits of students asking about premarital sex to parents with premarital sex behavior ( $p = 0.023$ ). However, this study did not find a relationship between parents' attention and supervision with premarital sexual behavior of SMA N 2 Kendari students ( $p = 0.103$ ).*

**Keywords :** Premarital Sex, Adolescents, High School Students

### PENDAHULUAN

Remaja merupakan masa transisi antara masa kanak-kanak dan dewasa, dimana terjadi paku tumbuh, timbul ciri-ciri seksual sekunder, tercapainya fertilitas, dan terjadi perubahan-perubahan psikologi dan kognitif. Untuk tercapainya tumbuh kembang yang optimal, tergantung pada potensi biologiknya<sup>1</sup>.

Berdasarkan Proyeksi Penduduk Indonesia tahun 2000 – 2025 pada tahun 2007 jumlah remaja umur 10-24 tahun sangat besar terdapat sekitar 64 juta atau 28,6% dari jumlah penduduk Indonesia

sebanyak 222 juta. Disamping jumlahnya yang besar, remaja juga mempunyai permasalahan yang sangat kompleks seiring dengan masa transisi yang dialami remaja. Masalah yang sering menonjol di kalangan remaja masih seputar Triad KRR antara lain seksualitas (seks pranikah, kehamilan tidak diinginkan, aborsi). Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS dan penyalahgunaan NAPZA<sup>2</sup>. Hubungan seks pra nikah merupakan masalah yang serius utamanya pada remaja, kaitannya sangat erat berhubungan dengan peningkatan penularan penyakit menular seksual, mempunyai pasangan lebih dari satu, dan kehamilan dini<sup>3</sup>.

Konten pornografi bisa masuk dikarenakan banyak layanan jejaring sosial berbasis web seperti facebook yang menyediakan kumpulan cara yang beragam bagi pengguna untuk dapat berinteraksi seperti chat, messaging, email, video, share file, blog, diskusi grup, dan lain-lain. Umumnya jejaring sosial memberikan layanan untuk membuat biodata dirinya. Pengguna dapat meng-upload foto dirinya dan dapat menjadi teman dengan pengguna lainnya. Beberapa jejaring sosial seperti facebook memiliki fitur tambahan seperti pembuatan grup untuk dapat saling sharing didalamnya<sup>4</sup>.

Para remaja memperoleh informasi mengenai seks dan seksualitas dari berbagai sumber, termasuk dari teman sebaya, lewat media massa baik cetak maupun elektronik termasuk didalamnya iklan, buku ataupun situs internet yang khusus menyediakan informasi tentang seks<sup>5</sup>.

Saat ini, banyak orang tua menyerahkan sepenuhnya pendidikan anaknya pada sekolah, termasuk pendidikan moral etika pergaulan yang memberikan rambu-rambu agar siswa tidak terjerumus dalam perilaku seksual menyimpang. Sementara itu, dengan adanya keterikatan dan batasan kurikulum membuat lembaga pendidikan tidak dapat memenuhi harapan orangtua. Padahal maraknya tayangan pornografi dan pornoaksi di tengah masyarakat mempengaruhi merebaknya penyimpangan seksual di kalangan pelajar, dan memerlukan penanganan serius. Selain penanaman nilai-nilai luhur yang dapat mengendalikan nafsu yang merusak, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi perlu diberikan, agar anak dapat mengetahui cara memelihara dan melindungi organ-organ reproduksinya. Dengan cara menjaga kesehatan atau melindungi organ-organ reproduksinya ketika anak menginjak remaja, seperti khitan (bagi laki-laki), bersuci dari menstruasi (termasuk membersihkan organ vitalnya), batas-batas pergaulan dengan lawan jenis dan akibat pergaulan bebas bagi kesehatan reproduksi. Teknologi informasi dan penyajian komoditas seks yang tidak wajar cenderung vulgar dan menyesatkan perlu diimbangi dengan pendidikan seksual yang benar. Namun hal ini jarang dilakukan, karena masih sering menimbulkan kontroversi<sup>6</sup>

Ketidakpekaan orang tua dan pendidik terhadap kondisi remaja menyebabkan remaja sering terjatuh pada kegiatan tuna susila, karena remaja canggung dan enggan untuk bertanya pada orang yang tepat, semakin menguatkan alasan kenapa remaja sering bersikap tidak tepat terhadap organ reproduksinya. Data menunjukkan dari remaja usia 12-18 tahun, 16% mendapat informasi seputar seks dari teman, 35% dari film porno, dan hanya 5% dari orang tua<sup>7</sup>

Kategori usia remaja merupakan kategori usia yang paling rentan terhadap berbagai perilaku negatif, seperti perilaku seksual berisiko. Perilaku seksual berisiko didefinisikan sebagai perilaku seksual yang mengancam kesehatan karena terpaparnya berbagai penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual seperti hepatitis C, hepatitis B, *Human Immunodeficiency* (HIV) dan berbagai infeksi menular seksual lainnya<sup>8</sup>

Angka remaja yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah juga kerap mengalami eskalasi. Pada 2012, Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) menyatakan telah terjadi eskalasi angka remaja yang pernah melakukan hubungan seksual sebanyak 5,6% dibanding dengan data hasil SDKI pada 2007<sup>9</sup>. Pada 2013, Komisi Nasional Perlindungan Anak meneliti perilaku seksual remaja SMP dan SMA di 17 kota besar di Indonesia dan menemukan sebanyak 97% remaja pernah menonton pornografi, 93,7% sudah tidak lagi perawan dan 21,26% pernah melakukan aborsi<sup>10</sup>

Semakin tingginya angka hubungan seksual pranikah diikuti dengan semakin tingginya pula dampak dari hubungan seksual pranikah tersebut. Sebanyak lebih dari 6 juta kasus kehamilan remaja setiap tahun tercatat, hampir 4 juta aborsi dilakukan dengan tidak aman pada kalangan remaja. Setengah juta remaja bahkan hidup dengan HIV positif di wilayah Asia Pasifik<sup>11</sup>. Di Indonesia, menurut data dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Republik Indonesia terjadi peningkatan sekitar, 15% pada tiap tahunnya<sup>12</sup>.

Perilaku remaja dipengaruhi perilaku orangtua dalam mengasuh anak<sup>13</sup>. Brooks menyatakan bahwa perilaku serta sikap orangtua dalam berinteraksi dengan anaknya ini disebut pola asuh<sup>14</sup>. Santrock membagi pola asuh menjadi 4, yaitu *authoritative*, *authoritarian*, *neglectful*, dan *indulgent*<sup>13</sup>. Pola asuh *authoritative* merupakan pola asuh yang terbaik dalam mencetak anak yang percaya diri dan sukses di sekolah. Pola asuh *authoritarian* mendidik anak menjadi penurut dan takut mengemukakan pendapat. Sedangkan pola asuh *neglectful* dan *indulgent* cenderung menjadikan anak tidak menghargai orang lain dan tidak bertanggungjawab. Penelitian Dempster *et al* yang dilakukan pada remaja di Amerika menemukan remaja yang diberikan kebebasan penuh oleh orangtuanya memiliki risiko tinggi terjadinya perilaku seksual<sup>15</sup>. Namun penelitian ini juga menemukan bahwa batasan keras terhadap remaja meningkatkan terjadinya perilaku seksual, khususnya pada remaja laki-laki. Demikian juga penelitian Grace yang menemukan bahwa pola asuh *overcontrolling* dan kurang disiplin berhubungan dengan peningkatan perilaku seksual berisiko<sup>16</sup>.

Akses media melalui internet serta peran orangtua mengambil peran cukup penting dalam perilaku seks remaja. Hal negatif dapat berujung pada pernikahan dini dan permasalahan kesehatan masyarakat seperti perilaku seksual risiko tinggi yang dapat mengakibatkan penyakit menular seksual. Untuk itu melalui penelitian ini mencoba untuk mengetahui aspek akses media media melalui internet dan faktor peran orang tua apa saja yang dapat berkaitan dengan perilaku seks pada remaja. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, peningkatan gairah seks saat melihat gambar /video porno di internet, perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, kebiasaan bertanya seks pra-nikah kepada orang tua dan perhatian dan pengawasan orang tua dengan hubungan seks pranikah pada remaja di SMAN 2 Kendari.

## METODE

Desain potong lintang digunakan dalam penelitian ini untuk mendapatkan gambaran hubungan antara Perilaku seks pra nikah pada remaja di SMAN 02 Kendari. Sampel dipilih sebanyak 90 Responden dari populasi yakni pelajar SMAN 02 Kendari yang dipilih menggunakan *Probability Sampling* dengan metode *Proportionated Random Sampling*, dimana sampel dipilih dengan membagi responden berdasarkan jumlah kelas, setelah itu setiap sampel dalam kelas di ambil secara acak.

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya, sehingga layak untuk dipakai. Uji *chi-square* digunakan untuk menganalisis hubungan antara penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, peningkatan gairah seks saat melihat gambar /video porno di internet, perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, kebiasaan bertanya seks pra-nikah kepada orang tua dan perhatian dan pengawasan orang tua dengan hubungan seks pranikah pada remaja di SMAN 2 Kendari.

## HASIL PENELITIAN

**Tabel 1 Karakteristik Responden**

Variabel	N	%
Umur (tahun), median (IQR) <sup>†</sup>	16 ( 16 – 17)	-
Jenis Kelamin		
Laki-laki	36	40.0
Perempuan	54	60.0
Kelas		
X	48	53.5
XI	42	46.7
Perilaku hubungan seks-pra nikah		
Ya	11	12.2
Tidak	79	87.8
Penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis		
Ya	33	36.7
Tidak	57	63.3

Variabel	N	%
Peningkatan gairah seks saat melihat gambar /video porno di internet		
Ya	33	36.7
Tidak	57	63.3
Perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet		
Ya	33	36.7
Tidak	57	63.3
Kebiasaan bertanya seks pra-nikah kepada orang tua		
Ya	47	52.2
Tidak	43	47.8
Perhatian dan pengawasan orang tua		
Ya	40	44.4
Tidak	50	55.6

† : data disajikan dalam median (*Interquartile Range*)

Berdasarkan data pada Tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah wanita (60%) dengan median umur 16 tahun. Mayoritas responden (87.8%) tidak pernah melakukan hubungan seks pra-nikah. Selain itu, berdasarkan data tentang perilaku berisiko seks pra-nikah, diketahui bahwa sebagian besar responden tidak menggunakan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, tidak mengalami peningkatan gairah seks saat melihat gambar/video porno di internet, dan tidak melakukan masturbasi saat melihat materi seks di internet, masing-masing sebesar 63.3%. sementara itu, 52.2% responden memiliki kebiasaan menanyakan seks pra-nikah kepada orang tua mereka. Namun, 55.6% responden tidak mendapatkan perhatian dan pengawasan langsung dari orang tua mereka terkait perilaku berisiko seks pra-nikah.

**Tabel 2**  
**Hubungan Akses Sosial Media, Peran Orang Tua dengan Perilaku Seks Pranikah pada Siswa SMAN 2 Kendari**

Perilaku seks pra-nikah	Penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis		P value
	Ya	Tidak	
Ya, n (%)	11 (100.0)	0 (0.0)	0.000*
Tidak, n (%)	22 (27.8)	57 (72.2)	
	Peningkatan gairah seks saat melihat gambar /video porno di internet		
	Ya	Tidak	
Ya, n (%)	11 (100.0)	0 (0.0)	0.000*
Tidak, n (%)	22 (27.8)	57 (72.2)	
	Perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet		
	Ya	Tidak	
Ya, n (%)	11 (100.0)	0 (0.0)	0.000*
Tidak, n (%)	22 (27.8)	57 (72.2)	
	Kebiasaan bertanya seks pra-nikah kepada orang tua		
	Ya	Tidak	
Ya, n (%)	2 (18.2)	9 (81.8)	0.023*
Tidak, n (%)	45 (57.0)	34 (43.0)	
	Perhatian dan pengawasan orang tua		
	Ya	Tidak	
Ya, n (%)	2 (18.2)	9 (81.8)	0.103
Tidak, n (%)	38 (48.1)	41 (51.9)	

Sementara itu, berdasarkan hasil analisis yang ditampilkan pada Tabel 2 diketahui bahwa terdapat hubungan antara perilaku seks pranikah dengan penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, peningkatan gairah seks saat melihat gambar/video porno di internet, dan perilaku



masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, dengan nilai  $p$  masing-masing = 0.000. Selanjutnya, berkaitan dengan peran orang tua dan perilaku seks pra-nikah siswa SMA N 2 Kendari, diketahui bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan siswa bertanya tentang seks pra-nikah kepada orang tua dengan perilaku seks pra-nikah ( $p=0.023$ ). Namun, penelitian ini tidak menemukan hubungan antara perhatian dan pengawasan orang tua dengan perilaku seks pra-nikah siswa SMA N 2 Kendari ( $p=0.103$ ).

## PEMBAHASAN

Remaja dalam masa pertumbuhan, juga mengalami perkembangan fungsi biologis dan psikologis yang juga berkaitan dengan perkembangan organ reproduksi, sehingga pada masa ini banyak mengalami masa transisi dari masa kanak-kanak menuju remaja dan mulai merasakan ransangan seksual. Pentingnya pendidikan seks pada kelompok usia remaja menjadi isu yang kontroversial karena masih adanya budaya tabu membicarakan seks<sup>17</sup> pada usia tersebut, tetapi dalam upaya untuk mencegah seks pranikah yang tidak aman, dan pernikahan dini yang tidak direncanakan dapat menjadi masalah yang serius bagi kesehatan masyarakat<sup>18</sup>.

Pada penelitian ini terlihat bahwa pelajar SMAN 2 kendari pada umumnya belum pernah melakukan seks pranikah, tetapi ada beberapa responden yang telah mengalami seks pranikah. Seks pranikah di Indonesia adalah hal yang tidak lumrah pada remaja apalagi dilakukan diluar ikatan pernikahan yang merupakan kontribusi agama dan budaya luhur yang dipraktekkan pada masyarakat. Beberapa alasan yang ditengarai memiliki hubungan dengan kejadian seks pranikah dalam penelitian ini adalah penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis peningkatan gairah seks saat melihat gambar/video porno di internet, perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, serta kebiasaan siswa bertanya tentang seks pra-nikah kepada orang tua

Penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis merupakan salah satu alasan kejadian perilaku seks pranikah yang dilakukan oleh responden. Sosial media, internet dan media lainnya cara remaja untuk mendapatkan informasi yang secara natural tertarik tentang seks untuk memuaskan rasa penasaran mereka tentang seks<sup>19</sup>. Melalui sosial media remaja dapat berinteraksi dengan lawan jenisnya sebagai bagian dari proses pengenalan mereka tentang seks. Selain itu, melalui internet remaja mendapatkan berbagai akses untuk mendapatkan informasi, termasuk konten berbau pronografi. peningkatan gairah seks saat melihat gambar/video porno di internet berkaitan dengan sikap permisif remaja terhadap informasi berbau seksual yang banyak ditemukan secara bebas melalui media daring<sup>20</sup>.

Pendidikan seks pada remaja, merupakan hal yang tabu bagi sebagian masyarakat Indonesia. Remaja pada umumnya menganggap bahwa seks merupakan hal yang tabu dibicarakan oleh remaja kepada orang tua. Hal ini menyebabkan adanya kesenjangan pemahaman, yang dapat menjerumuskan remaja pada seks pra-nikah yang dapat berujung pada kehamilan diluar nikah dan pernikahan dini, yang bertolak belakang dengan program genre BKKBN oleh pemerintah. Namun, yang terlihat dalam penelitian ini, kebiasaan siswa bertanya tentang seks pranikah kepada orang tua memiliki hubungan dengan kejadian seks pranikah yang dialami oleh remaja SMAN 02 Kendari. Temuan ini mengkonfirmasi bahwa pendidikan seks yang adekuat baik melalui pemerintah, maupun peran orang tua masih belum optimal, sehingga kejadian seks pranikah masih saja dilakukan oleh remaja, untuk memberikan informasi dan pengetahuan yang tepat. Hal ini juga dikonfirmasi oleh penelitian lain<sup>21</sup> yang mengatakan bahwa kurangnya pengetahuan yang lengkap termasuk tentang praktik seks yang aman melalui pendidikan seksual merupakan penyebab tingginya insidensi dari perilaku seksual berisiko yang dapat berujung pada kejadian penyakit menular seksual.

Pendidikan seksual tidak hanya melibatkan remaja wanita saja sebagai subjeknya. Pria remaja dalam hal ini juga menjadi subjek yang seharusnya mendapatkan intervensi pendidikan seksual. Dalam penelitian ini melibatkan besaran sampel yang cukup seimbang antara pria dan wanita, tetapi dalam beberapa kasus, pria justru menjadi sangat tertutup tentang pertukaran informasi tentang seks remaja, dikarenakan komunikasi yang kurang baik dan keengganan antara anak dan orang tua untuk membahasnya<sup>18</sup>.

## SIMPULAN

Akses media internet yang terakses dengan bebas oleh remaja dapat menyebabkan remaja permisif terhadap seks, yang secara negatif jika tidak dicermati dengan baik dapat berujung pada perilaku seks bebas yang berisiko karena minim dan tidak adekuatnya edukasi seks pada mereka. Perilaku seks pranikah dapat dikaitkan dengan penggunaan media sosial untuk berkomunikasi dengan lawan jenis, peningkatan gairah seks saat melihat gambar/video porno di internet, dan perilaku masturbasi saat melihat materi-materi seks di internet, serta peran orang tua dan perilaku seks pra-nikah siswa SMA N 2 Kendari, dimana kebiasaan siswa bertanya tentang seks pra-nikah kepada orang tua berhubungan dengan perilaku seks pranikah. Namun, penelitian ini tidak menemukan hubungan antara perhatian dan pengawasan orang tua dengan perilaku seks pra-nikah siswa SMAN 2 Kendari.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Moersintowati NB, Sularyo TS, Soetjningsih HS, Ranuh IGNG. *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Nancy Pardede. Masa remaja. Jakarta: CV Sagung Seto. 2010.
2. Muadz M, Syaefudin M, Indrawarman M, Edi M, Utomo D, Witri W. *Panduan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja)*. BKKBN 2009.
3. Rahyani KY, Utarini A, Wilopo SA, Hakimi M. Perilaku Seks Pranikah Remaja. *Kesmas Natl Public Heal J*. 2017;
4. Hadi SN. Analisis Kriminologis Modus Operandi Kejahatan Anak di Bandar Lampung. *J POENALE*. 2015;
5. Fathunaja A. REORIENTASI PENDIDIKAN SEKS TERHADAP ANAK USIA REMAJA DI SEKOLAH (Memadukan Sains dan Agama dalam Pembelajaran). *J JPSD (Jurnal Pendidik Sekol Dasar)*. 2015;
6. Savitri D, Kirnantoro K. Pemberian Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berpengaruh Terhadap Tingkat Pengetahuan Tentang Seks Bebas pada Remaja Kelas X dan XI 2 di SMK Muhammadiyah II Bantul. *J Ners dan Kebidanan Indones*. 2013;
7. Muzayyanah I. *Aku adalah Perempuan Pesantren: Sebuah Etnografi Biografi*. Antropol Indones. 2013;
8. CDC. *Sexual Behaviors | Adolescent and School Health | CDC*. Division of Adolescent and School Health, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. 2015.
9. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencanaan Nasional, Departemen Kesehatan, Macro International. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. Sdki. 2013;
10. BKKBN. *Kajian Penduduk Remaja*. Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan. Badan Koordinasi Keluarga Bencana Nasional; 2011.
11. UNFPA. *Generation 2030 | Africa Child Demographics in Africa*. Igarss 2014. 2014.
12. BKKBN. *Analisis Data Kependudukan dan KB Hasil Susenas 2015*. Rapat Koordinasi Nasional BKKBN. Jakarta: Badan Koordinasi Keluarga Bencana Nasional; 2016.
13. Santrock, W J. *Adolescent: Perkembangan Remaja*. Sari Pediatr. 2010;
14. Brooks R. Student-parents and higher education: A cross-national comparison. *J Educ Policy*. 2012;
15. Dempster D, Rogers S, Pope AL, Snow M, Stoltz KB. Insecure Parental Attachment and Permissiveness: Risk Factors for Unwanted Sex Among Emerging Adults. *Fam J*. 2015;
16. Grace D. *Childhood abuse, parenting styles & social support in the development of depression & sexual risk taking*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2014.
17. Aprilia A. Perilaku Ibu dalam Memberikan Pendidikan Seks Usia Dini pada Anak Pra Sekolah (Studi Deskriptif Eksploratif di TK IT Bina Insani Kota Semarang). *J Kesehat Masy [Internet]*. 2015;3(1):619–28. Available from: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
18. Madlala ST, Sibiya MN, Ngxongo TSP. Perceptions of young men at the Free State School of Nursing with regards to teenage pregnancy. *African J Prim Heal Care Fam Med*. 2018;10(1):1–7.
19. Chang YT, Hayter M, Lin ML. Chinese Adolescents' Attitudes Toward Sexual Relationships and Premarital Sex: Implications for Promoting Sexual Health. *J Sch Nurs*. 2014;30(6):420–9.
20. Baams L, Overbeek G, Dubas JS, Doornwaard SM, Rommes E, van Aken MAG. Perceived Realism Moderates the Relation Between Sexualized Media Consumption and Permissive Sexual Attitudes in Dutch Adolescents. *Arch Sex Behav*. 2015;44(3):743–54.
21. Surendran Uma Maheswari SK. Pattern of sexual behavior in adolescents and young adults attending STD clinic in a tertiary care center in South India. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2017;38(2):171–5.

# PENGARUH PENGGUNAAN GADGET TERHADAP INTERAKSI SOSIAL PADA ANAK AUTIS DI UPTD PELAYANAN AUTIS DIKBUD SULAWESI TENGGARA

## THE INFLUENCE OF THE USE OF GADGETS ON SOCIAL INTERACTION IN CHILDREN WITH AUTISM AT UPTD AUTISM SERVICES DIKBUD SOUTHEAST SULAWESI

Muhammad Kamal<sup>1</sup>, Nurul Syahrhani Salahuddin<sup>2</sup>, Misdayanti<sup>3</sup>

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Email : [mkamaliph@gmail.com](mailto:mkamaliph@gmail.com)

### ABSTRAK

Kemajuan teknologi yang sangat pesat dan semakin canggih telah menciptakan perubahan yang begitu besar dalam kehidupan manusia diberbagai bidang. Pada era globalisasi saat ini, media seseorang untuk melakukan interaksi sosial khususnya untuk melakukan kontak sosial maupun berkomunikasi hanya dengan menggunakan gadget. Pengguna gadget saat ini tidak hanya dikalangan dewasa, tetapi hampir semua kalangan termasuk remaja dan usia dini seperti anak TK dan balita pun sudah menggunakan gadget. Pemanfaatan gadget menjadi salah satu jalan pintas orang tua dalam mengasuh anak. Balita merupakan periode paling penting dalam peningkatan perkembangan anak secara optimal karena dapat mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak kedepannya. Penggunaan gadget sejak usia dini akan memberikan dampak pada perkembangan anak yang dapat mengubah perilaku anak sehingga dapat memicu kejadian autisme. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh penggunaan gadget terhadap interaksi sosial pada anak autis. Jenis Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Responden berjumlah 33 orang. Penelitian ini dilakukan di UPTD Pelayanan Autis Dikbud Sulawesi Tenggara. Analisis bivariat menunjukkan bahwa intensitas penggunaan gadget berhubungan dengan interaksi sosial (nilai  $p=0,009$ ;  $OR=13,750$ ). Pendampingan orang tua sangat dibutuhkan dalam mengawasi anak saat menggunakan gadget baik durasi penggunaan, frekuensi, dan pemilihan aplikasi game dan edukasi. Selain itu, konsistensi orang tua dalam membatasi apa saja yang boleh dan tidak boleh diakses sangat diperlukan agar pola kedisiplinan anak dapat diterapkan untuk menghindari anak dari pengaruh negatif penggunaan gadget.

Kata Kunci: Gadget, Interaksi Sosial, Autis

### ABSTRACT

*Rapid and increasingly sophisticated technological advances have created enormous changes in human life in various fields. In the current era of globalization, a person's media to conduct social interactions, especially to make social contacts and communicate only using gadgets. Today's gadget users are not only among adults, but almost all groups including teenagers and young people such as kindergartens and toddlers are already using gadgets. The use of gadgets is one of the parents' shortcuts in caring for children. Toddler is the most important period in optimally increasing children's development because it can influence and determine children's development going forward. The use of gadgets from an early age will have an impact on children's development that can change the behavior of children so that it can trigger the occurrence of autism. The purposed of this studied was to determine the effect of using gadgets on social interactions in children with autism. This type of research is an observational analytic studied used a cross sectional approach. Respondents numbered 33 people. This research was conducted at the Autonomous Service UPTD of Southeast Sulawesi Education Office. Bivariate analysis showed that the intensity of the use of gadgets is related to sosial interaction ( $p$  value = 0.009;  $OR = 13.750$ ). Assistance of parents is needed in supervising children when using gadgets both the duration of use, frequency, and selection of game and educational applications. In addition, the consistency of parents in limiting what is permissible and not accessible is very necessary so that the pattern of child discipline can be applied to avoid children from the negative influence of using gadgets.*

**Keywords:** *Gadgets, Sosial Interaction, Autism*

### PENDAHULUAN

Kemajuan teknologi yang sangat pesat dan semakin canggih telah menciptakan perubahan yang begitu besar dalam kehidupan manusia diberbagai bidang. Pada era globalisasi saat ini, media seseorang untuk melakukan interaksi sosial khususnya untuk melakukan kontak sosial maupun berkomunikasi hanya

dengan menggunakan *gadget*. Pengenalan anak terhadap *gadget* biasanya berawal dari cara pengalihan yang salah dari orang tua atau keluarga dengan cara memperlihatkan game atau video yang ada di *gadget* agar anak tidak rewel atau berhenti menangis<sup>1</sup>. Berawal dari cara pengalihan yang salah tersebut, secara tidak langsung orang tua telah mengenalkan anak dengan *gadget* yang nantinya dapat memicu rasa keingintahuan anak yang lebih terhadap *gadget*. Permainan di *gadget* seperti game mampu menghipnotis dan merebut hati anak sehingga anak tidak memperdulikan lingkungan sekitar yang dapat berpengaruh pada perkembangan anak<sup>2</sup>. Menurut Ahmad (dalam Warisyah) Indonesia adalah negara pengguna internet terbesar di Asia Tenggara dengan pengguna sosial media paling aktif sebesar 79,7% mengalahkan Filipina, Malaysia, dan Cina<sup>3</sup>.

Pada saat ini pengguna *gadget* telah menjangkau keberbagai lapisan kehidupan masyarakat dari segala bidang, usia, dan tingkat pendidikan. Pengguna *gadget* saat ini tidak hanya dikalangan dewasa, tetapi hampir semua kalangan termasuk remaja dan usia dini seperti anak TK dan balita pun sudah menggunakan *gadget* karena faktor orang tua yang sibuk bekerja dan harga *gadget* yang semakin murah serta aplikasi-aplikasi yang terdapat pada *gadget* bukan hanya aplikasi tentang pembelajaran mengenal huruf atau gambar, tetapi terdapat aplikasi hiburan, seperti sosial media, video, video game, dan lain-lain. Pada kenyataannya, anak-anak akan lebih sering menggunakan *gadget*nya untuk bermain game daripada untuk belajar ataupun bermain di luar rumah dengan teman-teman seusianya<sup>4</sup>. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Anggrahini, 2013 (dalam Trinika, 2015) menunjukkan bahwa sejak menggunakan *gadget*, anak menjadi susah diajak berkomunikasi, tidak peduli, sering *badmood* dan tidak mendengarkan nasehat orang tua. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Iswidharmanjaya dan Agency (2014) tentang dampak negatif penggunaan *gadget* pada anak, yaitu ketika anak telah kecanduan *gadget*, pasti akan menganggap perangkat itu adalah bagian dari hidupnya. Hal tersebut akan mengganggu kedekatan anak mengganggu kedekatan anak dengan orang tuanya, lingkungannya, bahkan teman sebangunnya.

Setiap tahun di seluruh dunia, kasus autisme mengalami peningkatan. Pada tahun 1990 kasus autisme berkisar pada perbandingan 1:2.000 kelahiran. Di Amerika Serikat pada tahun 2000 angka ini meningkat menjadi 1 dari 150 anak mempunyai kecenderungan menderita autisme. Sedangkan di Inggris, data terakhir dari CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) Amerika Serikat pada tahun 2002 menunjukkan prevalensi autisme yang semakin membesar, sedikitnya 60 penderita dalam 10.000 kelahiran. Data International Congress on Autisme tahun 2006 tercatat 1 dari 150 anak mempunyai kecenderungan autisme<sup>4</sup>.

Autisme biasanya terdeteksi sebelum usia 3 tahun. Namun ada juga gejala sejak usia bayi dengan keterlambatan interaksi sosial dan bahasa (progresi) atau pernah mencapai normal tapi sebelum usia 3 tahun perkembangannya berhenti dan mundur, serta muncul ciri-ciri autisme. Anak usia dini (masa balita) memiliki masa *critical periode/golden periode* yang merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang paling pesat pada otak manusia. Pada masa ini otak bersifat plastis dibandingkan dengan orang dewasa sehingga balita sangat terbuka dan peka dalam menerima berbagai macam pembelajaran dan pengayaan baik bersifat positif maupun negatif. Tumbuh kembang balita akan optimal jika lingkungan memberikan dukungan yang positif atau sebaliknya<sup>5</sup>. Seiring berjalannya waktu, sudah menjadi hal yang biasa bahwa anak-anak telah memiliki *gadget* berupa *smartphone*, *tablet*, *handphone*, *laptop*. Anak yang pada periode emasnya sedang mengalami penanaman karakter, sifat dan moral, harus mendapatkan perhatian serius. Periode emas (*golden age*) adalah pada rentang usia 0-12 tahun. *golden age* pertama (0-6 tahun) dan *golden age* kedua (7-12 tahun). Kegagalan pada masa ini dalam pola pengasuhan dan pendidikan akan berpengaruh kepada masa kedewasaannya. Maka orang tua, pendidik dan masyarakat harus membimbing mereka agar terhindar dari pengaruh negatif<sup>6</sup>.

Kota Kendari menjadi daerah teratas penderita autisme di Sultra sebanyak 120 orang yang melakukan terapi di pusat pelayanan autisme. (UPTD Dikbud, 2018). Menurut Violence & Gore (Dewanti, 2016) menyatakan bahwa *antisosial behavior* merupakan dampak negatif *gadget* yang disebabkan karena penyalahgunaan *gadget*. Hal ini terjadi ketika seseorang merasa bahwa *gadget* merupakan satu-satunya hal yang paling penting dalam hidupnya, sehingga anak tidak memperdulikan keadaan disekitarnya, yang mengakibatkan anak menjadi jarang berinteraksi dengan orang disekitarnya dan akan mengalami kesulitan untuk bersosialisasi dan menjalin relasi dengan orang disekitarnya<sup>7</sup>. Tujuan penelitian ini

adalah untuk melakukan analisis pengaruh penggunaan *gadget* terhadap interaksi sosial pada anak autis di UPTD Pelayanan Autis Dikbud Sulawesi Tenggara.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Penelitian dilaksanakan di UPTD Pelayanan Autis Dikbud Sulawesi Tenggara. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu/wali yang memiliki anak autis yang diterapi di UPTD pelayanan autis sebanyak 33 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu *simple random sampling*. Pengumpulan data pada penelitian ini diperoleh langsung dari responden melalui wawancara dengan menggunakan panduan kuesioner/daftar angket. Analisis statistik menggunakan analisis bivariat untuk menganalisis pengaruh yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji *Chi Square*. Selain itu juga diperhatikan nilai *odds ratio* (OR).

## HASIL

### Karakteristik Responden

**Tabel 1**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden**

Karakteristik Responden	Kategori	Frekuensi	%
Tingkat Pendidikan Ibu/wali	Tinggi	22	66,7
	Menengah	10	30,3
	Dasar	1	3,0
Pekerjaan Ibu/wali	Tidak Bekerja	17	51,5
	Bekerja	16	48,5
Usia Anak (Bulan)	24-36	5	15,2
	37-48	12	36,4
	49-60	5	15,2
	61-72	2	6,1
	>73	9	27,3
Jenis Kelamin Anak	Laki-Laki	29	87,9
	Perempuan	4	12,1

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar orang tua/wali anak berpendidikan tinggi sebesar 22 responden (66,7%). Pada karakteristik pekerjaan tidak terdapat perbedaan signifikan antara ibu/wali yang bekerja dan ibu/wali yang tidak bekerja. Ibu yang tidak bekerja sebanyak 17 responden (51,5%). Sedangkan ibu yang bekerja sebanyak 16 responden (48,5%). Orang tua yang bekerja antara lain sebagai PNS dan wiraswasta. Pasien yang menjalani terapi di UPTD Autis Dikbud Sultra adalah anak yang berada pada kisaran usia 37-48 bulan (3-4 tahun) sebanyak 12 anak (36,4%), usia >73 bulan ( $\geq 6$  tahun) sebanyak 9 anak (27,3%). Sedangkan pasien terapi sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar sebanyak 29 anak (7,9%).

### Korelasi Intensitas Penggunaan *Gadget* Terhadap Interaksi sosial Anak

**Tabel 2**  
**Intensitas Intensitas Penggunaan *Gadget* Terhadap Interaksi sosial Anak**

Intensitas Penggunaan <i>Gadget</i>	Interaksi sosial Anak				Jumlah		OR	Nilai <i>p</i>
	Baik		Kurang					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	5	15,2	2	6,1	7	21,2	13,750	0,009 (nilai Fisher Exact)
Tinggi	4	12,1	22	66,7	26	78,8		
Jumlah	9	27,2	24	72,8	33	100		

Hasil analisis statistik bivariat menunjukkan bahwa variabel interaksi sosial anak mempunyai nilai  $p < 0,009$  ( $p < 0,05$ ), artinya ada hubungan antara intensitas penggunaan *gadget* terhadap interaksi sosial anak. Tabel 4 menunjukkan nilai odds ratio sebesar 13,750 sehingga anak dengan intensitas penggunaan *gadget* yang rendah memiliki peluang sebesar 13,750 kali untuk berkembang pada aspek sosial dengan baik dibanding anak yang menggunakan *gadget* dengan intensitas yang tinggi.

## PEMBAHASAN

Variabel interaksi sosial anak terdiri dari beberapa pertanyaan, yaitu meliputi sikap anak ketika sedang bermain *gadget* interaksi anak dengan teman sebayanya, dan respon anak ketika bermain *gadget*. Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas jawaban responden adalah anak akan bersikap acuh (tidak peduli) saat dipanggil atau dinasehati orang lain ketika sedang asyik bermain *gadget* anak lebih suka bermain sendiri di dalam rumah daripada bermain di luar bersama teman seusianya, anak akan marah dan menangis apabila tidak diberikan izin bermain *gadget* dan terkadang anak suka menirukan adegan game (melempar dan memukul orang lain).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang menjalani terapi di UPTD Autis Dikbud Sultra adalah anak yang berada pada kisaran usia 37-48 bulan (3-4 tahun). Usia 3-6 tahun merupakan rentang usia anak prasekolah. Pada masa ini, anak yang awalnya hanya mendapatkan pendidikan informal dari orangtua/keluarga, akan mulai mengenal lingkungan luar rumah dan akan bertemu dengan teman-teman sebayanya. Sehingga pada tahap ini anak-anak akan lebih sering bermain, lebih aktif, memiliki rasa keingintahuan yang lebih. Dengan bermain akan memberikan stimulasi yang dapat merangsang otak anak sehingga mampu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak baik kemampuan gerak, bicara dan bahasa, sosialisasi, dan kemandirian anak. Apabila pada masa ini anak menggunakan *gadget* secara berlebihan, maka dapat mengganggu perkembangan keterampilan berempati, sosial, dan pemecahan masalah karena *gadget* telah menggantikan peran anggota tubuh dalam pengembangan sensori dan visual motorik. Autisme merupakan kelainan neurologis dan perkembangan yang kerap dimulai sejak kecil dan bertahan seumur hidup. Selain faktor keturunan atau genetic, lingkungan juga berperan besar seperti paparan *gadget* sejak dini. Hal ini dapat terjadi karena otak anak-anak pada usia 0-5 tahun berada dalam periode perkembangan emas atau *golden period of development*. Anak yang lebih banyak menghabiskan waktu dengan bermain *gadget* daripada bermain dengan teman sebaya yang dapat menimbulkan sifat individualis dan egosentris serta tidak memiliki kepekaan terhadap lingkungan sekitar<sup>8</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa mayoritas anak yang menderita autisme berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa prevalensi autisme berkisar 1-2 per 1000 penduduk dengan distribusi pada laki-laki lebih banyak dari perempuan dengan rasio perbandingan 4:1<sup>9</sup>. Autisme lebih dominan terjadi pada anak berjenis kelamin laki-laki karena memiliki ketahanan fungsi otak yang lebih rendah dibanding anak perempuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh intensitas penggunaan *gadget* terhadap interaksi sosial anak. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, sebagian besar jawaban responden adalah anak akan bersikap acuh (tidak peduli) saat dipanggil atau dinasehati orang lain ketika sedang asyik bermain *gadget* dan anak lebih suka bermain sendiri di dalam rumah daripada bermain di luar bersama teman seusianya. Penggunaan *gadget* secara berlebihan pada anak usia dini dapat berdampak negatif terhadap perkembangan anak salah satunya adalah gangguan interaksi sosial. Hasil penelitian menunjukkan nilai odds ratio sebesar 13,750 sehingga anak dengan intensitas penggunaan *gadget* yang rendah memiliki peluang sebesar 13,750 kali untuk berkembang pada aspek sosial dengan baik dibanding anak yang menggunakan *gadget* dengan intensitas yang tinggi. Radiasi gelombang elektromagnetik dari *gadget* memang tidak terlihat, efeknya pun tidak terasa secara langsung. Bahaya radiasi *gadget* terhadap daya kembang anak adalah radiasi dari penggunaan *gadget* yang tergolong gelombang RF. Gelombang RF bukan merupakan gelombang yang mematikan dan berbahaya, tetapi bukan berarti kemungkinan adanya efek samping tidak ada. Radiasi RF pada level tinggi serta intensitas yang intensif dapat merusak jaringan tubuh. Radiasi RF memiliki kemampuan untuk memanaskan jaringan tubuh seperti oven microwave memanaskan makanan.

Radiasi tersebut dapat merusak jaringan tubuh karena tubuh tidak dilengkapi system ketahanan untuk mengantisipasi sejumlah panas berlebih akibat radiasi RF. Radiasi nonionisasi (termasuk gelombang RF) menimbulkan efek jangka panjang. Penyakit yang berpotensi timbul karena radiasi *gadget* adalah kanker, tumor otak, Alzheimer, Parkinson, sakit kepala, dan gangguan perkembangan dan gangguan perilaku. Data memperlihatkan bahwa ketika radiasi dari *gadget* memasuki kepala orang dewasa menyerap sebanyak 25%, anak usia 12 tahun sebanyak 50%, dan tertinggi pada anak usia 5 tahun yaitu 75%. Risiko radiasi ini akan lebih besar pada anak yang sudah lama terpapar dengan *gadget* sejak usia dini<sup>10</sup>.

Menurut Dr. Jenny Radesky dari Boston University School of Medicine mengatakan bahwa penggunaan *gadget* pada balita saat ini semakin intensif akan memberikan dampak pada perkembangan perilaku anak. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara intensitas penggunaan *gadget* terhadap interaksi sosial anak. Anak yang terlalu asyik bermain dengan *gadget* menjadi tidak peduli dengan lingkungan sekitar sehingga tidak memahami etika bersosialisasi. Anak dianggap sudah kebablasan bermain *gadget* jika dalam waktu sehari bermain dengan *gadget* lebih dari dua jam, dan jika *gadget*nya diambil anak akan marah bahkan tantrum. Perhatian seorang pecandu *gadget* hanya akan tertuju kepada dunia maya. Hal ini menyatakan hubungan antara stimulus dan respon yang terjadi melalui interaksi dalam lingkungannya, yang kemudian akan menimbulkan perubahan tingkah laku.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Ayu, dkk (2019)<sup>11</sup> di Bandung yang mengatakan bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan mempergunakan *gadget* berdasar atas durasi dan status mental emosional. Dimana pada usia prasekolah terjadi perkembangan aktivitas jasmani dan peningkatan keterampilan juga proses berpikir. Cara belajar pada usia prasekolah adalah dengan bermain. Penggunaan *gadget* dengan durasi yang lama dapat membatasi aktivitas fisik anak untuk bermain, sehingga anak kurang mendapatkan stimulus untuk dapat mengembangkan kemampuan motoric dan sosial. *The American Academy and Pediatrics* (AAP) tidak merekomendasikan pemberian *gadget* pada anak dibawah dari 3 tahun karena pada periode ini anak memiliki rentang konsentrasi yang pendek sehingga mereka mudah bosan pada stimulasi yang berlebihan. Tidur yang cukup dan berkualitas justru memberikan dampak besar pada perkembangan otak anak. Stimulasi dan penggunaan *gadget* dengan intensitas tinggi/berlebihan dapat membuat anak mengalami gangguan konsentrasi dan merusak kemampuan mengontrol diri.

## SIMPULAN

Penggunaan *gadget* secara berlebihan pada anak memiliki dampak negatif yang mengancam tumbuh dan kembang salah satunya adalah dapat mempengaruhi perilaku anak dalam hal interaksi sosial. Tindakan preventif yang dapat dilakukan adalah menjalin hubungan antar orangtua dan anak dalam keluarga karena hubungan tersebut sangat penting bagi perkembangan kepribadian anak dan merupakan orang pertama yang membimbing tingkah laku anak. Pemberian pola asuh yang benar dapat mengupayakan anak menjadi pribadi yang utuh dan terintegrasi. Anak yang optimal tumbuh kembangnya akan cenderung mandiri dan berprestasi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Gunawan, M.A.A. (2017). Hubungan Durasi Penggunaan *Gadget* Terhadap Perkembangan Sosial Anak Prasekolah Di TK PGRI 33 Sumurboto Banyumanik. Skripsi, Universitas Diponegoro, Semarang.
2. Sinta. (2018). Pengaruh *Gadget* Terhadap Perkembangan Sosial Anak Di TK Aisyiyah Bustanul Athfal VI. Artikel Penelitian, Universitas Tanjungpura, Pontianak.
3. Warisyah, Yusmi. 2015. Pentingnya "Pendampingan Dialogis" Orang Tua Dalam Penggunaan *Gadget* Pada Anak Usia Dini.
4. Trinika, Y. (2015). Pengaruh Penggunaan *Gadget* Terhadap Perkembangan Psikososial Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Di TK Swasta Kristen Immanuel. Naskah Publikasi, Universitas Tanjungpura, Pontianak.
5. Buku Pedoman Penanganan dan Pendidikan Autisme YPAC

6. Febriono, M.A. (2017, Juni). Tindakan Preventif Pengaruh Negatif *Gadget* Terhadap Anak. 1 (1). 1-21
7. Dewanti, Widada, Triyono. (2016). Hubungan Keterampilan Sosial dan Penggunaan *Gadget* Smartphone Dengan Prestasi Belajar Siswa SMAN 9 Malang. *Jurnal Kajian Bimbingan dan Konseling*.1 (3)
8. Usman H, Sukandar H, Sutisna M. (2014, Agustus). Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia 3-24 Bulan di Daerah Konflik. (44-49).
9. Sitoyo S. (2015). *Visual Schedule* Terhadap Penurunan *Behavior Problem* Saat Aktivitas Makan dan Buang Air Pada Anak Autis. *Jurnal Ners*; 10 (2):250-255.
10. Chusna, PA. (2017, November). Pengaruh Media *Gadget* Pada Perkembangan Karakter Anak, 17 (2). 315-330.
11. Ayu IM, Nurul R, Gemah N, Yuli S, Titik R. Hubungan Kebiasaan Penggunaan *Gadget* dengan Status Mental Emosional pada Anak Usia Prasekolah. *Jurnal Integrasi Kesehatan dan Sains*. 2019; 1 (1):10-15.



# EFEKTIVITAS EDUKASI KESEHATAN TENTANG SAYUR DENGAN VEGETABEL CARD TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN SISWA SDN 03 POASIA KOTA KENDARI

## *THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION ABOUT VEGETABEL THROUGH VEGETABEL CARD TO INCREASE STUDENT'S KNOWLEDGE AT SDN O3 POASIA KENDARI*

Ari Nofitasari<sup>1</sup>, Islaeli<sup>2</sup>

Program Studi Keperawatan, STIKES Mandala Waluya Kendari<sup>1-4</sup>

Email : [nofitasariari@gmail.com](mailto:nofitasariari@gmail.com)

### ABSTRAK

Konsumsi Sayuran penduduk Indonesia khususnya anak-anak masih belum sesuai dengan anjuran pemerintah yaitu 4-5 porsi sehari. Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia pada anak usia 10 tahun ke atas yang kurang konsumsi sayur dan buah tidak menunjukkan ada perubahan signifikan, yaitu sebesar 93,6 % pada tahun 2007 menjadi 93,5% pada tahun 2013. Data yang diperoleh dari SDN 03 Poasia pada tahun 2019 hasil wawancara dengan 15 orang siswa, 7 orang diantaranya sama sekali tidak minat sayur dan pernah mengalami susah buang air besar, 5 orang kadang-kadang mengkonsumsi sayur, dan 3 orang mengatakan suka mengkonsumsi sayur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas Edukasi Kesehatan Tentang Sayur dengan Vegetabel Card Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari. Jenis Penelitian ini adalah rancangan pra eksperimen dengan desain one group pretest-posttest. Populasi dalam penelitian ini adalah 220 orang, dengan tehnik pengambilan sampel acak berstrata, dengan jumlah sampel 25 orang. Metode analisis menggunakan uji Statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan siswa sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan terjadi peningkatan. Hal tersebut dapat dilihat dari nilai uji statistik diperoleh P-Value = 0.003 oleh karena nilai data tersebut P-Value < 0,05 maka  $H_1$  diterima dan  $H_0$  ditolak, Dapat disimpulkan hal ini menunjukkan bahwa Vegetabel Card efektif terhadap perubahan peningkatan pengetahuan siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari. Diharapkan bagi institusi pelayanan dan institusi lainnya agar memberikan pelatihan bagi petugas kesehatan dan tenaga pendidik untuk melakukan edukasi kesehatan tentang sayur dengan media *vegetabel card* terhadap peningkatan pengetahuan siswa SDN .

**Kata Kunci :** Sayur, Edukasi Kesehatan, Vegetabel Card, Pengetahuan, SDN 03 Poasia Kendari

### ABSTRACT

*Indonesia's vegetable consumption, especially children, is still not in accordance with government recommendations, which is 4-5 servings a day. The result of Indonesian Basic Health Research on children aged 10 years old and over who consume less vegetables and fruits does'nt indicate significance change, that is still at 93.6% in 2007 and became 93.5% in 2013. Data obtained from an interview with 15 students at SDN 03 Poasia in 2019 showed that 7 students had no interest in vegetables and had difficulty in defecating, 5 students sometimes consumed some vegetables, and 3 students like to consume vegetables. The research aimed to determine the effectiveness of health education about vegetables through of vegetable card to increase student's knowledge at SDN 03 Poasia Kendari. This research was pre-experimental with one group of pretest-posttest design. The population was 220 students where 25 of them were taken as sample using stratified random sampling technique. Data were analyzed using Wilcoxon Signed Rank Statical test. The result of the research showed that students knowledge before and after the health education had increased. This can be seen from the statistical test where P-value=0.003 which is < 0.005 so  $H_1$  was accepted and  $H_0$  was rejected, which meant that vegetable card is effective on the change of students knowledge at SDN 03 Poasia Kendari It's expected to the service institution and other institution to provide workshop for health workers and it's also expected to the health educator to hold health education about vegetables through of vegetable card in order to increase students knowledge.*

**Keywords:** *Vegetabel, Health education, vegetable card, students knowledge, SDN 03 Poasia Kendari*

## PENDAHULUAN

Usia sekolah merupakan usia pertumbuhan maksimal. Pertumbuhan dan perkembangan anak dapat maksimal jika terpenuhi salah satu syarat yakni mengkonsumsi makanan yang sehat. Makanan yang baik dan bermanfaat bagi tubuh adalah makanan yang mengandung komponen unsur gizi yakni mengandung karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral. Sumber-sumber ini salah satunya berasal dari sayur-sayuran<sup>1</sup>.

Pola makan yang salah tidak memenuhi menu gizi seimbang dan dapat berakibat pada kesehatan anak sekolah. Anak sekolah bisa saja mengalami kekurangan vitamin A, vitamin C, besi, kalsium, dan seng yang berakibat pada pertumbuhan fisik dan kecerdasan anak. Berbagai kajian menunjukkan bahwa konsumsi sayur yang cukup turut berperan dalam menurunkan risiko sulit buang air besar<sup>2</sup>.

Pengetahuan anak tentang pentingnya konsumsi sayur sangat penting karena berdampak pada sikap dan perilaku mengkonsumsi sayur. Salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan yaitu dengan melakukan edukasi kesehatan dengan menggunakan media kartu atau vegetabel card<sup>3</sup>.

Kegiatan pembelajaran dengan menggunakan media kartu salah satunya vegetabel card yang berisi gambar sayur, kartu yang berwarna sehingga dapat meningkatkan minat belajar mengenai manfaat sayur untuk tubuh. Dengan adanya vegetabel card anak-anak bisa belajar sambil bermain dan sangat baik untuk mengembangkan semangat belajar siswa, pesan yang lebih mudah dipahami, melatih kepekaan siswa terhadap suatu objek dan merangsang daya imajinasi sehingga siswa mudah mengenali objek-objek yang ada disekitarnya<sup>2</sup>.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia pada anak usia 10 tahun ke atas yang kurang konsumsi sayur dan buah menunjukkan tidak ada perubahan signifikan, yaitu sebesar 93,6% pada tahun 2007 menjadi 93,5% pada tahun 2013<sup>4</sup>. Penduduk dikategorikan 'cukup' konsumsi sayur dan buah apabila mengonsumsi sayur atau buah (kombinasi sayur dan buah) minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas, proporsi kurang makan buah atau sayur dan rerata konsumsi buah dan sayur per hari dalam seminggu pada penduduk umur 5 tahun ke atas di provinsi Sulawesi Tenggara sebanyak 93,7% dan proporsi konsumsi buah atau sayur per hari dalam seminggu pada penduduk umur di atas 5 tahun di provinsi Sulawesi Tenggara yang tidak konsumsi buah dan sayur sebanyak 11,1%<sup>5</sup>.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah rancangan pra eksperimen dengan desain *one group pretest-posttest* adalah rancangan eksperimen yang dilakukan pada satu kelompok subjek tanpa kelompok pembanding. Atau satu kelompok eksperimen diukur variabel dependennya (*pretest*) kemudian diberi stimulus, kemudian diukur lagi variabel dependennya (*posttest*) tanpa ada kelompok pembanding. Populasi dalam penelitian ini adalah 220 orang, dengan teknik pengambilan sampel acak berstrata, dengan jumlah sampel 25 orang. Metode analisis menggunakan uji Sattistik Wilcoxon Signed Rank Test.

## HASIL

### Hasil Univariat

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Sebelum Dilakukan Edukasi tentang Sayur dengan Vegetabel Card di SDN 03 Poasia Kota Kendari**

No	Tingkat Pengetahuan	n	%
1	Kurang	18	72
2	Cukup	7	28
	Total	25	100

Tabel 1. Menunjukkan bahwa jumlah responden terbanyak dari tingkat pengetahuan tentang sayur sebelum dilakukan edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card* dengan kategori kurang sebanyak 18 responden (72%) dan kategori cukup sebanyak 7 responden (28%).

**Tabel 2**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Sesudah Dilakukan Edukasi tentang Sayur dengan Media Vegetabel Card di SDN 03 Poasia Kota Kendari**

No	Tingkat Pengetahuan	n	%
1	Kurang	9	36
2	Cukup	16	64
Total		25	100

Tabel 2. Menunjukkan bahwa jumlah responden terbanyak dari tingkat pengetahuan tentang sayur sesudah dilakukan edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card* dengan kategori kurang sebanyak 9 responden (36%) dan kategori cukup sebanyak 16 responden (64%).

#### Hasil Bivariat Uji Normalitas Data

**Tabel 3**  
**Uji Statistik Normalitas Data Efektivitas Edukasi tentang Sayur dengan Media Vegetabel Card Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari**

Pengetahuan	<i>P-value</i>	$\alpha$	Kesimpulan
Sebelum	0,002	0,05	Tidak Normal
Sesudah	0,148	0,05	Normal

Tabel 3. Menunjukkan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan uji normalitas peningkatan pengetahuan siswa SDN 03 Poasia menggunakan uji *Kolmogorov-simirov Test* dengan taraf signifikan yang ditetapkan adalah  $P\text{-Value} < 0,05$  sehingga diperoleh hasil tingkat pengetahuan sebelum dilakukan edukasi tentang sayur dengan media *vegetabel card* adalah 0,002 dan hasil perubahan tingkat pengetahuan sesudah dilakukan edukasi tentang sayur dengan media *vegetabel card* adalah 0,148 oleh karena itu uji normalitas data setelah diberikan edukasi tentang sayur dengan media *vegetabel card* adalah  $P\text{-Value} > 0,05$  maka diambil kesimpulan bahwa distribusi kelompok data adalah tidak normal, sehingga uji statistik yang digunakan adalah uji statistik *non parametrik* yaitu *Wilcoxon*.

#### Analisis Efektivitas Edukasi tentang Sayur dengan Media Vegetabel Card terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa

**Tabel 4**  
**Uji Statistik Efektivitas Edukasi tentang Sayur dengan Media Vegetabel Card Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari**

Pengetahuan	<i>P-Value</i>	$\alpha$	Kesimpulan
Pre Test – Post test	0,003	0,05	$H_0$ ditolak

Tabel 4. Menunjukkan bahwa hasil uji *Wilcoxon signed* diperoleh nilai tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan edukasi tentang sayur dengan media *vegetabel card* diperoleh  $P\text{-Value} = 0.003$  oleh karena nilai data tersebut  $P\text{-Value} < \alpha$  ( 0,05), sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Oleh karena itu hal ini menunjukkan bahwa media *Vegetabel Card* efektif terhadap perubahan peningkatan pengetahuan siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari Tahun 2019.

#### PEMBAHASAN

Penggunaan media secara kreatif akan memungkinkan audien untuk belajar lebih baik, media kartu merupakan salah satu media visual yang tidak diproyeksikan. Kegiatan pembelajaran dengan menggunakan media kartu salah satunya *vegetabel card* yang berisi gambar sayur, kartu yang berwarna,

isi dari *vegetabel card* yang berisi 10 nama dan jenis sayuran diperoleh dari konsumsi sayuran sehari-hari seperti tauge, kacang panjang, daun katuk, daun kelor, terong, wortel, bayam merah, labu kuning, sawi dan buncis yang bisa dikonsumsi oleh anak dan mudah didapatkan dipasar-pasar tradisional.

Dengan menggunakan media *Vegetabel Card* merupakan cara edukasi terhadap responden dengan memberikan edukasi tentang sayur menggunakan metode belajar sambil bermain dan sangat baik untuk mengembangkan semangat belajar siswa, pesan yang lebih mudah dipahami, melatih kepekaan siswa terhadap suatu objek dan merangsang daya imajinasi sehingga siswa mudah mengenali objek-objek yang ada disekitarnya dapat meningkatkan minat belajar mengenai manfaat sayur untuk tubuh<sup>2</sup>

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan tentang sayuran pada responden, penelitian ini menggunakan instrument dalam bentuk kuesioner yang berisi soal yang berjumlah 10 soal dan *Vegetabel Card* sebagai media atau alat bantu dalam penyampaian informasi. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan tentang sayuran sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

Setelah diberikan edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card* dari 25 responden terdapat 16 orang responden yang mengalami perubahan tingkat pengetahuan dikarenakan peneliti telah memberikan edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card* dan siswa yang mengalami peningkatan pengetahuan menyimak dengan baik dan serius sehingga mereka bisa menangkap materi edukasi.

Sementara 5 orang responden mengalami peningkatan pengetahuan, namun tidak masuk dalam kategori cukup sesuai dengan kriteria objektif dimana kategori (Cukup bila jawaban responden < 50%) dan kategori (Kurang bila jawaban responden ≤50%), 3 orang responden mengalami penurunan dikarenakan kurang teliti dalam mengerjakan soal yang ada dalam kuisisioner, 1 orang responden menetap tidak mengalami peningkatan dan penurunan dikarenakan kurang menyimak saat mengikuti edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card*. Dari 10 soal yang ada dalam kuisisioner, soal terbanyak yang dijawab benar oleh responden yaitu soal nomor 1 pada pre tes terdapat 22 responden menjawab benar dan pada post test 25 responden menjawab benar dan soal yang paling banyak dijawab salah oleh responden yaitu soal nomor 2 dikarenakan responden kurang menyimak saat peneliti melakukan edukasi.

Pada responden yang telah mengikuti edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card* yang telah dilakukan dengan satu kali edukasi dari 25 responden dibagi dalam 5 kelompok di SDN 03 Poasia Kota Kendari dapat mengalami peningkatan pengetahuan hal ini di buktikan dengan hasil adanya perbedaan rata-rata skor yang diperoleh responden sebelum dan sesudah di berikan edukasi tentang sayur dengan media *Vegetabel Card*.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Dina Fadhilah (2018) dengan judul penelitian “Efektivitas Penyuluhan tentang Sayuran Menggunakan Media Kartu Sayuran terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Sekolah Dasar” di dapatkan hasil bahwa terdapat Peningkatan Pengetahuan setelah dilakukan perlakuan atau tindakan, sehingga dapat disimpulkan Efektivitas Penyuluhan tentang Sayuran Menggunakan Media Kartu Sayuran Efektif terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa<sup>2</sup>.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil pengolahan data yang telah dilakukan, diperoleh kesimpulan bahwa Media *Vegetabel Card* Efektif Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SDN 03 Poasia Kota Kendari .

## DAFTAR PUSTAKA

1. Susanto A. Teori Belajar dan Pembelajaran di Sekolah Dasar. Indonesia: Kencana Prenada Media Group; 2013.
2. Fadhilah D. Pengembangan Media Kartu Sayuran Sebagai Media Pembelajaran Untuk Siswa Sekolah Dasar. Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta. [Yogyakarta]: Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta; 2017.
3. Putri RM. Gambaran Pengetahuan Sayur Anak Usia 5-12 Tahun di Yayasan Eleos Indonesia Desa Sukodadi Kecamatan Wagir Kabupaten Malang. J Ilmu Keperawatan. 2017 Nov;5(1):74–80.
4. Pradigdo DHSRAF. Faktor Risiko Kurang Konsumsi Buah Dan Sayur Pada Anak Usia Sekolah Dasar. J Kesehat Masy. 2017;5(Volume 5, Nomor 4):638–47.
5. Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018.

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN CARA PENCEGAHAN KEPUTIHAN PADA IBU HAMIL DI RUMAH SAKIT DEWI SARTIKA

## THE RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE WITH THE WAY OF PREVENTION OF FLUOR ALBOUS IN PREGNANT MOTHERS IN THE DEWI SARTIKA HOSPITAL

La Ode Alifariki<sup>1</sup>, Saida<sup>2</sup>, Adius Kusnan<sup>3</sup>  
Fakultas Kedokteran, Universitas Halu Oleo<sup>1,2,3</sup>  
<sup>1</sup> Email : [ners\\_riki@yahoo.co.id](mailto:ners_riki@yahoo.co.id)

### ABSTRAK

Peningkatan kadar hormon estrogen menyebabkan peningkatan kadar air dalam mukus serviks dan meningkatkan produksi glikogen oleh sel-sel epitel mukosa superfisial pada dinding vagina, sehingga sekret vagina bertambah banyak, kemudian mengalir keluar, dan disebut sebagai keputihan. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan cara pencegahan keputihan pada ibu hamil di Rumah Sakit Dewi Sartika. Jenis penelitian adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. populasi penelitian adalah semua ibu hamil dengan keputihan di RSUD Dewi Sartika Tahun 2017 (periode Januari sampai Agustus) yang berjumlah 69 orang. Sampel berjumlah 40 orang dengan teknik *accidental sampling*. Uji statistik yang digunakan adalah *chi square* pada nilai  $\alpha = 0,05$ . Hasil penelitian menunjukkan bahwa Ibu hamil mengalami keputihan pada rentang usia 28 – 31 tahun yaitu 22 responden (55,0%), mayoritas ibu hamil mengalami keputihan pada usia kehamilan memasuki trimester kedua yaitu 13 responden (32,5%), dan ibu dengan pekerjaan IRT mengalami keputihan paling banyak yaitu 20 responden (50,0 %). Ada hubungan pengetahuan dengan cara pencegahan keputihan pada ibu hamil di RSUD Dewi Satika Kota Kendari tahun 2017, dengan nilai *q value* = 0,001. Kesimpulan penelitian adalah ibu yang mempunyai pengetahuan baik akan cenderung melakukan pencegahan keputihan.

**Kata kunci** : Keputihan, Pengetahuan, RSUD Dewi Sartika

### ABSTRACT

*Increased levels of the hormone estrogen cause an increase in water levels in cervical mucus and increase glycogen production by superficial mucosal epithelial cells in the vaginal wall, so that vaginal secretions multiply, then flow out, and are referred to as vaginal discharge. The purpose of this study was to determine the relationship of knowledge with how to prevent vaginal discharge in pregnant women at Dewi Sartika Hospital. This type of research is observational analytic with cross sectional approach. The study population was all pregnant women with vaginal discharge at Dewi Sartika General Hospital in 2017 (January to August period), amounting to 69 people. The sample was 40 people with accidental sampling technique. The statistical test used was chi square at  $\alpha = 0.05$ . The results showed that pregnant women experienced vaginal discharge in the age range of 28 - 31 years, namely 22 respondents (55.0%), the majority of pregnant women experienced vaginal discharge at the age of pregnancy entering the second trimester, namely 13 respondents (32.5%), and mothers with work IRT experienced the most vaginal discharge, namely 20 respondents (50.0%). There is a relationship of knowledge with how to prevent vaginal discharge in pregnant women at Dewi Satika Hospital in Kendari City in 2017, with a value of *p value* = 0.001. The conclusion of the study is mothers who have good knowledge will tend to prevent vaginal discharge.*

**Keywords:** *Leucorrhoea, Knowledge, Dewi Sartika Public Hospital*

### PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan suatu proses yang melibatkan berbagai perubahan hormonal di dalam tubuh. Setelah terjadinya nidasi pada dinding endometrium, hormon estrogen dan progesteron akan terus meningkat secara perlahan hingga kehamilan berakhir. Peningkatan kadar estrogen mulai terjadi pada usia gestasi 11 minggu dan terus meningkat hingga 24 minggu, lalu sedikit menurun untuk kemudian meningkat kembali <sup>1</sup>.

Peningkatan kadar hormon estrogen menyebabkan peningkatan kadar air dalam mukus serviks dan meningkatkan produksi glikogen oleh sel-sel epitel mukosa superfisial pada dinding vagina, sehingga sekret vagina bertambah banyak, kemudian mengalir keluar, dan disebut sebagai keputihan. Glikogen merupakan sumber makanan mikroorganisme di dalam vagina, sehingga peningkatan kadar hormon estrogen pada akhirnya meningkatkan risiko terjadinya keputihan patologis<sup>2</sup>.

Selama kehamilan, sebagian besar keputihan yang terjadi merupakan keputihan fisiologis. Namun, ketika terjadi infeksi mikroorganisme pada saluran genitalia, maka akan terjadi keputihan patologis. Keputihan patologis yang paling sering terjadi pada ibu hamil adalah vaginosis bakterial, trikomoniasis, dan kandidiasis<sup>1</sup>.

Terjadinya keputihan patologis dapat disebabkan oleh pertumbuhan flora normal yang berlebihan maupun tumbuhnya mikroorganisme selain flora normal di vagina. Komposisi flora vagina tersebut sangat bergantung pada tingkat higienitas diri seseorang. Higienitas diri sehubungan dengan terjadinya keputihan dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu higienitas organ genitalia eksterna, higienitas menstruasi, dan higienitas koitus. Terjadinya keputihan berhubungan secara signifikan dengan tingkat higienitas organ genitalia eksternal<sup>1</sup>.

Menurut data dari World Health Organization (WHO), angka kejadian *vaginosis* bakterial pada ibu hamil berkisar 14-21% di negara Eropa, di Jepang 13,6%, di Thailand 15,9%, dan di Indonesia 32%<sup>3</sup>.

Kebanyakan ibu hamil dengan infeksi vagina pada usia 18 – 30 tahun 57,4%, usia 31-40 tahun 45,45%. Multigravida (82,72%) mengalami infeksi vagina lebih tinggi dibandingkan primigravida (17,27%). Kehamilan trimester I menunjukkan 50%, trimester III 45,23%. Berdasarkan tingkat pendidikan, SD 35,9%, SMP 35,1%, SMA 34,6%, Perguruan Tinggi 18,2%<sup>4</sup>.

Di Sulawesi Tenggara di dapatkan bahwa angka keputihan pada ibu hamil berkisar 70% per 100.000 kehamilan<sup>5</sup>. Dan berdasarkan data awal dari Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang memeriksakan diri pada tahun 2015 sebanyak 2.115 orang, dan yang mengalami keputihan sebanyak 12 orang, 4 orang ibu hamil mengalami keputihan patologis dan 8 orang ibu hamil keputihan fisiologis. Pada tahun 2016 ada peningkatan jumlah ibu hamil yang memeriksakan diri sebanyak 3.194 orang, dan yang mengalami keputihan meningkat pula menjadi 55 orang, 20 orang ibu hamil diantaranya terkena keputihan patologis dan 35 orang ibu hamil terkena keputihan fisiologis. Dan pada tahun 2017 (periode Januari dan Agustus) ibu hamil yang memeriksakan diri 1745 orang, dan yang mengalami keputihan telah mencapai angka 69 orang ibu hamil, 25 orang ibu hamil terkena keputihan patologis dan 44 orang ibu hamil terkena keputihan fisiologis<sup>6</sup>.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Srinalesti Mahanani dan Debby Natalia di Poli KIA Rumah Sakit Batis Kediri pada tahun 2015, perilaku ibu hamil yang jarang melakukan perawatan pada organ intim (vagina) karena menganggap keputihan yang terjadi pada saat kehamilan adalah hal yang biasa terjadi<sup>7</sup>.

Keputihan patologis dapat menimbulkan komplikasi bagi kehamilan, baik bagi ibu maupun bagi janin yang dikandung. Komplikasi yang terjadi dapat berupa korioamnionitis, gangguan pertumbuhan janin, ketuban pecah dini, kelahiran prematur, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), abortus spontan, dan endometritis post partum<sup>7</sup>.

Menurut penelitian di Rumah Sakit Thapathali, Kathmandu, Nepal, 39% dari wanita hamil menderita vaginitis. Dari keseluruhan penderita tersebut 52,6% menderita vaginosis bakterial, 29,5% kandidiasis, dan 1,3% trikomoniasis. Infeksi vagina terjadi pada wanita dengan kehamilan ketiga. Di Havana City, Kuba, angka kejadian *kandidiasis* 42,3% dan trikomoniasis 9,84%.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah analitik observasional dengan pendekatan cross sectional. populasi penelitian adalah semua ibu hamil dengan keputihan di RSUD Dewi Sartika yang berjumlah 69 orang. Sampel berjumlah 40 orang dengan teknik accidental sampling. Data penelitian diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Variabel independen penelitian adalah pengetahuan ibu hamil sedangkan variabel dependennya adalah cara pencegahan keputihan. Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dari ibu hamil. Uji statistik yang digunakan adalah chi square pada nilai  $\alpha = 0,05$ .

## HASIL

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Ibu Hamil**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
20 – 23	6	15,0
24 – 27	10	25,0
28 – 31	22	55,0
32 – 35	1	2,5
36 – 39	1	2,5
Usia kehamilan		
Trimester I	11	27,5
Trimester II	29	72,5
Jumlah Anak		
Pertama	18	45,0
Kedua	17	42,5
Ketiga	4	10,0
Keempat	1	2,5
Pekerjaan		
IRT	20	50,0
PNS	4	10,0
Swasta	16	40,0

**Tabel 2**  
**Analisis Univariat dan Bivariat**

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	p value
Pengetahuan			
Baik	22	55,0	0,001
Kurang	18	45,0	
Cara Pencegahan Keputihan			
Baik	19	47,5	
Kurang	21	52,5	

## PEMBAHASAN

### Umur

Berdasarkan hasil analisis karakteristik responden, umur responden terbanyak mengalami keputihan pada rentang umur 28 – 31 tahun yaitu 22 responden (55,0%). Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Penyebab kematian maternal dari faktor reproduksi diantaranya adalah maternal age (usia ibu). Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 sampai 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun<sup>8</sup>.

Keputihan dimulai pada saat wanita telah mendapatkan menstruasi, jadi tidak ada ketentuan umur khusus ibu hamil terkena keputihan, karena keputihan pada ibu hamil merupakan hal yang normal, namun apabila ibu hamil tidak dapat mengatasi dan mencegahnya akan berakibat buruk pada janin yang dikandungnya. Jadi dapat disimpulkan ibu hamil paling banyak terkena keputihan pada usia 28 – 31 tahun.

### Usia Kehamilan

Berdasarkan hasil analisis karakteristik responden, umur kehamilan responden terbanyak pada rentang 16 – 19 minggu yaitu 13 responden (32,5%). Kehamilan berlangsung selama 9 bulan menurut

penanggalan internasional, 10 bulan menurut penanggalan luar, atau sekitar 40 minggu. Kehamilan dibagi menjadi tiga periode bulanan atau trimester. Trimester pertama adalah periode minggu pertama sampai minggu ke 13. Trimester kedua adalah periode minggu ke 14 sampai ke minggu ke 26. Trimester ke tiga, minggu ke 27 sampai kehamilan cukup 38 – 40 minggu.

Dari hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa ibu hamil yang mengalami keputihan berada pada trimester kedua. Hal ini dapat disebabkan meningkatnya hormon pada ibu hamil, sehingga keputihan pada ibu hamil akan semakin banyak. Jadi dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang mengalami keputihan paling banyak pada trimester kedua kehamilan.

### **Jumlah Anak**

Berdasarkan hasil analisis karakteristik responden, mayoritas ibu mengandung anak pertama yaitu sebanyak 18 responden (45,0%). Memiliki anak merupakan harapan dari setiap orang tua, karena dengan memiliki anak, akan menambah kebahagiaan dalam rumah tangga. Mengandung anak yang pertama akan menjadi pengalaman tersendiri bagi seorang ibu. Ibu yang hamil untuk pertama kali akan selalu berusaha menjaga jani yang ada di kandungannya.

Ibu yang hamil untuk pertama kalinya akan selalu fokus pemenuhan nutrisi bagi dirinya dan bayinya. Sehingga ibu terkadang melupakan personal hygiene bagi ibu. Terjadinya keputihan yang patologis pada saat hamil banyak disebabkan oleh karena ibu tidak memperhatikan vaginal hygiene.

### **Pekerjaan**

Berdasarkan hasil analisis karakteristik responden, mayoritas pekerjaan responden adalah IRT yaitu sebanyak 20 responden (50,0 %). Pekerjaan ibu sangat berpengaruh dalam kehamilan ibu. Aktivitas sehari-hari yang dilakukan ibu hamil akan berefek negatif dan positif pada proses melahirkan. Ibu yang menjadi seorang ibu rumah tangga akan dengan mudah mengontrol aktivitas sehari-hari selama hamil, sedangkan ibu yang mempunyai peran ganda yaitu sebagai ibu rumah tangga dan juga bekerja di luar rumah akan sulit mengatur pola aktivitasnya.

Dengan perubahan fisik dan psikis yang semakin berubah pada saat ibu hamil memasuki trimester III. Maka ibu seringkali merasakan kesulitan untuk beraktivitas. Pada saat menjelang persalinan ibu hamil harus lebih mempersiapkan aspek psikis, terutama ibu yang baru pertama kali melahirkan, melakukan aktivitas yang tidak membosankan merupakan salah satu cara untuk mendukung mental ibu sebelum bersalin. Pekerjaan tidak menjadi penyebab dari keputihan pada ibu hamil. Karena keputihan pada saat hamil dialami oleh semua ibu hamil, baik itu dia bekerja maupun tidak bekerja. Jadi dapat disimpulkan bahwa pekerjaan ibu sebagai IRT saja, dapat mempermudah proses kehamilannya.

### **Pengetahuan Ibu**

Berdasarkan hasil uji univariat didapatkan ibu dengan pengetahuan baik sebanyak 22 orang (55,0%). Hasil ini sejalan dengan pendapat tentang pengetahuan *a posteriori*. Pengetahuan *a posteriori* adalah pengetahuan yang terjadi karena adanya pengalaman. Pengetahuan ini diperoleh melalui cara berpikir yang berlandaskan pada pengetahuan yang khusus ke umum. Pengetahuan ibu yang baik diperoleh dari pengalaman ibu dalam menghadapi kejadian keputihan<sup>9</sup>.

Keputihan pada ibu hamil adalah wajar, namun ibu akan tetap menjaga setiap kemungkinan agar tidak terjadi keputihan patologis. Dengan pengalaman yang dimiliki ibu akan sangat mudah mengatasi gejala atau tanda-tanda keputihan. Pengalaman ibu dapat dilihat dari master tabel, dari 22 orang yang berpengetahuan baik, hanya 9 orang ibu yang mengandung anak pertama, sedangkan 13 ibu mengandung anak kedua atau ketiga, artinya sumber pengetahuan ibu tentang keputihan berdasarkan pada pengalaman ibu pada kehamilan sebelumnya.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan ibu dengan pengetahuan kurang sebanyak 18 ibu (45,%). Hal ini dikarenakan kurangnya motivasi atau minat dari ibu sendiri, karena apabila dilihat dari master tabel ibu dengan pengetahuan kurang hanya 8 ibu yang baru pertama kali mengalami kehamilan, sedangkan 9 ibu telah mengalami kehamilan yang kedua, dan 1 orang ibu telah hamil untuk yang ketiga kalinya.



Sejalan dengan teori bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu minat. Minat merupakan suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni sesuatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam<sup>10</sup>.

### **Cara Pencegahan Keputihan**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 19 ibu (47,5%) melakukan pencegahan keputihan dengan baik. Hal ini disebabkan karena perilaku atau tindakan seseorang sangat dipengaruhi dengan pengetahuannya, semakin baik pengetahuan seseorang maka akan semakin baik pula perilakunya. Begitu pula pada kasus keputihan, ibu yang memiliki pengetahuan baik tentu dapat mencegah efek buruk dari keputihan yang dialaminya. Hal ini dapat dilihat pada master tabel dari 19 ibu yang melakukan pencegahan keputihan dengan baik, 15 ibu memiliki pengetahuan yang baik tentang keputihan.

Hal ini sejalan dengan teori pengetahuan (*knowledge*) adalah merupakan hasil "tahu", dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga<sup>9</sup>.

Dari hasil penelitian didapatkan 21 ibu (52,5%) kurang dalam melakukan pencegahan keputihan yang dialami. Hal ini disebabkan karena disamping faktor pengetahuan ibu yang kurang, masih ada faktor lain yang menyebabkan ibu tidak melakukan pencegahan keputihan dengan baik. Hasil penelitian bahwa dari 14 ibu yang kurang dalam pencegahan keputihan dan juga berpengetahuan kurang, dan hanya 7 ibu dengan pengetahuan baik.

### **Hubungan Pengetahuan dengan Cara Pencegahan Keputihan pada Ibu Hamil**

Berdasarkan hasil uji bivariat didapatkan ibu dengan pengetahuan baik dan cara pencegahan keputihan baik adalah 16 ibu (40,0%). Hal ini disebabkan karena ibu dengan pengetahuan tentang keputihan yang baik tentunya akan melakukan tindakan yang tepat dalam mencegah atau mengatasi keputihan yang dialami. Dengan pengetahuan yang dimiliki ibu hamil akan melakukan pemeriksaan lebih lanjut kepada tenaga kesehatan apabila ada gejala keputihan yang dirasakan, terutama ibu hamil yang memiliki riwayat keputihan dikarenakan jamur, sangat disarankan untuk melakukan pemeriksaan. Pengetahuan yang baik dari ibu hamil juga diperoleh dari ingatan sebelumnya yang telah dialami.

Sejalan dengan teori tentang pengetahuan bahwa pengetahuan adalah sebagai ingatan atas bahan-bahan yang telah dipelajari dan mungkin menyangkut tentang mengingat kembali sekumpulan bahan yang luas dari hal-hal yang terperinci untuk teori, tetapi apa yang diberikan adalah menggunakan ingatan atas keterangan yang sesuai<sup>11</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 6 ibu (15,0%) yang memiliki pengetahuan baik namun cara pencegahan keputihan yang kurang. Hal ini disebabkan karena pengetahuan seseorang tidak menjamin seseorang melakukan hal yang baik. Seperti halnya pada pencegahan keputihan pada ibu hamil. Tindakan ibu dalam pencegahan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain sikap, pengalaman ibu, dan juga dukungan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 3 ibu (7,5%) memiliki pengetahuan yang kurang tetapi melakukan pencegahan keputihan dengan baik. Hal ini disebabkan karena tindakan pencegahan keputihan tidak hanya berdasar pada pengetahuan semata, tetapi juga dapat juga dipengaruhi oleh motivasi ibu untuk mencegah efek negative dari keputihan yang dialami.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh 15 ibu (37,5%) memiliki pengetahuan kurang dan kurang dalam melakukan tindakan pencegahan terhadap keputihan. Hal ini disebabkan karena ibu dengan pengetahuan yang kurang dapat dipastikan akan melakukan tindakan yang salah, oleh karena itu sangat dibutuhkan dukungan informasi dari tenaga kesehatan agar ibu dapat mencegah efek negatif dari keputihan.

Berdasarkan hasil penelitian yang menggunakan Chi-Square dengan Fisher Exact test ditemukan nilai  $q$  value = 0,001 dan  $\alpha = 0,005$ . Syarat uji Fisher adalah  $H_0$  ditolak jika  $q$  value lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$ . Karena  $q$  value  $\leq \alpha$ , maka dinyatakan  $H_0$  ditolak atau  $H_a$  diterima. Artinya bahwa ada hubungan pengetahuan dengan cara pencegahan keputihan pada ibu hamil di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari.

Keputihan saat hamil bisa berdampak fatal bagi ibu hamil. Keputihan yang bisa menyebabkan keluhan adalah keputihan patologis atau keputihan tidak normal. Keputihan memang hal wajar yang sering dialami oleh wanita, namun tidak semua keputihan adalah hal wajar. Wanita mengalami keputihan ada yang sebelum menstruasi ada pula setelah menstruasi. Sedangkan pada ibu hamil, keputihan yang terjadi cairannya bisa lebih banyak dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Cairan keputihan yang banyak ini bermanfaat untuk menjadi penghalang kuman, virus dan bakteri yang akan masuk ke dalam rahim<sup>10</sup>

Keputihan terutama yang sifatnya patologis tidak bisa diremehkan begitu saja. Ibu hamil harus mengetahui apa saja bahaya keputihan patologis. Pengetahuan ibu hamil tentang keputihan patologis bermanfaat bagi ibu hamil. Manfaat itu adalah untuk mencegah dan mengobati keputihan jika ibu mengalami indikasi atau tanda-tanda keputihan patologis<sup>12</sup>.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa ada hubungan pengetahuan ibu tentang keputihan dengan cara pencegahan keputihan pada ibu<sup>13</sup>. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa keputihan semasa hamil menjadi salah satu faktor ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu hamil<sup>14</sup>.

Dari master tabel penelitian dapat dilihat bahwa 18 ibu mengalami kehamilan untuk pertama kalinya. Sehingga pengalaman dalam pencegahan bahaya keputihan masih sangat kurang. Hal ini sejalan dengan pendapat yang menyatakan bahwa pengalaman seseorang dapat menjadi salah satu sumber dari pengetahuan orang tersebut, semakin banyak pengalaman yang telah dilalui maka semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki seseorang<sup>9</sup>.

## SIMPULAN

Ibu hamil mengalami keputihan pada rentang usia 28 – 31 tahun yaitu 22 responden (55,0%), mayoritas ibu hamil mengalami keputihan pada usia kehamilan memasuki trimester kedua yaitu 13 responden (32,5%), dan ibu dengan pekerjaan IRT mengalami keputihan paling banyak yaitu 20 responden (50,0 %). Ada hubungan pengetahuan dengan cara pencegahan keputihan pada ibu hamil di RSUD Dewi Sartika Kota Kendari tahun 2017, dengan nilai  $p$  value = 0,001.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Elizabeth. Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2015.
2. Diyan. Aplikasi Konsep dan Teori Keperawatan Maternitas Postpartum dengan kematian janin. Yogyakarta: Ar-ruzz Media; 2013.
3. Anggraini SWM ENP. Prevalensi dan Karakteristik Wanita Hamil Penderita Bacterial Vaginosis di Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. 2012.
4. Parveen, Aishaa., Paras Wani. MJS. Evaluation Of Knowledge Of Perception And Coping Strategies Of Perimenopausal Women Through Self Instructional Module (SIM). Int J Sci Technol Res. 2012;1(7).
5. BPS Sultra. . Propinsi Sulawesi Tenggara Dalam Angka. In Kendari: BPS Press; 2016.
6. RSUD Dewi Sartika. Profil Rumah Sakit Dewi Sartika. In Kendari; 2017.
7. Srinalesti Dan Debby Natalia. Perawatan Organ Reproduksi Dan Kejadian Keputihan Pada Ibu Hamil. E-Jurnal STIKES U" Budiyah. 2015;8(2).
8. Sarwono. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2008.
9. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2012.
10. Mubarak W.I., Lilis I. JS. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
11. Ngatimin. Konsep Pengetahuan. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
12. Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. edisi 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2009.
13. Sartje Ellen Degasou Linnie Pondaag Jill Lolong. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Keputihan Di Poliklinik Obstetri/Ginekologi RSUD. Pancaran Kasih GMIM Manado Tahun 2014. 2016.
14. Damayanti. Panduan Lengkap Keterampilan Dasar Kebidanan I. Yogyakarta: DEEPUB- LISH; 2012.

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN KETERATURAN MEMBAYAR IURAN PADA PESERTA BPJS KESEHATAN MANDIRI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUUWATU KOTA KENDARI

## RELATED KNOWLEDGE AND ATTITUDES WITH THE PAYMENTS IN PARTICIPANTS BPJS REGULAR PAYMENT HEALTH IN THE WORKING AREAS OF PUBLIC HEALTH CENTER PUUWATU IN KENDARI CITY

Sri Mulyani<sup>1</sup>

Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKES Mandala Waluya Kendari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Email : [Mulyani0870@gmail.com](mailto:Mulyani0870@gmail.com)

### ABSTRAK

Jumlah kepesertaan Badan Pengelola Jaminan Sosial Bidang Kesehatan Mandiri di Puskesmas Puuwatu tahun 2016 berjumlah 204 orang dengan tunggakan BPJS Mandiri berjumlah 86 orang (42,2%) dan tahun 2017 kepesertaan berjumlah 246 orang berdasarkan data sampai bulan Juni 2017 yang menunggak berjumlah 112 orang (45,5%). Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari. Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *Cross Sectional Study*. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 06 Juli sampai dengan 20 Agustus 2017. Populasi semua peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang bekerja dan memiliki pendapatan di wilayah kerja Puskesmas Puuwatu berjumlah 106 orang. Sampel diambil dengan teknik *Proportional Random Sampling* berjumlah 84 orang. Analisis *Chi square* dan koefisien kontingensi ( $\phi$ ). Hasil penelitian diperoleh pengetahuan  $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$  (33,213 > 3,841),  $q < \alpha$  (0,000 < 0,05) dan  $\phi = 0,5323$ , sikap  $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$  (24,218 > 3,841),  $q < \alpha$  (0,000 < 0,05) dan  $\phi = 0,4731$ , artinya ada hubungan pengetahuan dan sikap dengan keteraturan membayar iuran pada Peserta BPJS Kesehatan Mandiri. Saran bagi Puskesmas Puuwatu Kota Kendari agar memberikan penyuluhan tentang besaran iuran premi, kepemilikan salah satu rekening dari Bank yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, lokasi akses pembayaran premi BPJS Kesehatan Mandiri.

**Kata kunci** : Iuran, BPJS, Pengetahuan, Sikap

### ABSTRACT

The number of Social Security Management Board membership in the Puuwatu Health Center in 2016 was 204 people with 86 BPJS arrears in total (42.2%) and in 2017 there were 246 people based on data up to June 2017 which amounted to 112 people (45, 5%). The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge and attitude with the regularity of paying contributions to BPJS Mandiri Health participants in the Work Area of Puuwatu Health Center, Kendari City. This type of quantitative research with cross sectional study design. The research was conducted on July 6 to August 20 2017. The population of all BPJS Mandiri Health participants who worked and had income in the working area of Puuwatu Health Center was 106 people. Samples were taken with Proportional Random Sampling technique totaling 84 people. Chi square analysis and contingency coefficient ( $\phi$ ). The research results obtained knowledge  $X^2$  count >  $X^2$  tabel (33.213 > 3.841),  $p < \alpha$  (0.000 < 0.05) and  $\phi = 0.5323$ , attitude  $X^2$  count >  $X^2$  tabel (24.218 > 3.841),  $p < \alpha$  (0.000 < 0.05) and  $\phi = 0.4731$ , meaning that there is a relationship between knowledge and attitude with the regularity of paying contributions to BPJS Mandiri Health Participants. Suggestions for Puuwatu Health Center in Kendari City to provide counseling about the amount of premium contributions, ownership of one of the accounts of the Bank in collaboration with BPJS Health, access location for premium payment of BPJS Health Mandiri.

**Keywords** : Contributions, BPJS, Knowledge, Attitudes

### PENDAHULUAN

Hak dasar kesehatan setiap manusia merupakan bagian dari hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal itu telah diamanatkan oleh UUD 1945 pasal 28. Untuk itulah Pemerintah Indonesia telah meluncurkan program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada Tahun 2014<sup>(1)</sup>.

BPJS Kesehatan yang dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk Masyarakat secara Nasional, berdasarkan data Kementerian Kesehatan, jumlah Puskesmas diseluruh Indonesia tahun 2015 harus menyelenggarakan program jaminan sosial berjumlah 9.655 Puskesmas terdiri dari 3.317 unit Puskesmas Rawat Inap dan 6.338 unit Puskesmas Non Rawat Inap. Semua Puskesmas yang tersebar diseluruh Kecamatan yang minimum terdapat satu Puskesmas ditiap Kecamatan<sup>(2)</sup>.

Keteraturan membayar iuran Peserta BPJS masih merupakan salah satu permasalahan sampai saat ini berkaitan dengan iuran BPJS, berdasarkan evaluasi setiap tahunnya yang paling banyak menunggak berasal dari peserta mandiri atau peserta yang mendaftar secara perorangan. Kepesertaan BPJS mandiri yang semakin meningkat masih belum sejalan dengan keteraturannya dalam membayar iuran. Tahun 2015 kepesertaan BPJS di Indonesia berjumlah 145 juta penduduk dengan masalah 40% dari total peserta mandiri tidak teratur dalam membayar iuran bulanan. Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta Jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS. Data jumlah penduduk di Indonesia yang memanfaatkan pelayanan dengan BPJS di Puskesmas tahun 2015 berjumlah 74.014.293 jiwa (30,24%) dari jumlah penduduk, dan tahun 2016 meningkat menjadi 76.286.980 jiwa (30,71%) dari jumlah penduduk. Sedangkan pelayanan kesehatan selain Puskesmas yang dituju adalah praktik dokter, poliklinik dan rumah sakit swasta yang bekerjasama dengan BPJS<sup>(3)</sup>.

Permasalahan sampai saat ini berkaitan dengan iuran BPJS yaitu besaran pembayaran yang dibebankan kepada masyarakat yang berstatus mandiri kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan pemerintah. Mandiri yang dimaksud yaitu setiap orang bukan pekerja pemerintahan wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta jaminan kesehatan kepada BPJS Kesehatan dengan membayar iuran. Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Tunggakan dalam pembayaran yaitu iuran tidak dibayarkan minimal selama 3 bulan berturut-turut dibayarkan kepada BPJS Kesehatan<sup>(4)</sup>.

Kepesertaan BPJS di Sulawesi Tenggara pada tahun 2015 berjumlah 1.267.795 orang (46,95%) dari jumlah penduduk dan meningkat tahun 2016 berjumlah 1.324.000 orang (49,03%) dari jumlah penduduk Sulawesi Tenggara, ditargetkan tahun 2019 harus 100% warga negara masuk dalam kepesertaan BPJS. Salah satu permasalahan yang ditemukan adalah keteraturan membayar iuran pada Peserta BPJS Kesehatan Mandiri. Pada tahun 2015 akibat tidak teraturnya membayar iuran tercatat tunggakan mencapai 60% peserta. Puskesmas di Sulawesi Tenggara berjumlah 264 unit terdiri dari 79 Puskesmas Rawat Inap dan 185 Puskesmas Non Rawat Inap, pada tahun 2015 penduduk yang memanfaatkan pelayanan dengan BPJS di Puskesmas mencapai 13,67% dari jumlah penduduk dan tahun 2016 penduduk yang memanfaatkan pelayanan BPJS di Puskesmas meningkat menjadi 17,87% dari jumlah penduduk<sup>(5)</sup>.

Data kepesertaan BPJS di wilayah Kota Kendari tahun 2015 dari Kantor BPJS Kesehatan cabang Kota Kendari berjumlah 118,760 jiwa dengan peserta BPJS mandiri berjumlah 35.478 peserta (10,56%), permasalahan keteraturan membayar iuran adanya yang menunggak pembayaran iuran tahun 2015 berjumlah 15.915 (44,86%), tahun 2016 jumlah peserta meningkat menjadi 193.259 jiwa dengan peserta BPJS mandiri berjumlah 24.078 jiwa (7,13%) berdasarkan informasi tidak teraturnya membayar iuran sehingga menunggak dikarenakan masih kurangnya kesadaran masyarakat dalam memenuhi kewajibannya membayar premi itu (BPJS Kesehatan Cabang Kendari, 2016). Jumlah Puskesmas di Kota Kendari berjumlah 15 unit terdiri dari 5 Puskesmas Rawat Inap dan 10 Puskesmas Non Rawat Inap. Jumlah masyarakat yang memanfaatkan Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Kendari berdasarkan data pemanfaatan pelayanan kesehatan dibandingkan jumlah penduduk pada tahun 2015 berjumlah 33,06% dari jumlah penduduk dan tahun 2016 jumlah penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas berjumlah 33,06% dari jumlah penduduk. Sosialisasi tentang BPJS yang telah dilakukan Dinas Kesehatan Kota Kendari cenderung masih kurang, hanya sekali pada tahun 2016 di masing-masing wilayah Puskesmas<sup>(6)</sup>.

Puskesmas Puuwatu merupakan salah satu pelayanan kesehatan di Kota Kendari, berdasarkan data jumlah kepesertaan BPJS Mandiri pada tahun 2016 berjumlah 204 orang dengan tunggakan BPJS

Mandiri berjumlah 86 orang (42,2%) dan tahun 2017 kepesertaan berjumlah 246 orang berdasarkan data sampai bulan Juni 2017 yang menunggak berjumlah 112 orang (45,5%). Pemilihan subjek penelitian didasarkan pada peserta yang bekerja dan memiliki pendapatan, berdasarkan data peserta BPJS mandiri yang bekerja dan memiliki pendapatan berjumlah 106 peserta<sup>(7)</sup>.

Berdasarkan fenomena tersebut menunjukkan bahwa di wilayah Puskesmas Puuwatu peserta yang menunggak masih cukup tinggi. Berdasarkan informasi dari kantor BPJS cabang Kota Kendari setelah terdaftar beberapa peserta kurang tertib membayar iuran, mereka baru membayar iuran dan melunasi tunggakan ketika jatuh sakit dan harus menjalani rawat inap. Ketidakteraturan peserta JKN dalam membayar iuran akan berdampak pada penjaminan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tersedia. Apabila pasien peserta mandiri belum membayar iuran, maka pasien peserta mandiri diwajibkan untuk melunasi iuran yang belum dibayarkan, dan jika tidak melunasi iuran tersebut maka pasien peserta mandiri tidak dapat menggunakan sebagai penjamin dari biaya pelayanan di fasilitas kesehatan. Hal tersebut berdampak pada pasien yang harus menjadi pasien umum sehingga pasien/keluarga harus menanggung beban biaya perawatan sendiri karena tidak lagi dijamin oleh BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan keteraturan membayar iuran pada Peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional Study* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat<sup>(8)</sup>. Pada penelitian ini mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, pendapatan dan akses kemudahan pembayaran dengan keteraturan pembayaran iuran Peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari. Populasi dalam penelitian ini adalah semua peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang bekerja dan memiliki pendapatan di wilayah kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2017 berjumlah 106 orang dan jumlah sampel sebanyak 84 orang.

Teknik pengambilan sampel menggunakan *Proportional Random Sampling* bertujuan agar mewakili dari setiap kelurahan dalam wilayah kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari dengan menyesuaikan kriteria sampel, pengambilan dengan teknik tersebut yaitu dengan cara berdasarkan data jumlah peserta BPJS Mandiri diberikan penomoran per peserta BPJS Mandiri setelah itu dilakukan pengacakan dengan sistim undian dengan menyesuaikan kriteria yang ditentukan apabila tidak sesuai maka diundi lagi sampai diperoleh sesuai dengan kriteria sampel.

Sumber data terdiri dari data primer yang diperoleh dengan wawancara langsung terhadap responden dengan menggunakan kuesioner di rumah masing-masing, data primer yang dimaksud meliputi dari karakteristik responden, pengetahuan, sikap, pendapatan dan akses kemudahan pembayaran dan keteraturan pembayaran iuran Peserta BPJS Kesehatan Mandiri. Dan data sekunder, yang diperoleh dari pencatatan dan pelaporan dari Puskesmas Puuwatu Kota Kendari, BPJS Cabang Kota Kendari, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. Data sekunder terdiri dari data kepesertaan BPJS, tunggakan BPJS dan profil Puskesmas Puuwatu Kota Kendari serta informasi yang dibutuhkan saat penelitian termasuk referensi jurnal dan buku. Data diolah secara manual (*Tally Count*) dengan bantuan komputerisasi dan analisis menggunakan program SPSS versi 16,00. Dalam pengolahan data meliputi *Pengeditan data (Editing)*, *Pengkodean (Coding)*, *Pemberian skor (Scoring)* dan *Memasukkan data (Entry)*. Data dianalisis secara univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel dalam presentase, dan analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan variabel independen dengan variabel dependen menggunakan uji *Chi-Square*.

## HASIL

### Karakteristik Responden

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden jenis kelamin laki-laki sebanyak 46 responden (54,8%), berpendidikan SMU sebanyak 53 responden (63,1%), memiliki keteraturan membayar iuran peserta BPJS Kesehatan Mandiri terbanyak tidak teratur sebanyak 54 responden (64,3%), memiliki

pengetahuan kurang tentang keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri sebanyak 59 responden (70,2%) dan memiliki sikap yang kurang tentang keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri sebanyak 53 responden (63,1%).

**Tabel 1**  
**Karakteristik Responden**

Variabel	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	38	45.2
Laki-Laki	46	54.8
<b>Pendidikan</b>		
SMP	13	15.5
SMU	53	63.1
Perguruan Tinggi	18	21.4
<b>Pekerjaan</b>		
Karyawan/ti	55	65.5
Wiraswasta	29	34.5
<b>Keteraturan Membayar Iuran Peserta BPJS Kesehatan Mandiri</b>		
Tidak Teratur	54	64,3
Teratur	30	35,7
<b>Pengetahuan</b>		
Kurang	59	70,2
Cukup	25	29,8
<b>Sikap</b>		
Kurang	53	63,1
Cukup	31	36,9

#### Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat pengetahuan dan sikap dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2**  
**Hasil Analisis Bivariat**

Variabel	Keteraturan Membayar Iuran pada Peserta BPJS Kesehatan Mandiri				Jumlah		Hasil Uji Chi-Square
	Tidak Teratur		Teratur				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Pengetahuan</b>							
Kurang	50	84,7	9	15,3	59	100	$X^2_{hitung} = 33,213$
Cukup	4	16,0	21	84,0	25	100	$q = 0,000$
							$\{ = 0,5323$
<b>Sikap</b>							
Kurang	45	84,9	8	15,1	53	100	$X^2_{hitung} = 24,218$
Cukup	9	29,0	22	71,0	31	100	$q = 0,000$
							$\{ = 0,4731$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 59 responden yang pengetahuannya kurang terdiri dari tidak teratur membayar iuran berjumlah 50 responden (84,7%) dan teratur membayar iuran berjumlah 9 responden (15,3%). Sedangkan 25 responden yang pengetahuannya cukup terdiri dari tidak

teratur membayar iuran berjumlah 4 responden (16,0%) dan teratur membayar iuran berjumlah 21 responden (84,0%). Hasil analisis bivariat menggunakan analisis *Chi square* berdasarkan nilai *Continuity Correction* diperoleh  $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$  ( $33,213 > 3,841$ ) dengan nilai  $q < \alpha$  ( $0,000 < 0,05$ ), maka sesuai hipotesis  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari. Selanjutnya dari uji keamatan hubungan diperoleh  $\lambda = 0,5323$  artinya hubungan tersebut sedang, karena sesuai standar berada dalam kisaran 0,401-0,600.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat 53 responden yang sikapnya kurang terdiri dari tidak teratur membayar iuran berjumlah 45 responden (84,9%) dan teratur membayar iuran berjumlah 8 responden (15,1%). Sedangkan 31 responden yang sikapnya cukup terdiri dari tidak teratur membayar iuran berjumlah 9 responden (29,0%) dan teratur membayar iuran berjumlah 22 responden (71,0%). Hasil analisis bivariat menggunakan analisis *Chi square* berdasarkan nilai *Continuity Correction* diperoleh  $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$  ( $24,218 > 3,841$ ) dengan nilai  $q < \alpha$  ( $0,000 < 0,05$ ), maka sesuai hipotesis  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada hubungan antara sikap dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari. Selanjutnya dari uji keamatan hubungan diperoleh  $\lambda = 0,4731$  artinya hubungan tersebut sedang, karena sesuai standar berada dalam kisaran 0,401-0,600.

## PEMBAHASAN

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah hal-hal yang diketahui responden tentang BPJS dan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri. Hasil penelitian diperoleh terbanyak responden yang pengetahuannya kurang berjumlah 59 orang (70,2%), hal ini menunjukkan secara umum pengetahuan responden masih kurang, kurangnya pengetahuan berdasarkan jawaban responden di kuesioner yang dominan karena tidak mengetahui bahwa besaran iuran premi peserta mandiri sebesar 4,5% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 0,5% dibayar oleh peserta, tidak mengetahui bahwa peserta yang berstatus mandiri yang belum/tidak memiliki rekening harus memiliki salah satu rekening dari Bank yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, yaitu BRI, BNI dan Bank Mandiri dan peserta tidak dikenakan biaya administrasi, tidak mengetahui bahwa keterlambatan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak, tidak mengetahui bahwa penjaminan atau keaktifan BPJS akan dihentikan sementara jika keterlambatan pembayaran iuran lebih dari 6 bulan.

Adanya 50 responden (84,7%) dengan pengetahuan kurang tidak teratur dalam membayar iuran, hal ini terjadi karena tidak mengetahui atau tidak memahami sehingga tidak memiliki kesadaran untuk membayar yang berdampak tidak teratur dalam membayar iuran, tanggungan pembayaran tidak hanya sendiri sehingga seluruh anggota keluarga terutama yang tidak memiliki pekerjaan dan penghasilan harus dibayarkan sehingga memberatkan, selain itu menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang memiliki pengetahuan kurang cenderung tidak teratur membayar iuran, karena jumlahnya lebih besar dibandingkan yang teratur, berdasarkan hal tersebut artinya pengetahuan merupakan penyebab perilaku peserta BPJS Mandiri dalam membayar iuran. Berdasarkan pengalaman perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Selanjutnya 9 orang (15,3%) yang pengetahuannya kurang tetapi teratur membayar iuran BPJS Kesehatan Mandiri, hal ini terjadi karena memiliki kesadaran dalam membayar iuran, artinya tidak hanya pengetahuan dapat menyebabkan seorang peserta BPJS kesehatan Mandiri membayar iuran tetapi dapat disebabkan faktor lainnya seperti pendapatannya mencukupi untuk membayar setiap bulannya, faktor lainnya dari eksternal seperti tidak pernah ada sosialisasi dari petugas kesehatan atau petugas kantor BPJS tentang pembayaran BPJS kesehatan Mandiri.

Responden yang memiliki pengetahuan cukup berjumlah 25 responden (29,8%) karena mengetahui tentang BPJS dan kewajiban membayar iuran sehingga membayar iuran tepat waktu. Sesuai kuesioner yang dominan diketahui yaitu pengertian iuran premi jaminan kesehatan, besaran iuran premi berdasarkan ruang perawatan dan pembayaran iuran premi BPJS dapat dilakukan manual dengan membayar langsung ke Kantor BPJS dan melalui online atau Bank yang bekerjasama dengan BPJS. Adanya 21 orang (84,0%) dengan pengetahuan cukup teratur dalam membayar iuran, menunjukkan

bahwa keteraturan karena mengetahui tentang pentingnya membayar iuran, selain itu karena mendapatkan informasi tentang BPJS, hal ini menunjukkan bahwa karena mengetahui tentang BPJS dan cara pembayaran sehingga tumbuh kesadaran dalam dirinya untuk membayar tepat waktu. Selanjutnya 4 orang (16,0%) dengan pengetahuan cukup tidak teratur, hal ini menunjukkan bahwa walaupun pengetahuannya cukup tetapi disekitar wilayah tempat tinggalnya jauh dari tempat pembayaran sehingga belum membayar dengan alasan karena belum menggunakan BPJS dan iuran JKN harus dibayar seumur hidup, selain itu beban pembayaran anggota keluarga pada umumnya ditanggung oleh peserta yang bekerja sehingga memberatkan dan tidak teratur dalam membayar iuran.

Analisis *Chi Square* menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari karena berdasarkan hasil uji statistik menggunakan analisis *Chi square* diperoleh nilai  $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$  ( $33,213 > 3,841$ ) dan nilai  $\{ = 0,5323$  artinya hubungan tersebut sedang. Hubungan ini menunjukkan pengetahuan merupakan faktor internal pada diri seseorang yang penting sebagai dasar dalam bertindak. Untuk mengatasi hal tersebut perlu BPJS Kesehatan menyurati setiap peserta yang teratur bayar iuran. Pengetahuan merupakan informasi yang didapatkan oleh seseorang sehingga dapat meningkatkan pemahaman akan informasi tersebut, begitu pula pada peserta yang memiliki asuransi kesehatan, dan telah mendapatkan informasi mengenai kewajiban sebagai peserta asuransi kesehatan sehingga pengetahuan peserta akan semakin meningkat dan hal tersebut juga dapat meningkatkan keinginan peserta untuk membayar iuran sesuai dengan ketentuan dari badan penyelenggara karena peserta telah memiliki pengetahuan mengenai kewajibannya sebagai peserta asuransi kesehatan<sup>(9)</sup>. Sebaliknya pada peserta yang memiliki pengetahuan yang rendah akan informasi mengenai kewajiban sebagai pemilik asuransi kesehatan dapat menurunkan keinginan peserta dalam memenuhi kewajibannya seperti halnya dalam membayar iuran karena peserta masih belum mendapatkan pengetahuan yang cukup mengenai kepemilikan asuransi kesehatan<sup>(10)</sup>. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Mokomban bahwa ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan peserta mandiri dalam membayar iuran jaminan kesehatan nasional di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado<sup>(11)</sup>.

Sikap responden dalam penelitian ini adalah tanggapan responden tentang BPJS dan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri. Hasil penelitian diperoleh terbanyak responden yang sikapnya kurang berjumlah 53 orang (63,1%), hal ini menunjukkan secara umum sikap responden masih kurang, kurangnya sikap berdasarkan jawaban responden di kuesioner yang dominan karena rata-rata jawaban netral yang artinya masih banyak yang ragu-ragu atau belum sepenuhnya memahami tentang BPJS dan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri. Adanya 45 orang (84,9%) dengan sikap kurang tidak teratur dalam membayar iuran, hal ini terjadi karena tidak memahami dan berdampak kurangnya kesadaran untuk membayar sehingga teratur dalam membayar iuran, selain itu menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan Mandiri yang memiliki sikap kurang cenderung teratur membayar iuran, karena jumlahnya lebih besar dibandingkan yang tidak teratur, berdasarkan hal tersebut artinya sikap merupakan penyebab perilaku peserta BPJS Mandiri dalam membayar iuran. Hal ini sesuai dengan teori menurut Notoatmodjo, bahwa semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut. Sikap terbentuk dari pengetahuan yang dapat mendorong seseorang untuk berusaha memperoleh informasi lebih banyak mengenai sesuatu yang dianggap perlu dipahami lebih lanjut atau dianggap penting<sup>(12)</sup>. Selanjutnya 8 orang (15,1%) yang sikapnya kurang teratur membayar iuran BPJS Kesehatan Mandiri, hal ini terjadi karena memiliki kesadaran dalam membayar iuran, artinya tidak hanya sikap dapat menyebabkan seorang peserta BPJS kesehatan Mandiri membayar iuran tetapi dapat disebabkan faktor lainnya seperti pendapatannya mencukupi untuk membayar setiap bulannya, faktor lainnya dari eksternal seperti tidak pernah ada sosialisasi dari petugas kesehatan atau petugas kantor BPJS tentang pembayaran BPJS kesehatan Mandiri.

Responden yang memiliki sikap cukup berjumlah 31 orang (36,9%) karena memahami tentang BPJS dan kewajiban membayar iuran sehingga membayar iuran tepat waktu. Sesuai kuesioner yang dominan sikapnya baik yaitu menyetujui bahwa setiap peserta BPJS Mandiri harus membayar iuran pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh). Adanya 22 orang (71,0%) dengan



sikap cukup teratur dalam membayar iuran, hal ini menunjukkan bahwa karena memahami tentang BPJS dan cara pembayaran sehingga tumbuh kesadaran dalam dirinya untuk membayar tepat waktu. Selanjutnya 40 responden (26,3%) dengan sikap cukup tidak teratur, hal ini terjadi karena walaupun memahami tentang BPJS tetapi disekitar wilayah tempat tinggalnya jauh dari tempat pembayaran sehingga belum membayar dengan alasan karena belum pernah menggunakan BPJS atau belum sakit sehingga belum membayar iuran tepat waktu.

Analisis *Chi Square* menunjukkan terdapat hubungan antara sikap dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari karena berdasarkan hasil uji statistik menggunakan analisis *Chi square* diperoleh nilai  $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$  ( $24,218 > 3,841$ ) dan nilai  $\chi = 0,4731$  artinya hubungan tersebut sedang. Hubungan sedang karena sikap merupakan faktor internal pada diri seseorang yang penting sebagai dasar dalam bertindak. Sikap merupakan tanggapan seseorang sehingga mencerminkan pemahaman akan informasi tersebut, begitu pula pada peserta yang memiliki asuransi kesehatan, dan telah memahami tentang informasi mengenai kewajiban sebagai peserta asuransi kesehatan sehingga apabila berpendapat yang baik maka akan menumbuhkan rasa atau keinginan peserta untuk membayar iuran sesuai dengan ketentuan dari badan penyelenggara<sup>(13)</sup>. Sebaliknya pada peserta yang memiliki sikap yang kurang dapat menurunkan keinginan peserta dalam memenuhi kewajibannya seperti halnya dalam membayar iuran karena peserta masih belum memahami mengenai kewajiban dalam pembayaran asuransi kesehatan. Hasil ini penelitian ini sejalan dengan penelitian Ahyani bahwa ada hubungan sikap dengan keteraturan membayar iuran pada peserta BPJS Mandiri Di Wilayah Kantor Cabang Boyolali<sup>(14)</sup>.

## SIMPULAN

1. Ada hubungan pengetahuan dengan keteraturan membayar iuran peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari.
2. Ada hubungan sikap dengan keteraturan membayar iuran peserta BPJS Kesehatan Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes R. Buku Saku Faq (Frequently Asked Question) Bpjs Kesehatan. Jakarta; 2013.
2. Nasional Kpp, Nasional Bpp. Bappenas.(2014). Rencana Pitalebar Indonesia (Indonesia Broadband Plan). 2014;2019.
3. Kesehatan Bpjs. Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kemenkes Ri Dan Direktur Utama Bpjs Kesehatan Nomor 3 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fktp. Jakarta; 2016.
4. Kesehatan B. Panduan Layanan Bagi Peserta Bpjs Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Ri. 2014.
5. Tenggara Dkps. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2015. Kendari: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. 2016.
6. Kendari Dkk. Profil Dinas Kesehatan Kota Kendari. 2017.
7. Puuwatu P. Profil Puskesmas Puuwatu Tahun 2017. 2017.
8. Notoadmodjo S. Metode Penelitian Kesehatan, Pt Rineka Cipta. Jakarta; 2010.
9. Ranti E. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Peserta Mandiri Dalam Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Di Kelurahan Lubuk Buaya Tahun 2017: Universitas Andalas; 2017.
10. Rohmawati D. Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Sosial Ekonomi Dengan Pemilihan Jenis Iuran Keikutsertaan Jkn Mandiri Pada Wilayah Cakupan Jkn Tertinggi Di Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2014.
11. Mokolomban C, Mandagi Ck, Korompis Ge. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Peserta Mandiri Dalam Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. Kesmas. 2018;7(4).

12. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2010;200:26-35.
13. Mila U. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengankepatuhan Peserta Mandiri Kelas Iii Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Solok Tahun 2015: Upt. Perpustakaan; 2015.
14. Ahyani A, Tht-Kl Iss. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Niat Ketidapatuhan Dalam Membayar Iuran Premi Peserta Mandiri Bpjs Kesehatan Di Wilayah Kantor Cabang Boyolali: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2018.

# STUDI IMPLEMENTASI PROGRAM GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT (GERMAS) DI KOTA KENDARI

## STUDY ON PROGRAM IMPLEMENTATION OF HEALTHY LIVING COMMUNITY MOVEMENT (GERMAS) IN KENDARI CITY

Yusuf Sabilu<sup>1</sup>, Jafriati<sup>2</sup>, Nurmaladewi<sup>3</sup>, Rastika Dwiyantri Liaran<sup>4</sup>,  
Syawal Kamiluddin Saptaputra<sup>5</sup>, Adryan Fristiohady Lubis<sup>6</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1-5</sup>

Fakultas Farmasi, Universitas Halu Oleo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Email: yusufsabilu@yahoo.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Bappenas di awal tahun 2016 telah meluncurkan program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dilaksanakan dan didukung oleh semua lintas sektor terkait guna menurunkan prevalensi penyakit hingga 50% dan untuk tercapainya hidup sehat. Kecenderungan pola hidup tidak sehat yang semakin meluas, terutama di perkotaan perlu diantisipasi. Beberapa perilaku hidup tidak sehat di antaranya pola makan tidak teratur, kurangnya asupan sayur dan buah, lebih senang makanan berlemak dan bergaram tinggi, pola tidur tidak teratur, kurang aktivitas fisik, polusi udara, berbagai tekanan atau masalah yang memicu stress olehnya itu agar kondisi tubuh tetap sehat dan bugar, sangat bijaksana jika masyarakat mulai menerapkan pola hidup sehat sedini mungkin. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui bagaimana implementasi program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat di Kota Kendari. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional. **Populasi penelitian ini** adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari dan Kepala Puskesmas se-Kota Kendari. **Hasil:** Implementasi program GERMAS di Kota Kendari terbagi atas tiga program yaitu aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, dan pemeriksaan kesehatan rutin. Ada tiga kegiatan aktivitas fisik yang dilakukan yakni senam untuk lanjut usia, senam jantung sehat, dan senam bersama anak sekolah. Ada tiga model promosi kesehatan terkait konsumsi buah dan sayur yakni promosi kesehatan door to door dan promosi kesehatan dengan menggunakan media (leaflet, spanduk, dll) yang dilakukan oleh semua puskesmas serta penyajian buah pada saat senam untuk lanjut usia sebagai upaya menggiatkan konsumsi buah. Beberapa jenis pemeriksaan kesehatan yang dilakukan yakni cek tekanan darah, cek kolesterol, pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lingkar perut yang dilakukan oleh seluruh puskesmas (100%) serta cek gula darah (80%), pemeriksaan payudara klinis (13,3%) dan deteksi kanker rahim (pap smear) (13,3%). **Kesimpulan:** program aktivitas fisik yang dilakukan oleh puskesmas di Kota Kendari yakni senam untuk lanjut usia, senam jantung sehat, dan senam bersama anak sekolah. Program promosi kesehatan terkait konsumsi buah dan sayur dilakukan dalam beberapa metode yakni promosi kesehatan door to door, menggunakan media (leaflet, spanduk, dll) dan penyajian buah. Pemeriksaan kesehatan rutin yang dilakukan yakni cek tekanan darah, cek kolesterol, pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lingkar perut.

**Kata Kunci:** Implementasi, Gerakan, Masyarakat, Hidup, Sehat

### ABSTRACT

**Introduction:** In the beginning of 2016, Bappenas launched the Healthy Living Community Movement (GERMAS) program which was implemented and supported by all related sectors in order to decrease the prevalence of the diseases by 50% and to achieve healthy living. The trend of unhealthy lifestyles is increasingly widespread, especially in urban areas needed to be prevented. Some unhealthy living habits are irregular eating patterns, less intake of vegetables and fruit, more fatty and high-salt foods, irregular sleep patterns, lack of physical activity, air pollution, various pressures or stress triggers, and therefore the community has to start to apply live healthy patterns as early as possible. **Objective:** the aim of this study is to find out how the implementation of the Healthy Living Movement Program in Kendari City. **Method:** This is descriptive research with observational research. The population of this research is the Head of Health Office of Kendari City and Head of Health Centers in Kendari City. **Results:** The GERMAS implementation program in Kendari City is divided into three programs, namely physical activity, vegetable and fruit consumption, and routine health checks. There are three physical activities that are done for elderly people, healthy-heart gymnastics, and gymnastics with school children. There are three promotion models related to fruit and vegetable health such as door-to-door health promotion and health promotion using media (leaflets, banners, etc.), conducted by all health centers and fruit presentations at gymnastics to further assist in intensifying fruit consumption. Several types of health checks carried out are blood pressure checks, cholesterol checks, measurements of Body Mass Index (BMI) and stomach circumference carried out by all health centers (100%) and blood sugar checks (80%), blood cancer tests (13.3%) and detection of uterine cancer (pap smear) (13.3%). **Conclusion:** the physical activity program carried out by the health center in Kendari City is

*gymnastics for the elderly people, healthy-heart gymnastics, and gymnastics with school children. Health promotion programs related to fruit and vegetable consumption are carried out in several methods, namely door-to-door health promotion, using media (leaflets, banners, etc.) and fruit serving. Routine health checks include blood pressure checks, cholesterol checks, measurements of Body Mass Index (BMI) and abdominal circumference.*

**Keywords:** *Implementation, Movement, Community, Life, Healthy*

## **PENDAHULUAN**

Indonesia saat ini mengalami transisi epidemiologi yang ditandai dengan meningkatnya kematian dan kesakitan akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti stroke, jantung, diabetes dan lain-lain. Meskipun kesakitan dan kematian akibat penyakit menular (PM) semakin menurun, prevalensi penyakit secara umum masih cukup tinggi. Periode 1990-2015, pola kematian akibat PTM semakin meningkat (37% menjadi 57%), akibat PM menurun (56% menjadi 38%) dan akibat kecelakaan akan meningkat (7% menjadi 13%), dan tren ini kemungkinan akan berlanjut seiring dengan perubahan perilaku hidup (pola makan dengan gizi tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, merokok, dll)<sup>1</sup>.

Upaya menurunkan prevalensi penyakit hingga 50% dan untuk tercapainya hidup sehat di awal tahun 2016 Bappenas telah meluncurkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dilaksanakan dan didukung oleh semua lintas sektor terkait. GERMAS yang diprakarsai oleh Wakil Presiden, Drs. M. Jusuf Kalla dan disusun oleh Bappenas bersama Kementerian Kesehatan serta lintas sektor terkait, bertujuan 1) menurunkan beban penyakit menular dan penyakit tidak menular, baik kematian maupun kecacatan; 2) menghindarkan terjadinya penurunan produktivitas penduduk; dan 3) menurunkan beban pembiayaan pelayanan kesehatan karena meningkatnya penyakit dan pengeluaran kesehatan. Sejalan dengan berlangsungnya GERMAS, Kementerian Kesehatan dan jajarannya memulai program keluarga sehat, yaitu program yang dilaksanakan oleh Puskesmas dengan sasaran utama adalah keluarga. Program keluarga sehat mengutamakan upaya promotif dan preventif yang disertai dengan penguatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), kunjungan rumah secara aktif untuk peningkatan jangkauan dan total cakupan dan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*)<sup>2</sup>.

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. Tujuan Khusus GERMAS 2016 yaitu melakukan aktivitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, memeriksa kesehatan secara rutin, membersihkan lingkungan, dan menggunakan jamban. Pada tahun 2017, fokus GERMAS pada tiga kegiatan, yaitu: 1) Melakukan aktivitas fisik 30 menit per hari, 2) Mengonsumsi buah dan sayur; dan 3) Memeriksa kesehatan secara rutin. Tiga kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, dilakukan saat ini juga, dan tidak membutuhkan biaya yang besar, menurut Menteri kesehatan<sup>1</sup>.

Kecenderungan pola hidup tidak sehat yang semakin meluas, terutama di perkotaan perlu diantisipasi. Beberapa perilaku hidup tidak sehat di antaranya pola makan tidak teratur, kurangnya asupan sayur dan buah, lebih senang makanan berlemak dan bergaram tinggi, pola tidur tidak teratur, kurang aktivitas fisik, polusi udara yang semakin pekat, berbagai tekanan atau masalah yang memicu stress, serta depresi. Semua itu akan membuat tubuh semakin rentan terhadap penyakit, olehnya itu agar kondisi tubuh tetap sehat dan bugar, sangat bijaksana jika masyarakat mulai menerapkan pola hidup sehat sedini mungkin<sup>3</sup>.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional. Populasi penelitian ini adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari dan Kepala Puskesmas se-Kota Kendari. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *total sampling*, yaitu seluruh populasi dijadikan sampel dalam penelitian<sup>4</sup>. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan menggunakan kuesioner, wawancara, dan observasi.

## HASIL

**Tabel 1**  
**Distribusi Kegiatan Aktivitas Fisik di Puskesmas se-Kota Kendari**

No.	Jenis Kegiatan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1.	Senam untuk lanjut usia	15	100	0	0
2.	Senam jantung sehat	3	20	12	80
3.	Senam bersama anak sekolah	3	20	12	80

Tabel 1 menunjukkan bahwa ada tiga kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas di Kota Kendari yakni senam untuk lanjut usia, senam jantung sehat, dan senam bersama anak sekolah. Senam untuk lanjut usia merupakan program utama bagi puskesmas di Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia (Posyandu Lansia) yang dilakukan oleh semua puskesmas (100%) sedangkan senam jantung sehat dan senam bersama anak sekolah belum semuanya menerapkan karena kegiatan ini merupakan tambahan kreativitas pihak puskesmas untuk menjangkau masyarakat usia produktif dan anak sekolah.

**Tabel 2**  
**Distribusi Kegiatan Promosi Konsumsi Sayur dan Buah di Puskesmas se-Kota Kendari**

No.	Jenis Kegiatan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1.	Promosi kesehatan <i>door to door</i>	15	100	0	0
2.	Promosi kesehatan dengan media (leaflet, spanduk, dll)	15	100	0	0
3.	Penyajian buah pada saat senam untuk lanjut usia	2	13,3	13	86,7

Tabel 2 menunjukkan bahwa ada tiga model promosi kesehatan terkait konsumsi buah dan sayur di puskesmas yakni promosi kesehatan *door to door* dan promosi kesehatan dengan menggunakan media (leaflet, spanduk, dll) yang dilakukan oleh semua puskesmas serta penyajian buah pada saat senam untuk lanjut usia sebagai upaya menggiatkan konsumsi buah namun masih sedikit yang melakukan (13,3%).

**Tabel 3**  
**Distribusi Kegiatan Pemeriksaan Kesehatan Secara Rutin di Puskesmas se-Kota Kendari**

No.	Jenis Kegiatan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1.	Cek tekanan darah	15	100	0	0
2.	Cek gula darah	12	80	3	20
3.	Cek kolesterol	15	100	0	0
4.	Pemeriksaan payudara klinis	2	13,3	13	86,7
5.	Deteksi kanker rahim ( <i>pap smear</i> )	2	13,3	13	86,7
6.	Pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lingkar perut	15	100	0	0

Tabel 3 menunjukkan bahwa ada beberapa pemeriksaan yang dilakukan oleh puskesmas yakni cek tekanan darah, cek kolesterol, pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lingkar perut yang dilakukan oleh seluruh puskesmas (100%) serta cek gula darah (80%), pemeriksaan payudara klinis (13,3%) dan deteksi kanker rahim (*pap smear*) (13,3%). Pemeriksaan dilakukan oleh dokter dan perawat di puskesmas dan bersifat gratis bagi anggota BPJS.

## PEMBAHASAN

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) adalah suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Implementasi GERMAS merupakan tanggung jawab lintas sector sesuai dengan Instruksi Presiden No. 1 tahun 2017<sup>5</sup>. Pencanangan dan kampanye GERMAS di Sulawesi Tenggara dicanangkan oleh Wakil Gubernur bertepatan dengan Rakerkesda 2017 yang dilanjutkan di beberapa kabupaten/kota. Sosialisasi pertama kali dilakukan tahun 2017 oleh pihak pemerintah Walikota Kendari bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Kendari dimana melalui Instruksi Walikota Kendari No.1 Tahun 2017 digelar seminar yang dilaksanakan di Aula Walikota Kendari dimana pihak pemerintah mengundang semua Kepala Puskesmas se-Kota Kendari beserta staf bidang promosi kesehatan dan juga kader untuk membangun komitmen bersama dalam upaya menurunkan beban penyakit menular dan tidak menular baik kematian maupun kecacatan serta menghindarkan terjadinya produktifitas penduduk dan menurunkan beban pembiayaan pelayanan kesehatan<sup>6</sup>.

Semua program GERMAS disosialisasikan ke seluruh pihak puskesmas yakni 1) melakukan aktivitas fisik, 2) mengonsumsi sayur dan buah 3) tidak merokok, 4) tidak mengonsumsi alkohol, 5) memeriksa kesehatan secara rutin, 6) membersihkan lingkungan, dan 7) menggunakan jamban tetapi hanya beberapa kegiatan saja yang menjadi fokus utama yang dilaksanakan secara nasional yaitu 1) melakukan aktivitas fisik, 2) konsumsi buah dan sayur, dan 3)periksa kesehatan secara rutin. Penanggungjawab kegiatan GERMAS adalah programer bidang promosi kesehatan di masing-masing puskesmas

### Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah kegiatan dalam durasi waktu tertentu yang membutuhkan energy dan pergerakan otot-otot kerangka. Aktivitas fisik merupakan salah satu bentuk kegiatan GERMAS yang dimaksudkan untuk meningkatkan kesehatan tubuh seluruh masyarakat. Tubuh manusia diciptakan Tuhan untuk bergerak, agar manusia dapat melakukan aktivitas. Aktivitas fisik yang teratur dan menjadi satu kebiasaan akan meningkatkan ketahanan fisik. Aktivitas fisik dapat ditingkatkan menjadi latihan fisik bila dilakukan secara baik, benar, teratur dan terukur. Latihan fisik dapat meningkatkan ketahanan fisik, kesehatan dan kebugaran. Tujuan dari aktivitas fisik ialah meningkatkan ketahanan fisik, kesehatan dan kebugaran masyarakat. Sasarannya ialah seluruh masyarakat terutama anak sekolah, ibu hamil, pekerja dan lansia. Aktivitas fisik merupakan bagian dari kehidupan setiap orang dewasa maupun pekerja. Untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran perlu dilakukan latihan fisik dan olahraga teratur, yang dapat dilakukan secara perorangan atau berkelompok<sup>7</sup>.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua puskesmas yang tersebar di Kota Kendari telah melaksanakan kegiatan fisik untuk mendukung penyelenggaraan program GERMAS. Bentuk Aktivitas fisik yang dilakukan oleh puskesmas se-Kota Kendari adalah kegiatan senam lanjut usia, senam bersama anak sekolah, dan senam jantung sehat. Kegiatan ini dibantu oleh kader-kader puskesmas dalam pelaksanaannya.

Masyarakat lanjut usia merupakan kelompok yang fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses degeneratif (penuaan), sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada lanjut usia. Selain itu proses degeneratif menurunkan daya tahan tubuh sehingga rentan terkena infeksi penyakit menular sehingga yang harus diperhatikan pada lanjut usia adalah bahwa penyakit kronis dan kecacatan di usia tua mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan dan merupakan tantangan bagi keluarga, masyarakat dan pemerintah secara nasional. Oleh karena itu, perlu dilakukan intervensi sejak dini sesuai dengan tahapan siklus hidup, agar ketika memasuki masa lanjut usia, mereka tidak sakit-sakitan, lemah, dan kurang mandiri. Untuk mewujudkan lanjut usia sehat berkualitas, harus dilakukan pembinaan kesehatan sedini mungkin dan selama siklus hidup manusia sampai memasuki masa lanjutusia dengan meminimalkan faktor risiko yang harus dihindari dan memaksimalkan faktor protektif yang dapat melindungi dan meningkatkan status kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat lansia yang dilakukan di Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia (Posyandu Lansia) atau Pos Pembinaan Terpadu Lanjut Usia (Posbindu Lansia). Masyarakat yang tergolong lanjut usia sangat antusias mengikuti kegiatan ini setiap bulannya<sup>8</sup>.

Berdasarkan Buku Panduan GERMAS yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI Tahun 2018, aktivitas fisik pada anak sekolah bertujuan untuk mewujudkan peserta didik yang sehat, bugar, berprestasi melalui pendidikan dan pembudayaan aktivitas fisik, latihan fisik serta olahraga yang baik, benar, terukur dan teratur di sekolah. Adapun bentuk aktivitas fisik yang dianjurkan dapat rutin dilakukan di sekolah adalah gerak barisan, gerak kapiten, bermain waktu istirahat dan senam anak bangsa. Semua jenis gerak yang dianjurkan tersebut rutin dilakukan di sekolah, khususnya sekolah dasar<sup>7</sup>.

Senam anak bangsa lebih dikenal di semua puskesmas dalam bentuk program Senam Bersama Anak Sekolah. Kegiatan ini dikoordinir langsung dari pihak puskesmas bersama kepala sekolah dan para guru. Hasil wawancara dengan pihak puskesmas diketahui bahwa kegiatan Senam Bersama Anak Sekolah dilakukan bertahap sesuai target yang ditentukan oleh masing-masing puskesmas. Sampai saat ini berdasarkan hasil wawancara baru 3 puskesmas yang telah melakukan Senam Bersama Anak Sekolah, yaitu Puskesmas Mata, Puskesmas Labibia dan Puskesmas Puuwatu. Puskesmas lain juga sudah memprogramkan untuk melakukan senam bersama anak sekolah, utamanya pada tingkatan sekolah dasar, hanya saja belum terlaksana karena ada beberapa puskesmas yang masih fokus untuk melakukan kegiatan sosialisasi ke rumah tangga-rumah tangga dan ada juga yang sedang menunggu penyesuaian jadwal dengan pihak sekolah untuk melakukan senam bersama. Walaupun pelaksanaannya masih belum rutin dan belum melibatkan seluruh sekolah yang berada di kota Kendari, namun pihak puskesmas tetap optimis bahwa semua sekolah nantinya akan ikut menjadikan aktifitas fisik suatu kegiatan rutin dan menjadi kebiasaan. Adanya senam di sekolah ini disambut antusias oleh pihak sekolah, baik itu para guru maupun siswa-siswi. Hal ini dibuktikan dengan jumlah yang ikut senam ketika pihak puskesmas mengadakan senam di sekolah yaitu semua guru dan siswa yang hadir di sekolah mengikuti senam tersebut.

Aktivitas fisik yang dilakukan juga adalah senam jantung sehat, yang sasarannya adalah pegawai puskesmas dan masyarakat usia produktif yang berdomisili di sekitar wilayah kerja masing-masing puskesmas. Senam jantung sehat ini dijadwalkan untuk dilaksanakan sekali seminggu yaitu setiap hari sabtu di lingkungan puskesmas, tetapi untuk pelaksanaannya masih belum maksimal di hampir seluruh puskesmas di kota Kendari. Hal ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa baru tiga puskesmas yang tercatat melakukan senam jantung sehat di lingkungan puskesmas dan pelaksanaannya hanya sekali sebulan bahkan ada juga yang pelaksanaannya terhenti karena kekurangan biaya untuk membayar instruktur senam. Hasil wawancara diperoleh informasi bahwa yang mengikuti kegiatan senam jantung sehat di puskesmas setiap bulannya didominasi oleh pegawai puskesmas saja karena berbagai alasan yang diutarakan oleh warga masyarakat yang tidak dapat mengikuti kegiatan senam. Salah satu alasannya karena banyaknya kesibukan yang dilakukan sehingga tidak sempat untuk mengikuti senam di puskesmas.

Selain kegiatan senam di posyandu lansia, beberapa masyarakat juga aktif melakukan aktivitas fisik seperti bola voli dan beberapa olahraga lainnya yang dimainkan oleh warga setempat (program posbindu PTM) di lapangan wilayah setempat namun masih terbatas pada beberapa wilayah saja.

### **Konsumsi Buah dan Sayur**

Salah satu langkah gerakan masyarakat hidup sehat yaitu dengan mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan, juga mengurangi makanan junk food dan minuman bersoda. Hasil penelitian riset kesehatan dasar menyatakan masih banyak penduduk yang tidak cukup mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan yaitu sebanyak 93,5% penduduk usia >10 tahun mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan dibawah anjuran padahal konsumsi sayuran dan buah-buahan merupakan salah satu bagian penting dalam mewujudkan gizi seimbang. Sayuran dan buah-buahan merupakan sumber berbagai vitamin, mineral, dan serat pangan. Sebagian vitamin, mineral yang terkandung dalam sayuran dan buah-buahan berperan sebagai antioksidan atau penangkal senyawa jahat dalam tubuh serta mencegah kerusakan sel. Serat berfungsi untuk memperlancar pencernaan dan dapat menghambat perkembangan sel kanker usus besar. Berbagai kajian menunjukkan bahwa konsumsi sayuran dan buah-buahan yang cukup turut berperan dalam menjaga kenormalan tekanan darah, kadar gula dan kolesterol darah. Porsi yang dianjurkan sehari-hari ialah ½ piring buah dan sayur, ½ piringnya terdiri dari 1/3 lauk pauk dan 2/3 makanan pokok. Setiap orang dianjurkan konsumsi sayuran dan buah-buahan 300-400 gram per orang

per hari bagi anak balita dan anak usia sekolah, dan 400-600 gram perorang perhari bagi remaja dan orang dewasa. Sekitar dua-pertiga dari jumlah anjuran konsumsi sayuran dan buah-buahan tersebut adalah porsi sayur. Konsumsi sayur dan buah yang cukup akan menurunkan risiko sulit buang air besar (BAB/sembelit) dan kegemukan. Hal ini menunjukkan bahwa konsumsi sayuran dan buah-buahan yang cukup turut berperan dalam pencegahan penyakit tidak menular kronik<sup>9</sup>.

Tujuan promosi konsumsi sayuran dan buah-buahan ialah meningkatkan kesadaran berperilaku hidup sehat melalui mengkonsumsi buah dan sayur bagi seluruh lapisan masyarakat dengan berbagai kegiatan yang dapat dilakukan seperti kampanye makan buah dan sayur, makan buah bersama (misal: di Sekolah atau institusi lainnya, membudayakan makan buah pada kudapan rapat, lomba menyusun menu sayuran, bazar buah dan sayuran, dan pemanfaatan pekarangan (untuk sayuran dan buah).

Upaya promosi kesehatan terkait konsumsi buah dan sayur dilakukan oleh pihak puskesmas secara terus-menerus melalui program promosi kesehatan secara door to door atau dari rumah ke rumah, promosi dengan bantuan media (leaflet, spanduk, dll), dan penyajian buah saat senam bersama. Promosi kesehatan terkait konsumsi buah dan sayur dilakukan oleh semua puskesmas baik secara door to door dan menggunakan media. Selain itu penyajian buah (pisang) sebagai upaya percontohan dilakukan oleh pihak Puskesmas Benua-benua dan Wua-wua saat senam lansia ditempuh sebagai upaya lainnya dalam menggiatkan konsumsi buah dan sayur. Berbagai upaya ditempuh demi meningkatkan minat masyarakat dalam konsumsi buah dan sayur.

Hasil wawancara diperoleh bahwa promotor kesehatan di puskesmas giat dalam melakukan promosi terkait konsumsi buah dan sayur yang dirangkaikan dengan promosi PHBS. Promosi dilakukan di semua posyandu dan di rumah-rumah warga sebagai tambahan. Hal ini ditempuh untuk menjangkau warga yang tidak ikut dalam kegiatan posyandu. Masyarakat sebagian besar membeli sayur dan buah pada penjual keliling utamanya ibu-ibu rumah tangga dan kadang juga di pasar serta pusat-pusat perbelanjaan. Konsumsi sayur sudah menjadi kebiasaan bagi sebagian besar masyarakat, berbeda dengan buah yang masih jarang dikonsumsi. Hal ini disebabkan masih kurangnya pemahaman terkait pentingnya konsumsi buah bagi kesehatan tubuh. Promosi terkait konsumsi sayuran dan buah selain pengenalan jenis sayuran dan buah beserta kandungannya juga dijelaskan mengenai beberapa sayuran yang tidak boleh dikonsumsi oleh masyarakat dengan riwayat penyakit tertentu seperti sayur bayam bagi penderita asam urat. Kegiatan promosi konsumsi buah dan sayur tidak mendapatkan halangan yang banyak seperti mitos dalam masyarakat. Upaya promosi kesehatan ditempuh dengan bekerjasama dengan mitra yakni ibu-ibu PKK, majelis ta'lim, dan kerukukan suku guna memperluas jangkauan sasaran promosi dengan harapan giat konsumsi sayur dan buah berhasil di masyarakat. Respon masyarakat terhadap promosi konsumsi buah dan sayur cukup baik ditunjukkan dengan praktik sehari-hari di rumah-rumah meskipun belum semua melakukannya. Selain melalui metode ceramah, promotor juga membagikan leaflet kepada masyarakat agar masyarakat dapat membaca dan lebih paham mengenai pentingnya konsumsi buah dan sayuran, leaflet ini didistribusikan oleh Dinas Kesehatan Kota Kendari.

### **Pemeriksaan Kesehatan**

Pemeriksaan/skrining kesehatan secara rutin merupakan upaya promotif preventif yang diamanatkan untuk dilaksanakan oleh bupati/walikota sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2017 dengan tujuan untuk mendorong masyarakat mengenali faktor risiko PTM terkait perilaku dan melakukan upaya pengendalian segera ditingkat individu, keluarga dan masyarakat; mendorong penemuan faktor risiko fisiologis berpotensi PTM yaitu kelebihan berat badan dan obesitas, tensi darah tinggi, gula darah tinggi, gangguan indera dan gangguan mental; mendorong percepatan rujukan kasus berpotensi ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan sistem rujukan lanjut<sup>10</sup>.

Berdasarkan informasi yang diperoleh saat penelitian, masyarakat sudah banyak yang aktif melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas atau posbindu-posbindu yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggal masyarakat. Hanya saja sampai saat ini yang melakukan pemeriksaan kesehatan



diketahui adalah masyarakat yang memang merasakan gejala sakit tertentu, sedangkan yang merasa sehat dan merasa tidak ada gangguan kesehatan belum memeriksakan kesehatan secara rutin. Adanya program GERMAS terkait pemeriksaan kesehatan secara rutin dimaksudkan agar masyarakat secara aktif dan rutin memeriksakan kesehatannya agar ada deteksi dini terhadap berbagai penyakit.

Pemeriksaan kesehatan rutin yang dimaksud terdiri dari pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol, pemeriksaan payudara klinis, *papsmear* dan pengukuran Indeks Massa Tubuh yang dilakukan di Posyandu Lansia dan Posbindu PTM. Hampir semua jenis pemeriksaan dilakukan di semua puskesmas se-Kota Kendari dan hanya ada sebagian kecil puskesmas yang tidak melakukan keseluruhan jenis pemeriksaan seperti pemeriksaan payudara klinis dan *papsmear* yang disebabkan oleh fasilitas (ruangan) yang tidak memadai sehingga untuk pemeriksaan payudara klinis dan *papsmear* petugas menganjurkan langsung ke puskesmas. Selain itu, ada pula satu puskesmas yang tidak rutin melakukan pemeriksaan gula darah karena keterbatasan pada alat dan bahan yang digunakan.

Biaya bukanlah kendala bagi masyarakat untuk aktif melakukan pemeriksaan secara rutin di posbindu karena pemeriksaan ini gratis bagi peserta BPJS dan untuk yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS hanya cukup membayar Rp. 25.000,- saja, yang menjadi kendala utama adalah kesibukan masyarakat terkait pekerjaan dan kurangnya motivasi dari masing-masing individu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Selain program posyandu lansia dan posbindu PTM, Dinas Kesehatan Kota Kendari juga melaksanakan program baru yakni Gerakan Tensi Serentak (GERTAK) yang dilakukan setiap hari jumat guna mencegah penyakit hipertensi.

## SIMPULAN

1. Program aktivitas fisik yang dilakukan oleh puskesmas di Kota Kendari yakni senam untuk lanjut usia, senam jantung sehat, dan senam bersama anak sekolah. Senam untuk lanjut usia merupakan program utama GERMAS bagi puskesmas di Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia (Posyandu Lansia) yang dilakukan oleh semua puskesmas sedangkan senam jantung sehat dan senam bersama anak sekolah belum semuanya menerapkan karena kegiatan ini merupakan tambahan kreativitas pihak puskesmas untuk menjangkau masyarakat usia produktif dan anak sekolah.
2. Program promosi kesehatan terkait konsumsi buah dan sayur dilakukan dalam beberapa metode yakni promosi kesehatan *door to door* dan promosi kesehatan dengan menggunakan media (leaflet, spanduk, dll) yang dilakukan oleh semua puskesmas serta penyajian buah pada saat senam untuk lanjut usia sebagai upaya menggiatkan konsumsi buah namun masih sedikit yang melakukan.
3. Pemeriksaan kesehatan rutin yang dilakukan oleh puskesmas yakni cek tekanan darah, cek kolesterol, pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lingkar perut yang dilakukan oleh seluruh puskesmas (100%) serta cek gula darah (80%), pemeriksaan payudara klinis (13,3%) dan deteksi kanker rahim (*pap smear*) (13,3%). Pemeriksaan dilakukan oleh dokter dan perawat di puskesmas dan bersifat gratis bagi anggota BPJS dan dilakukan saat kegiatan posyandu lansia.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. (2016). GERMAS Wujudkan Indonesia Sehat [Internet]. GERMAS Wujudkan Indonesia Sehat. [cited 2019 Mar 3]. Available from: <http://www.depkes.go.id/article/view/16111500002/GERMASwujudkan-indonesia-sehat.html>
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019 [Internet]. Indonesia. Available from: <http://mahendro.staff.ums.ac.id/upaya-pemeliharaan-kesehatan-bagi-lanjutusia-di-era-universal-health-coverage>
3. Kurnianto, D. (2015). Menjaga Kesehatan di Usia Lanjut. *J Olahraga Prestasi*. 2015;11(2):19–30.
4. Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
5. Presiden Republik Indonesia. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. 1 Indonesia; 2017.
6. Walikota Kendari. Instruksi Walikota Kendari Nomor 1 Tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat di Kota Kendari. 1 Indonesia; 2017.

7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Panduan GERMAS-Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
8. Dewi, K R. (2013). Panduan Asuhan Kebidanan. Jakarta: Panda Media.
9. Almatsier, S. (2009). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum.
10. Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2017.

## **KESEHATAN UMUM**

# IDENTIFIKASI MASALAH KESEHATAN BERBASIS PERILAKU DI WILAYAH PESISIR KELURAHAN NAMBO KECAMATAN NAMBO KOTA KENDARI

## IDENTIFICATION OF HEALTH PROBLEMS BASED ON BEHAVIOR IN THE COASTAL AREA OF KELURAHAN NAMBO KECAMATAN NAMBO KOTA KENDARI

Hartati Bahar<sup>1</sup>, Hariati Lestari<sup>2</sup>,

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Email: tatikbahar@gmail.com

### ABSTRAK

Masyarakat pesisir sebagian besar merupakan masyarakat nelayan memiliki karakteristik yang berbeda dengan masyarakat lainnya. Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting yang dimiliki manusia karena dalam keadaan sehat, manusia dapat menjalankan segala aktivitas mereka dengan baik. Perilaku hidup bersih sehat (PHBS) adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (advocacy), bina suasana (social support) dan pemberdayaan masyarakat (empowerment). Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengidentifikasi masalah kesehatan berbasis perilaku di wilayah pesisir di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo Kota kendari Tahun 2018. Jenis Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan survei. Populasi dalam penelitian ini adalah rumah masyarakat Kelurahan nambo Kecamatan nambo yang berjumlah 100 rumah dengan teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Berdasarkan hasil penelitian persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yaitu sebanyak 83 responden atau (83%) sedangkan persalinan yang tidak ditolong tenaga kesehatan yaitu (17%). Pemberian ASI eksklusif (79%), yang tidak memberikan ASI eksklusif (21%). Masyarakat yang menimbang bayi setiap bulan (86%), yang tidak menimbang bayi setiap bulan (14%). Yang menggunakan air bersih (98%) dan yang tidak menggunakan (2%). Yang mencuci tangan dengan sabun (82%) dan yang tidak (18%). Yang menggunakan jamban (95%) dan yang tidak menggunakan (5%). Yang membrantas jentik (78%) dan yang tidak (22%). Yang mengonsumsi sayur dan buah setiap hari (75%) dan yang tidak (25%). Yang melakukan aktivitas fisik setiap hari (95%) dan yang tidak (5%). Yang kebiasaan merokok dalam rumah (30%) dan yang tidak (70%). Kesimpulan dalam penelitian ini adalah perilaku hidup bersih dan sehat di Kelurahan Nambo masih banyak indikatornya yang kurang baik.

**Kata Kunci:** Persalinan ditolong tenaga kesehatan, pemberian ASI eksklusif, menimbang bayi setiap bulan, air bersih, cuci tangan, jamban, berantas jentik, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik, merokok, phbs, wilayah pesisir.

### ABSTRACT

Most coastal communities are fishing communities that have different characteristics from other communities. Health is one of the most important things that humans have because in a healthy state, humans can carry out their activities well. Healthy clean behavior (PHBS) is an effort to provide learning experiences or create a condition for individuals, families, groups and communities, by opening lines of communication, providing information and educating to increase knowledge, attitudes and behavior through an advocacy approach. social support and empowerment. The purpose of this study was to identify behavioral-based health problems in coastal areas in Nambo Sub-District, Nambo District, Kendari City in 2018. The type of research used was descriptive observational research with a survey approach. The population in this study were the houses of the Nambo Sub-District of Nambo District, which numbered 100 houses with a simple random sampling technique. Based on the results of labor research assisted by health workers, there were 83 respondents or (83%) while deliveries that were not helped by health personnel were (17%). Exclusive breastfeeding (79%), which does not give exclusive breastfeeding (21%). A community that weighs babies every month (86%), which does not weigh babies every month (14%). Those who use clean water (98%) and those who do not use it (2%). Who wash their hands with soap (82%) and those who don't (18%). Those who use latrines (95%) and those that do not use (5%). Those who beat larvae (78%) and those who did not (22%). Those who consume vegetables and fruit every day (75%) and those who do not (25%). Those who do physical activity every day (95%) and those who do not (5%). The smoking habits in the home (30%) and those who do not (70%). The conclusion in this study is that the behavior of clean and healthy living in Nambo Village is still a lot of poor

indicators.

**Keywords:** *Childbirth assisted health workers, exclusive breastfeeding, monthly weighing of babies, clean water, hand washing, latrines, larvae, fruit and vegetable consumption, physical activity, smoking, phbs, coastal areas.*

## PENDAHULUAN

Masyarakat pesisir sebagian besar merupakan masyarakat nelayan memiliki karakteristik yang berbeda dengan masyarakat lainnya. Perbedaan ini dikarenakan keterkaitannya yang erat dengan karakteristik ekonomi wilayah pesisir, latar belakang budaya dan ketersediaan sarana dan prasarana penunjang. Pada umumnya masyarakat pesisir mempunyai nilai budaya yang berorientasi selaras dengan alam, sehingga teknologi memanfaatkan sumber daya alam adalah teknologi adaptif dengan kondisi wilayah pesisir.<sup>1</sup>

Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting yang dimiliki manusia karena dalam keadaan sehat, manusia dapat menjalankan segala aktivitas mereka dengan baik. Menurut Soekidjo (2005, p. 2), kesehatan merupakan hak asasi manusia yang bersifat universal baik sebagai individu, kelompok, masyarakat maupun bangsa. Karena pentingnya kesehatan bagi masyarakat, maka kesehatan juga menjadi tanggungjawab sebuah institusi negara. Oleh karena itu, kesehatan juga diatur dalam Undang-Undang. Undang-undang Kesehatan RI No.23 Tahun 1992 mendefinisikan sehat sebagai keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial. Artinya, masyarakat yang sehat tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, namun produktif secara ekonomi dan sejahtera secara sosial.

Di Indonesia sendiri, akses sanitasi masih menjadi permasalahan yang terus dihadapi. Hasil penelitian *Indonesian Sanitation Sector Development Program (ISSDP)* pada tahun 2006, sebanyak 47% masyarakat Indonesia masih berperilaku buang air besar di sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka.<sup>1,9</sup>

PHBS adalah salah satu esensi dan hak asasi manusia untuk tetap mempertahankan kelangsungan hidupnya. Hal ini selaras dengan yang tercakup dalam konstitusi WHO tahun 1948. WHO dalam Maryunani, dkk (2012), menyatakan bahwa derajat kesehatan yang tinggi merupakan hak yang mendasar bagi individu. Hak ini berlaku bagi semua orang tanpa membedakan asal-usul, agama, ras, politik dan tingkat ekonomi. Derajat kesehatan yang tinggi tersebut dapat diperoleh apabila setiap orang memiliki perilaku yang memperhatikan kesehatan.

Menurut Bekher (1979), Perilaku Kesehatan (*Health Behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan.

Becker membagi perilaku sehat menjadi tiga bagian pertama, pengetahuan tentang kesehatan, yaitu apa saja yang diketahui oleh individu tentang cara meningkatkan dan memelihara kesehatan. Kedua, sikap untuk merespon tindakan kesehatan, yaitu penilaian individu atas hal-hal yang berhubungan dengan cara memelihara kesehatan. Ketiga, praktik atau tindakan kesehatan yang merupakan tindakan langsung yang terdiri dari semua kegiatan untuk memperoleh kehidupan yang sehat. (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan visi Indonesia sehat 2010, terdapat paradigma sehat yang terdiri dari tiga pilar, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata. Perilaku sehat ini merupakan perilaku yang digunakan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, menghindari atau mencegah terjadinya penyakit, melindungi diri dari berbagai macam penyakit, dan keikutsertaan dalam meningkatkan kualitas kesehatan (Depkes RI, 2013).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah bentuk perwujudan paradigma sehat dalam budaya perorangan. Keluarga dan masyarakat yang berorientasi sehat, bertujuan untuk meningkatkan, memelihara dan melindungi kesehatannya baik fisik, mental, spiritual maupun social. Perilaku hidup bersih sehat (PHBS) adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan,

sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (*advocacy*), bina suasana (*social support*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri, dan dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya.<sup>2</sup>

Hasil Riskesdas 2007 diketahui bahwa rumah tangga yang telah mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 38,7%. Oleh sebab itu, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 menetapkan target 70% rumah tangga sudah mempraktekkan PHBS pada tahun 2014. Persentase rumah tangga Ber-PHBS memang merupakan salah satu Indikator Kinerja Utama (IKU) dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI, 2012).

Upaya peningkatan perilaku sehat di rumah tangga belum menunjukkan hasil optimal, hal ini antara lain dapat dilihat dari hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 yang menunjukkan bahwa di Indonesia hanya 24,9% rumah penduduk yang tergolong rumah sehat. Terdapat 16 provinsi di Indonesia dengan persentase rumah sehat yang lebih rendah dari nilai nasional (24,9%) yang mana Sulawesi Selatan merupakan salah satu provinsi dengan persentase rumah sehat rendah (17,6%).<sup>2,6</sup>

Hasil Riskesdas 2007 diketahui bahwa rumah tangga yang telah mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 38,7%.<sup>4,5</sup> Oleh sebab itu, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 menetapkan target 70% rumah tangga sudah mempraktekkan PHBS pada tahun 2014. Persentase rumah tangga Ber-PHBS memang merupakan salah satu Indikator Kinerja Utama (IKU) dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI, 2012).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 menunjukkan, dari 10 indikator PHBS tatanan rumah tangga yang telah ditetapkan ada beberapa indikator yang persentasenya masih jauh dari harapan.<sup>3</sup> Persentase bayi yang menyusui secara eksklusif sampai dengan enam bulan hanya 15,3%. Kemudian, hanya 49,4% bayi/balita yang melakukan pemantauan pertumbuhan atau penimbangan empat kali atau lebih dalam enam bulan terakhir.

Kelurahan Nambo merupakan salah satu kelurahan yang terletak di wilayah kerja puskesmas nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari. Kelurahan Nambo terdiri dari 4 Rw dan 8 RT yang sebagian wilayahnya berada di wilayah pesisir.

Perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat di Kelurahan Nambo dikategorikan sebagai masyarakat yang kurang memperhatikan pola hidup yang baik. Ditandai dengan hanya 93 (93%) dari 93 responden yang memiliki jamban yang memenuhi syarat, selebihnya 7 (7%) tidak memenuhi syarat/tidak memiliki jamban.<sup>1,8</sup>

Kemudian PHBS tatanan rumah tangga sebanyak 10 (10%) rumah tangga yang berstatus PHBS “kuning/kurang” dan 82 (82%) rumah tangga yang berstatus PHBS “hijau/baik”, sedangkan rumah tangga yang berstatus PHBS “biru/sangat baik” berjumlah 7 (7%) rumah tangga.

Secara keseluruhan PHBS tatanan rumah tangga masyarakat Kelurahan Nambo Secara umum PHBS tatanan rumah tangga masyarakat di Kelurahan Nambo sudah baik namun masih ada masyarakat yang masih merokok dan tidak mengonsumsi sayur & buah.

Faktor risiko masalah kesehatan berbasis perilaku di Kelurahan Nambo disebabkan karena masih adanya masyarakat yang masih merokok di dalam rumah dan tidak mengonsumsi sayur dan buah. Sehingga dapat memicu terjadinya penyakit. Berdasarkan uraian data dan informasi di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Identifikasi Masalah Kesehatan Berbasis Perilaku di Wilayah Pesisir Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari Tahun 2018”.

## **METODE**

Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan survei. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko masalah kesehatan berbasis perilaku pada masyarakat pesisir Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari 2018. Waktu penelitian pada bulan Juni tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah rumah masyarakat Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo yang berjumlah 301 rumah. Pengambilan sampel dilakukan

secara *simple random sampling* yakni mengambil secara acak jumlah sampel penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah berjumlah 100 rumah.

## HASIL

**Tabel 1 Distribusi Responden Menurut yang Memiliki Bayi dan Ditolong oleh Tenaga Kesehatan di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari Tahun 2018**

No	Bayi Ditolong Tenaga Kesehatan	Jumlah (n)	Persen (%)
1	ya	83	83.0
2	Tidak	17	17.0
Total		100	100.0

Berdasarkan tabel di atas, distribusi responden menurut bayi ditolong oleh tenaga kesehatan, sebanyak 83 responden atau 83% responden bayinya ditolong oleh tenaga kesehatan, sebanyak 17 responden atau 17% responden persalinannya tidak ditolong oleh tenaga kesehatan.

**Tabel 2 Distribusi Responden Menurut yang Memberikan ASI eksklusif di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari Tahun 2018**

No	Asi Eksklusif	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	79	79,0
2	Tidak	21	17,0
Total		100	100

Berdasarkan tabel di atas, terdapat 79 responden atau 79% yang memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan terdapat 21 responden atau 21% yang tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya

**Tabel 3 Distribusi Responden Menurut yang Menimbang Bayi setiap Bulan di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari Tahun 2018**

No	Menimbang Bayi	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	86	86.0
2	Tidak	14	14.0
Total		100	100.0

Berdasarkan *tabel* di atas, terdapat 86 responden atau 86% yang menimbang bayinya setiap bulan dan terdapat 14 responden atau 14% yang tidak menimbang bayinya setiap bulan.

**Tabel 4 Distribusi Responden Menurut yang Menggunakan Air Bersih di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo Tahun 2018**

No.	Menggunakan air bersih	Jumlah (n)	Persen (%)
1.	Ya	98	98.0
2.	Tidak	2	2.0
Total		100	100.0

Berdasarkan tabel di atas, terdapat 98 responden atau 98% yang telah menggunakan air bersih dan terdapat 2 responden atau 2% yang belum menggunakan air bersih.

**Tabel 5 Distribusi Responden Berdasarkan Menggunakan Sabun Saat Cuci Tangan Di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari Tahun 2018**

No	Mencuci Tangan	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	82	82.0
2	Tidak	18	18,0
Total		100	10.0

Berdasarkan tabel di atas, terdapat 82 responden atau 82% yang mencuci tangan memakai sabun di air mengalir sebelum dan sesudah melakukan aktifitas. Sedangkan terdapat 18 responden atau 18% yang tidak mencuci tangan memakai sabun di air mengalir sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.

**Tabel 6 Distribusi Responden Menurut yang BAB Menggunakan Jamban di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari Tahun 2018**

No.	Penggunaan Jamban	Jumlah (n)	Persen (%)
1.	Ya	95	95.0
2.	Tidak	5	5.0
Total		100	100.0

Berdasarkan data di atas, maka terdapat 95 responden atau 95% yang menggunakan jamban pada saat BAB dan terdapat 5 responden atau 5% yang tidak menggunakan jamban saat BAB.

**Tabel 7 Distribusi Responden berdasarkan PHBS Pemberantas jentik di rumah seminggu sekali Di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari Tahun 2018**

No	Pemberantas jentik	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	78	78.0
2	Tidak	22	21.0
Total		100	100,0



Berdasarkan *tabel* di atas, terdapat 78 responden atau 78% yang memberantas jentik di rumahnya dalam sekali seminggu sedangkan terdapat 22 responden atau 22% yang tidak memberantas jentik di rumah dalam sekali seminggu.

**Tabel 8 Distribusi Responden Berdasarkan PHBS Konsumsi Sayur dan Buah Setiap Hari Di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari 2018**

No	Konsumsi Sayur Dan buah Setiap Hari	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	75	75.0
2	Tidak	25	25.0
Total		100	100.0

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa dari 100 responden yang diwawancarai terdapat 75 responden atau 75% yang mengonsumsi sayur dan buah setiap hari dan sisanya yaitu 25 responden atau 25% yang tidak mengonsumsi sayur dan buah setiap hari.

**Tabel 9 Distribusi Responden Berdasarkan PHBS Melakukan Aktivitas Fisik Setiap Hari Di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo 2018**

No	Melakukan Aktivitas Fisik	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	95	95.0
2	Tidak	5	4.0
Total		100	100.0

Berdasarkan tabel di atas, terdapat 95 responden atau 95% yang melakukan aktivitas fisik setiap hari dan sisanya 5 responden atau 5% tidak melakukan aktivitas fisik setiap hari.

**Tabel 10 Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok di Dalam Rumah Di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo, Kota Kendari 2018**

No	Merokok di dalam rumah	Jumlah (n)	Persen (%)
1	Ya	30	30.0
2	Tidak	70	70.0
Total		100	100.0

Berdasarkan tabel di atas, dari 100 responden yang diwawancarai terdapat 70 responden atau 70% yang merokok di dalam rumah dan sisanya yaitu 30 responden atau 30% tidak merokok di dalam rumah.

## **PEMBAHASAN**

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar mengetahui, mau dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. PHBS tatanan rumah tangga meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, memberikan bayi ASI eksklusif, menimbang balita secara teratur, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, makan buah dan sayur setiap hari, olahraga secara teratur, tidak merokok di dalam rumah, dan membuang sampah pada tempatnya

### **1. Persalinan di bantu oleh Tenaga Kesehatan**

Masyarakat di Kelurahan Nambo sebagian besar persalianannya dibantu oleh tenaga kesehatan. Indikator tersebut dikatakan baik karena berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan bahwa responden yang melakukan persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak dibantu oleh tenaga kesehatan.

### **2. Pemberian ASI Eksklusif**

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi karena mengandung semua zat gizi dalam jumlah dan komposisi yang ideal yang dibutuhkan oleh bayi untuk tumbuh dan berkembang secara optimal, terutama pada umur 0 sampai 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif kepada bayi umur 0 – 6 bulan sangat dianjurkan dan memberikan makanan pendamping ASI secara benar setelah itu sampai bayi/anak berumur 2 tahun (Rinaningsih, 2007, Tedjasaputra, 2010, Fewtrell et al, 2007).<sup>2</sup>

Berdasarkan hasil penelitian di Kelurahan Nambo menunjukkan bahwa banyak masyarakat yang memberikan ASI Eksklusif pada bayi mereka dan indikator tersebut dikatakan baik.

### **3. Menimbang bayi**

Berdasarkan hasil penelitian di Kelurahan Nambo menunjukkan bahwa sudah banyak masyarakat yang menimbang bayinya setiap bulan. Hal ini karena di Kelurahan Nambo sudah ada posyandu yang setiap bulan diadakan sehingga masyarakat bisa pergi ke posyandu tersebut setiap bulan untuk menimbang bayinya. Sehingga indikator ini dikatakan baik.

### **4. Menggunakan air bersih**

Air adalah sangat penting bagi kehidupan manusia. Dalam tubuh manusia sebagian besar terdiri dari air, untuk anak-anak sekitar 65%, dan untuk bayi sekitar 80%. Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila sudah dimasak.

Pada umumnya, sumber air bersih dari masyarakat Kelurahan Nambo yaitu berasal dari sumur Bor dan sumur gali. Dan ini sudah memenuhi indikator baik dalam phbs. Dari data yang dihasilkan menunjukkan bahwa sudah banyak masyarakat yang menggunakan air bersih dibandingkan yang tidak menggunakan air bersih.

### **5. Mencuci tangan dengan sabun**

Menurut Depkes (2009) cuci tangan pakai sabun adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air dan sabun oleh manusia untuk menjadi bersih dan memutuskan mata rantai kuman. Mencuci tangan dengan sabun dikenal juga sebagai salah satu upaya pencegahan penyakit. Mencuci tangan dengan air saja tidak cukup. Penggunaan sabun selain membantu singkatnya waktu cuci tangan, dengan menggosok jemari dengan sabun menghilangkan kuman yang tidak tampak minyak/ lemak/ kotoran di permukaan kulit, serta meninggalkan bau wangi. Perpaduan kebersihan, bau wangi dan perasaan segar merupakan hal positif yang diperoleh setelah menggunakan sabun<sup>2, 3, 5</sup>.

Penelitian yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2007, salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kejadian diare dan ISPA adalah perilaku

cuci tangan pakai sabun. Karena perilaku tersebut dapat menurunkan hampir separuh kasus diare dan sekitar seperempat kasus ISPA.<sup>9</sup>

Berdasarkan hasil yang telah dilakukan di Kelurahan Nambo bahwa sudah banyak masyarakat yang mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas. Ini sudah memenuhi syarat perilaku hidup bersih dan sehat.

Menurut Depkes (2009) waktu yang tepat untuk cuci tangan pakai sabun adalah sebelum makan, sesudah membersihkan anak BAB, sebelum menyiapkan makanan, sebelum memegang bayi dan sesudah buang air besar.

## **6. Penggunaan jamban**

Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan di masyarakat adalah penyediaan sanitasi dasar, salah satu dari beberapa fasilitas sanitasi dasar yang ada di masyarakat adalah jamban. Jamban berguna untuk tempat membuang kotoran manusia sehingga bakteri yang ada dalam kotoran tersebut tidak memenuhi lingkungan, selanjutnya lingkungan akan terlihat bersih indah sehingga mempunyai nilai estetika yang baik (Soeparmin, 2003).

Jamban keluarga adalah suatu bangunan yang dipergunakan untuk membuang tinja atau kotoran manusia atau najis bagi suatu keluarga yang lazim disebut kakus atau wc (madjid,2009). Kepemilikan dan penggunaan jamban sehat merupakan salah satu indikator program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) ditatanan rumah tangga.<sup>8,9</sup>

Mutmainna (2009:1) mengartikan jamban keluarga adalah suatu bangunan yang dipergunakan untuk membuang tinja atau kotoran manusia atau najis bagi suatu keluarga yang lazim disebut kakus atau WC. Syarat jamban yang sehat sesuai kaidah-kaidah kesehatan, sebagaimana yang dikemukakan Mutmainna (2009:1) adalah sebagai berikut:

- a. Tidak mencemari sumber air minum;
- b. Tidak berbau tinja dan tidak bebas dijamah oleh serangga maupun tikus;
- c. Air seni, air bersih dan air penggelontor tidak mencemari tanah sekitar olehnya itu lantai sedikitnya berukuran 1 x 1 meter dan dibuat cukup landai, miring kearah lobang jongkok;
- d. Mudah dibersihkan dan aman penggunaannya;
- e. Dilengkapi dengan dinding dan penutup;
- f. Cukup penerangan dan sirkulasi udara;
- g. Luas ruangan yang cukup;
- h. Tersedia air dan alat pembersih.

Mutmainna (2009:1) mengemukakan faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam menentukan jarak jamban dan sumber air bersih adalah sebagai berikut: (a) Kondisi daerah, datar atau miring; (b) Tinggi rendahnya permukaan air; (c) Arah aliran air tanah; (d) Sifat, macam dan struktur tanah.<sup>8</sup>

Sebagian besar masyarakat di Kelurahan Nambo sudah memiliki jamban. Adapun masyarakat yang tidak memiliki jamban, jamban tersebut tidak memenuhi syarat. Jenis-jenis jamban yang mereka miliki yaitu jamban leher angsa dan jamban cemplung. Sebagian masyarakat yang tinggal dekat laut mereka menggunakan jamban cemplung yang kotorannya langsung ke laut.

## **7. Memberantas Jentik**

Pemberantasan sarang nyamuk atau PSN adalah kegiatan memberantas telur, jentik dan kepompong nyamuk penular demam berdarah dengue di tempat-tempat perkembangbiakannya (Susanti, 2012). Cara pemberantasan sarang nyamuk dapat dilakukan dengan melakukan menguras, menutup, mengubur (3M) plus.<sup>7</sup> Keberhasilan kegiatan PSN antara lain populasi nyamuk *aedes aegypti* dapat dikendalikan sehingga penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi. Sebagian besar masyarakat di Kelurahan Nambo sudah memberantas jentik nyamuk di rumah sekali seminggu dan sebagian juga masyarakat belum memberantas jentik nyamuk di rumah.

## **8. Konsumsi sayur dan buah**

Pola dan perilaku konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan di masyarakat, juga sangat dipengaruhi pengetahuan dan pemahaman tentang manfaat dari mengkonsumsi sayur-sayuran dan

buah-buahan tersebut serta akibat negatif dari kurangnya atau tidak mengkonsumsinya. Pengetahuan tentang manfaat konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan dapat dilihat dari manfaatnya terhadap kesehatan serta manfaat dari komponen gizi dan non gizi yang terkandung di dalamnya yang sangat besar peranannya bagi kesehatan. Sebagai sumber zat gizi, sayur dan buah berperan dalam mengatur pertumbuhan, pemeliharaan dan penggantian sel-sel pada tubuh manusia sedangkan peranan zat-zat nongizi pada sayur dan buah menjadi semakin penting dalam pencegahan dan pengobatan berbagai macam penyakit (Made Astawan, 2006).

Umumnya masyarakat mengetahui pentingnya mengkonsumsi sayur dan buah untuk kesehatan, tetapi pemahaman yang mendalam masih sangat kurang, sehingga tidak menjadi dasar timbulnya motivasi yang kuat untuk mengkonsumsi sayur dan buah (perilaku). Masyarakat di Kelurahan Nambo sebagian besar telah mengkonsumsi sayur dan buah setiap harinya dan sebagian besar juga masyarakat tidak mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari, ini dikarenakan oleh sebagian besar masyarakat di Kelurahan Nambo berpenghasilan rendah sehingga mereka tidak sanggup untuk membeli buah dan sayur setiap hari.

#### **9. Melakukan Aktivitas Fisik**

Masyarakat di Kelurahan Nambo hampir semua masyarakat melakukan aktivitas fisik setiap hari seperti yang kita ketahui bahwa pekerjaan masyarakat Nambo sebagian besar adalah wiraswasta dan nelayan yang tentunya pasti sering melakukan aktivitas fisik setiap hari.

#### **10. Kebiasaan Merokok**

Perilaku merokok dilihat dari berbagai sudut pandang sangat merugikan, baik untuk diri sendiri maupun orang di sekelilingnya. Dilihat dari sisi individu yang bersangkutan, ada beberapa riset yang mendukung pernyataan tersebut.

Sebagian besar masyarakat di Kelurahan Nambo masih banyak masyarakat yang merokok di dalam rumah.

### **SIMPULAN**

Hasil penelitian dan pembahasan mengenaiidentifikasi masalah kesehatan berbasis perilaku di Kelurahan Nambo Kecamatan Nambo Kota Kendari Tahun 2018, diperoleh simpulan sebagai berikut:

1. Gambaran masalah Persalinan yang Ditolong oleh Tenaga Kesehatan, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 83 responden atau 83%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat sebanyak 17 responden atau 17%
2. Gambaran masalah mengenai pemberian ASI Eksklusif , lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 79 responden atau 79%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 21 responden atau 21%.
3. Gambaran masalah menimbang bayi setiap bulan, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 86 responden atau 86%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 14 responden atau 14%.
4. Gambaran masalah penggunaan air bersih, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 98 responden atau 98%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 2 responden atau 2%.
5. Gambaran masalah mencuci tangan dengan sabun, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 82 responden atau 82%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 18 responden atau 18%.
6. Gambaran masalah penggunaan jamban, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 95 responden atau 95%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 5 responden atau 5%.
7. Gambaran masalah pemberantasan jentik nyamuk, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 78 responden atau 78%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 22 responden atau 22%.
8. Gambaran masalah mengkonsumsi sayur dan buah, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 75 responden atau 75%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 25 responden atau 25%.

9. Gambaran masalah melakukan aktivitas fisik, lebih banyak yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 95 responden atau 95%, sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu 5 responden atau 5%.
10. Gambaran masalah kebiasaan merokok dalam rumah, lebih banyak yang tidak memenuhi syarat yaitu sebanyak 70 responden atau 70%, sedangkan yang memenuhi syarat yaitu 30 responden atau 30%.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. A., S. L: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Penggunaan Jamban Pada Masyarakat Pesisir Desa Bulontio Barat Kecamatan Sumalata Kabupaten Gorontalo Utara. 2010.
2. Ardini S Raksanagara, A. R: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Sebagai Determinan Kesehatan yang Penting pada Tatanan Rumah Tangga di Kota Bandung. 2015.
3. `Asri G.Imbar, A. A: Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Di Desa Koreng Kecamatan Takeran Kabupaten Minahasa Selatan. 2018.
4. H.Muzakkir: Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Kepala Keluarga Terhadap PHBS Di Lingkungan Pangden Di Wilayah Kerja Puskesmas Tikala Toraja Utara . 2013.
5. Husni Abdul Gani, E. I.: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Tatanan Rumah Tangga Masyarakat Using (Studi Kualitatif di Desa Kemiren Kec. Glagah Kabupaten Banyuwangi). 2015; 1-35.
6. Muhammad Taufiq, M. N: Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Masyarakat di Kelurahan Parangloe Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar. 2013.
7. Nuryanti, E: Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk di Masyarakat. 2013.
8. OTAYA, L. G: Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Masyarakat Terhadap Penggunaan Jamban Keluarga (Studi Kasus Di Desa Ilomangga Kecamatan Tabongo Kabupaten Gorontalo). 2012.
9. Rahma Ayu Pebriani, S. D: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Jamban Keluarga dan Kejadian Diare di Desa Tualang Sembilar Kecamatan Babel Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2012. 2012

# GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA EKS KUSTA DI KABUPATEN KOLAKA

## QUALITY OF LIFE OF EX-LEPROSY IN KOLAKA

Hariati Lestari<sup>1</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Email: lestarihariati@yahoo.co.id

### ABSTRAK

Penyakit kusta merupakan penyakit yang ditakuti masyarakat bahkan keluarga sehingga penderita kusta banyak yang merasa terkucilkan oleh masyarakat, ini disebabkan karena persepsi dari penderita dan masyarakat yang tidak baik terhadap penyakit kusta. Penyakit yang diderita, pengobatan yang dijalani, maupun komplikasi penyakit dapat mempengaruhi fisik, psikologi, sosial, dan lingkungan yang dapat menurunkan kualitas hidupnya. Perubahan bentuk dan fungsi pada anggota tubuh pasien kusta menyebabkan terjadinya perubahan dalam hidup dan dapat menimbulkan stigma di masyarakat, sehingga penderita kusta sulit diterima dimasyarakat walaupun penyakitnya sudah dinyatakan sembuh. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kualitas hidup penderita eks kusta Kabupaten Kolaka Tahun 2019. Jenis penelitian yang dilakukan adalah deskriptif kuantitatif dengan populasi 26 orang, jumlah sampel adalah seluruh populasi penderita eks kusta yang sudah dinyatakan RFT (Relase From Treatment) yang pernah berkunjung di bagian Poli Umum dan tercatat dalam buku registrasi di 8 Puskesmas Kabupaten Kolaka pada tahun 2017-2018. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner demografi dan kuisisioner WHOQOL-BREF. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gambaran kualitas hidup penderita eks kusta secara umum termasuk dalam kategori baik sedangkan kualitas kesehatan secara umum penderita eks kusta termasuk dalam kategori biasa saja. Gambaran kualitas hidup berdasarkan domain fisik, psikologi, sosial dan lingkungan termasuk dalam kategori biasa saja.

**Kata Kunci :** Penderita eks kusta, Kualitas hidup, WHOQOL-BREF.

### ABSTRACT

Leprosy is a disease that is feared by the public and even families, and therefore many people affected by leprosy feel isolated by the community. This is due to the bad perception of people on leprosy patients. Disease suffered, medication taken, and complications of the disease can affect the physical, psychological, social, and environmental conditions of people with leprosy which in turn can reduce their quality of life. Changes in shape and function of the body members of leprosy patients cause their life to change. In addition, it can cause stigma in community, and as a result, people affected by leprosy are difficult to accept even after they have been cured. This study aims to describe the quality of life of ex leprosy patients in Kolaka in 2019. It was a quantitative descriptive study with a population of 26 ex people affected by leprosy. The total sample was all leprosy sufferers who visited the General Poly section and recorded in the registration book at 6 Health Centers in Kolaka during 2018-2019. The instrument used in this study was a demographic questionnaire and WHOQOL-BREF questionnaire. This study showed that the description of life quality of people with leprosy was in general in the normal category. Meanwhile, the description of quality of life based on the physical domain was in the medium category and so was the description of quality of life based on the domain of psychology, social and environmental domain.

**Keywords :** People ex affected by leprosy, quality of life, WHOQOL-BREF.

### PENDAHULUAN

Penyakit kusta merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* dan utamanya mempengaruhi kulit, saraf tepi, mukosa saluran pernafasan atas dan mata<sup>1</sup>. Penyakit kusta merupakan penyakit yang ditakuti masyarakat bahkan keluarga sehingga penderita kusta banyak yang merasa terkucilkan oleh masyarakat, ini disebabkan karena persepsi dari penderita dan masyarakat yang tidak baik terhadap penyakit kusta<sup>2</sup>.

World Health Organization (WHO) selaku badan kesehatan dunia merekomendasikan pemberian pengobatan Multi Drug Therapy (MDT) bagi para penderita serta dengan menyelenggarakan pelayanan terintegrasi dalam penanganan kusta sehingga prevalensi kusta dapat di turunkan dari tahun ke tahun. Target eliminasi kusta secara global sebagai masalah kesehatan masyarakat sebesar <1 per 10.000 penduduk (<10 per 100.000 penduduk) pada tahun 2016–2020. Data yang didapatkan oleh P2P Kusta Seksi Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka tahun 2018 target eliminasi kusta di tingkat nasional pada tahun 2024, hasil rapat yang dilakukan pertemuan sosialisasi akselerasi pencapaian target nasional di Jakarta pada bulan Oktober Provinsi Sulawesi Tenggara target eliminasi kusta pada tahun 2019.

Pada tahun 2015, jumlah penderita kusta tertinggi terdapat di India sebanyak 127.326 kasus lebih rendah pada tahun 2014 sebanyak 125.785 kasus sedangkan jumlah penderita kusta terendah terdapat di Madagascar sebanyak 1.4487 kasus lebih tinggi pada tahun 2014 sebanyak 1.617 kasus. Jumlah kasus penderita kusta yang dilaporkan dari 138 negara di semua regional WHO adalah 210.758 penderita kasus baru (*New Case Detection Rate/NCDR*) per 100.000 penduduk sebesar 3,2. WHO (*World Health Organization*) terdapat 14 negara yang melaporkan 1000 atau lebih kasus selama tahun 2015. Empat belas Negara mempunyai kontribusi 94,89% dari seluruh kasus di dunia. Secara global terjadi penurunan kasus baru, jumlah kasus yang mengalami peningkatan kasus baru seperti terdapat di India, Brazil, Indonesia, Kango, dan Ethiopia. Sedangkan Mozambiq pada tahun 2013 sampai 2014 sudah tidak memiliki kasus, kembali memiliki jumlah kasus baru di tahun 2015<sup>3</sup>.

Angka penemuan kasus baru kusta/*New Case Detection Rate (NCDR)* di Indonesia penderita kusta masih menyebar dan tidak merata di beberapa wilayah. Indonesia saat ini merupakan salah satu negara penyumbang penyakit kusta terbesar di dunia ke tiga setelah India dan Brazil. Pada tahun 2017 di Indonesia tercatat sebanyak 15.920 penderita kusta baru (*New Case Detection Rate/NCDR*) per 100.000 penduduk sebesar 6,08, lebih tinggi dari tahun 2016 (16.826 kasus baru/ *NCDR*; 6,50), dan lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2015 (17.202 kasus baru/ *NCDR*; 6,73). Penderita kusta banyak terdapat di Provinsi Jawa Timur pada periode tahun 2015-2017, namun dengan penurunan penderita sebesar 15,95% sedangkan provinsi yang mengalami kenaikan jumlah penderita paling tinggi dalam kurun waktu 2015-2017 terdapat di Provinsi Maluku sebanyak 102,84%. Angka prevalensi kusta di Indonesia pada tahun 2017 sebesar 0,70 kasus/10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 6,08 kasus per 100.000 penduduk. Angka prevalensi ini belum bisa dinyatakan bebas kusta dan terjadi di Indonesia<sup>145</sup>.

Pada Tahun 2017 jumlah kasus kusta baru di Sulawesi Tenggara sebesar 327 kasus dengan angka penemuan kasus baru (*New Case Detection Rate/NCDR*) per 100.000 penduduk sebesar 12,40, lebih tinggi dari tahun 2016 (342 kasus baru dan *NCDR*; 13,20). Berdasarkan jenis kelamin penderita penyakit kusta lebih banyak ditemukan pada laki-laki 239 kasus (60,81%), sedangkan pada wanita 154 kasus (39,19%). Penderita kusta terbanyak pada tahun 2017 dengan urutan pertama terdapat di Kabupaten Kolaka setelah Kota Bau-Bau, sedangkan jumlah penderita kasus kusta terendah terdapat di Kabupaten Muna Barat dan Konawe Kepulauan. Berdasarkan prevalensi, kasus kusta di Sulawesi Tenggara menunjukkan jumlah angka kusta mengalami kenaikan pada rentang tahun 2013-2017, dengan prevalensi tertinggi terjadi pada tahun 2017 sebesar 1,49. Sebelum angka prevalensi kusta Sulawesi Tenggara sempat turun mencapai angka terendah pada tahun 2014, tetapi kembali naik pada tiga tahun terakhir, prevalensi kusta Sulawesi Tenggara sebesar 1,49/10.000 penduduk. Dengan *NCDR* mencapai 12,40 maka Sulawesi Tenggara termasuk ke dalam kategori provinsi dengan beban kusta tinggi (*high burden*)<sup>6</sup>.

Berdasarkan data P2P Kusta Seksi Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka tahun 2017 terdapat 43 kasus yang sudah dinyatakan RFT (*Release From Treatment*) yang terdiri dari penderita kusta tipe PB sebanyak 7 kasus dan tipe MB sebanyak 36 kasus, dimana Puskesmas Kolakaasi dan Puskesmas Iwoimendaa merupakan Puskesmas urutan pertama dengan penderita kusta tertinggi yaitu 7 kasus. Sedangkan pada tahun 2018 pada bulan Januari-September terdapat 18 kasus baru yang terdiri dari penderita kusta tipe PB sebanyak 0 kasus dan tipe MB

sebanyak 18 kasus, dimana Puskesmas Wolo merupakan Puskesmas urutan pertama dengan penderita kusta tertinggi yaitu 4 kasus<sup>7</sup>.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *deskriptif kuantitatif* dimana data yang menyangkut variabel bebas atau risiko dan variabel terikat atau variabel akibat dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. Penelitian ini adalah sebuah penelitian yang bersifat deskriptif. Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta di 8 Puskesmas di Kabupaten Kolaka. Adapun penentuan jumlah sampel adalah semua populasi penderita eks kusta yang berkunjung di bagian Poli Umum yang tercatat dalam buku registrasi di 6 Puskesmas Kabupaten Kolaka pada tahun 2017-2018 yaitu sebanyak 26 orang. Adapun kriteria inklusi yaitu (a) pasien yang selesai menjalani pengobatan, (b) penderita eks kusta dengan usia >18 tahun (ketentuan penggunaan WHOQOL-Bref) (c) bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi yaitu (a) pasien yang meninggal dunia, (b) penderita eks kusta berusia >18 tahun (ketentuan penggunaan WHOQOL-Bref), (c) tidak bersedia menjadi responden.

Adapun instrument yang digunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi 2 yaitu, (a) angket data demografi berisi pertanyaan mengenai umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan jumlah penghasilan. (b) Angket WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan, dimana 24 item dibagi 4 domain yaitu keadaan fisik (domain 1), kondisi psikologi (domain 2), hubungan sosial (domain 3), dan kondisi lingkungan (domain 4); dan terdapat 2 butir pertanyaan yang dinilai tersendiri yaitu kualitas hidup secara umum dan kualitas kesehatan secara umum. Domain tidak dihitung bila  $\geq 20\%$  pertanyaan.<sup>9</sup>

Analisis data menggunakan analisis univariat. Analisis ini menggunakan gambaran distribusi frekuensi, mean, dan standar deviasi menggunakan microsoft excel. Penyajian data dilakukan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan diagram yang disertai dengan narasi.

## HASIL

**Tabel 1.** Gambaran kualitas hidup penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

Kategori	Jumlah (n)	Pesentase (%)	Jumlah domain skor	Skor (1-5)
1 Sangat buruk	-	-		
2 Buruk	2	7,7		
3 Biasa saja	10	38,5	2-10	4
4 Baik	12	46,2		
5 Sangat baik	2	7,7		

Tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita eks kusta berada pada kategori baik yaitu 46,2%.



**Tabel 2.** Gambaran kualitas kesehatan penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

	<b>Kategori</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Pesentase (%)</b>	<b>Jumlah domain skor</b>	<b>Skor (1-5)</b>
1	Sangat tidak memuaskan	-	-		
2	Tidak memuaskan	9	34,6		
3	Biasa saja	10	38,5		3
4	Memuaskan	7	26,9	2-10	
5	Sangat memuaskan	-	-		

Tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas kesehatan penderita eks kusta berada pada kategori biasa saja yaitu 38,5%.

**Tabel 3.** Gambaran penderita eks kusta berdasarkan domain fisik di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

	<b>Kategori</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>	<b>Jumlah domain skor</b>	<b>Skor (1-5)</b>
1	Sangat buruk	-	-		
2	Buruk	2	7,7		
3	Biasa saja	12	46,2	7-35	3
4	Baik	11	42,3		
5	Sangat baik	1	3,8		

Tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita eks kusta berdasarkan domain fisik berada pada kategori biasa saja yaitu 46,2%.

**Tabel 4.** Gambaran penderita eks kusta berdasarkan domain psikologi di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

	<b>Kategori</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>	<b>Jumlah domain skor</b>	<b>Skor (1-5)</b>
1	Sangat buruk	-	-		
2	Buruk	-	-		
3	Biasa saja	14	57,7	6-30	3
4	Baik	12	42,3		
5	Sangat baik	-	-		

Tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita eks kusta berdasarkan domain psikologi berada pada kategori biasa saja yaitu 57,7%.

**Tabel 5.** Gambaran penderita eks kusta berdasarkan domain sosial di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah domain skor	Skor (1-5)
1 Sangat buruk	-	-		
2 Buruk	-	-		
3 Biasa saja	15	57,7	3-15	3
4 Baik	11	42,3		
5 Sangat baik	-	-		

Tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita eks kusta berdasarkan domain sosial berada pada kategori biasa saja yaitu 57,7%.

**Tabel 6.** Gambaran penderita eks kusta berdasarkan domain lingkungan di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah domain skor	Skor (1-5)
1 Sangat buruk	-	-		
2 Buruk	2	7,7		
3 Biasa saja	20	76,9	8-40	3
4 Baik	4	15,4		
5 Sangat baik	-	-		

Tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas hidup penderita eks kusta berdasarkan domain lingkungan berada pada kategori biasa saja yaitu 76,9%.

## PEMBAHASAN

### Gambaran kualitas hidup dan kualitas kesehatan penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka Tahun 2019

Kualitas hidup menurut World Health Organization (WHO) didefinisikan sebagai persepsi individu tentang posisinya terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan sistem nilai yang dianut, yang berhubungan dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan minat. Definisi tersebut mencerminkan bahwa kualitas hidup mengacu pada penilaian subyektif, yang tertanam dalam konteks budaya, sosial, dan lingkungan. Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan, dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain<sup>10</sup>.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak adanya kesesuaian antara persepsi kualitas hidup dan persepsi kualitas kesehatannya, dimana penderita eks kusta merasa kualitas hidupnya sudah baik karena memiliki nilai skor 4 (dalam rentang skor 1-5) sedangkan persepsi kualitas kesehatannya biasa saja karena memiliki nilai skor 3 (dalam rentang skor 1-5). Sesuai dengan penelitian tersebut, hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ulfa menemukan bahwa di Kabupaten Jember penderita eks kusta memiliki kualitas hidup dalam kategori baik dengan wilayah tanpa KPD dan penderita eks kusta memiliki kualitas hidup dalam kategori sangat baik dengan wilayah dengan KPD<sup>11</sup>. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Hunt, at al., kualitas hidup penderita eks kusta

di Vietnam menggunakan kuisioner DLQI dan WHOQOL-BREF memiliki skor yang tinggi berarti termaksud dalam kategori baik<sup>12</sup>. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Slamet, dkk., menemukan bahwa di wilayah Kabupaten Cirebon penderita eks kusta memiliki kualitas hidup yang rendah<sup>13</sup>.

Secara umum responden memiliki tujuan dan minat hidup yang baik sehubungan dengan responden memiliki kualitas hidup yang baik. Hal ini berkaitan dengan keadaan fisiknya, kehidupan spiritual, dan adanya dukungan sosial dari responden tersebut. Secara fisik responden 80% tidak mengalami cacat, dimana terjadi penurunan kualitas hidup dengan yang mengalami perubahan wajah atau cacat tubuh yang berpengaruh terhadap psikologis dan dapat menurunkan kualitas hidup seperti tidak dapat bekerja dengan maksimal<sup>14</sup>.

Faktor positif yang berpengaruh terhadap kualitas hidup responden adalah kehidupan spiritual dan dukungan sosial. Dimana kehidupan spiritual dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang, dengan berpikiran positif dan pasrah dengan keadaannya. Namun bukan berarti responden merasa pasrah begitu saja, responden mencari obat anjuran dari dr. praktek, adanya penyuluhan *face to face* yang dilakukan penyedia pelayanan kesehatan mengenai penyakitnya khususnya para programer kusta di lokasi penelitian.

Penderita eks kusta yang mengalami *self stigma* tersebut akan merasa bersalah terhadap kondisi kesehatannya, mereka berpikir bahwa penyakit kusta merupakan mimpi buruk bagi kehidupan dan merasa bahwa mereka sedang dihukum. Stigma yang berasal dari lingkungan sosial (*experienced stigma*) dapat menyebabkan penderita eks kusta stress, emosional, kecemasan, depresi, usaha bunuh diri, isolasi, masalah pada hubungan keluarga, dan persahabatan juga menyebabkan keterlambatan mendapatkan pengobatan<sup>15</sup>.

Berbeda dengan pernyataan tersebut, penderita eks kusta merasa kualitas kesehatannya termaksud dalam kategori biasa saja. Hal tersebut dipengaruhi oleh mayoritas responden melakukan pergerakan otot yang menggunakan energi yaitu melakukan aktivitas fisik seperti membersihkan rumah, mengurus anak, melakukan pekerjaan di sawah dan berkebun. Hal ini berhubungan dengan mayoritas pekerjaan dari responden adalah IRT dan petani yang dapat mempengaruhi kualitas kesehatannya. Ada perbedaan yang signifikan dimana responden merasa tidak puas terhadap kesehatannya. Hal tersebut dipengaruhi karena masih mengonsumsi obat-obatan yang diakibatkan oleh penyakit kusta seperti *gangrene* dan adanya reaksi kusta, serta gangguan kesehatan lainnya seperti rematik, hipertensi, cepat lelah, dan asma yang berpengaruh terhadap derajat kesehatannya.

### **Gambaran kualitas hidup dan kualitas penderita eks kusta berdasarkan domain fisik di Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

Domain fisik adalah subdomain dari kualitas hidup yang umumnya secara fisik dapat mengakibatkan kerusakan saraf besar yang ireversibel di wajah dan ekstremitas, motorik, dan sensorik, serta dengan adanya kerusakan yang berulang-ulang pada daerah enestetik disertai paralisis dan atrofi otot. Infeksi penyakit kusta sangat beranekaragaman dengan gambaran klinik baik dari lesi kulit maupun lesi saraf. Keterlibatan dan kerusakan saraf dapat menimbulkan cacat, kelumpuhan tangan, kaki, dan mata<sup>16</sup>. Secara fisik penyakit kusta akan berdampak terhadap sosial ekonomi dimana jika adanya kerusakan pada saraf dan adanya cacat tubuh akan menghambat pekerjaannya yang akan mengakibatkan ekonomi menjadi rendah dan adanya reaksi kusta berupa rasa nyeri pada badan khususnya nyeri neuropatik dan nyeri isoptif yang dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain fisik memiliki skor 3 (dalam rentang skor 1-5) berarti termaksud dalam kategori biasa saja, karena secara fisik responden tidak cukup terganggu karena 70% tidak mengalami cacat tubuh yang dapat menghambat pekerjaan, yang berdampak terhadap sosial-ekonomi menjadi rendah. Dari 7 item yang paling mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan domain fisik adalah rasa sakit fisik yang dapat mencegah dalam aktivitasnya dan kemampuannya dalam bergaul. Hal ini dipengaruhi oleh persepsi mayoritas responden yang mengaku berbadan cukup sehat sehingga dapat beraktivitas sesuai kebutuhannya dan menganggap hubungannya dengan teman/keluarga, lingkungan yang menyenangkan dan biasa saja.

Responden merasakan sakit fisik yang pengaruhnya beda-beda, secara umum responden merasa sedikit merasakan rasa sakit fisik. Hal tersebut dipengaruhi karena ada gangguan kesehatan yang dialami, seperti rematik dan adanya *gangrene*. Faktor umur yang tidak lagi muda dan adanya *gangrene* untuk sebagian responden. Hal tersebut mengakibatkan responden tidak dapat mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan keluarganya yang mengharuskan untuk berada dirumah dan jarang untuk bergaul dimana hal tersebut akan mempengaruhi persepsi mengenai kualitas hidupnya, dan faktor umur yang tidak lagi dapat berfungsi dengan baik. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Viana rasa sakit fisik yang dialami penderita kusta dalam jumlah sedikit (31,6%)<sup>16</sup>.

Kemampuan responden dalam bergaul menunjukkan sifat positif dalam kehidupan sehari-hari, responden mayoritas menganggap hubungan dengan teman/keluarga biasa saja, tidak ada perasaan malu. Dukungan yang diperoleh dari pergaulan akan memberikan dukungan motivasi dan semangat sehingga secara psikologis responden dapat menerima penampilan tubuhnya, dukungan yang didapat dari teman/ keluarga berupa informasi mengenai kesehatan, cara penanggulangannya, dan cara perawatan diri yang tentu dapat berdampak positif dalam kehidupan sehari-hari.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Govindrahaj Seratus empat puluh empat (40%) peserta memiliki cacat fisik. Ada perbedaan yang sangat signifikan terlihat di antara orang yang terkena kusta antara mereka yang kelainan bentuk dan tidak ada kelainan dalam empat domain<sup>18</sup>. Namun, secara umum responden merasa puas dengan kemampuannya dalam bekerja. Hal ini didukung karena responden sosial-ekonominya rendah yang mengharuskan untuk bekerja dan sebagai kepala keluarga, sehingga responden bekerja keras sebagai penopang dalam kehidupannya.

Berdasarkan data tersebut penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka terhadap kualitas hidup berdasarkan domain fisik dipengaruhi dengan keadaan fisiknya yang tidak cacat dan didukung oleh kemampuan dalam bergaul serta sedikit merasakan sakit fisik yang dialaminya yang dapat mempengaruhi kualitas hidup responden.

#### **Gambaran kualitas hidup dan kualitas penderita eks kusta berdasarkan domain psikologi di Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

Domain psikologi adalah subdomain dari kualitas hidup yang umumnya secara psikologis dapat mengakibatkan depresi, stres, rasa kecewa, takut, malu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berguna. Secara psikologis, penderita eks kusta yang mengalami akan berkembang menjadi depresi berat yang akan mengakibatkan seseorang akan bunuh diri dan tentunya akan diawali dengan dengan kesedihan atau kecil hati, yang merupakan dampak alami dari penderita eks kusta karena dijauhi dan tidak dipekerjakan karena "berbeda".

Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain psikologi memiliki skor 3 (dalam rentang skor 1-5) berarti termaksud dalam kategori biasa saja, hal ini dipengaruhi oleh adanya keterkaitan antara kualitas hidup responden dengan perasaan hidup yang berarti yang berhubungan dengan minat dan tujuan hidup yang cukup baik. Dari 6 item yang paling mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan domain psikologi adalah kemampuannya dalam berkonsentrasi.

Tidak ada penolakan dan diskriminasi yang dirasakan, responden mendapat hak kesempatan untuk mencari nafkah akibat keadaannya terhadap penyakitnya sehingga kebutuhan hidupnya terpenuhi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian dilakukan oleh Tarigan menunjukkan bahwa penderita eks kusta yang tinggal di Desa Lau Simomo adalah karena adanya penolakan dan diskriminasi di tempat tinggal sebelumnya serta mengalami *self stigma*<sup>21</sup>.

Stigma kusta masih merupakan fenomena global, terjadi di negara endemis dan nonendemis, aspek yang sangat sulit dihapus dari lingkaran kehidupan seseorang karena bersifat sosial dan dikonstruksi oleh masyarakat, yang mulanya dicap penyakit berbahaya, sebab kusta bisa menular, turunan, dan dianggap penyakit kutukan. Akhirnya hidupnya menjadi terasingkan dan hidupnya tidak bermakna. Hal tersebut tidak jauh berbeda dengan penderita kusta dimana tidak ada stigma dimasyarakat. Anggapan masyarakat di Kabupaten Kolaka penyakit "kandala-kandala" yang dialaminya. Namun, sebagian kecil responden tidak terbuka dengan lingkungan tempat tinggal dan teman mengenai penyakitnya dulu yang pernah dialaminya.

Berdasarkan data tersebut Penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka secara psikologi berhubungan dengan perasaan hidup yang berarti dan kemampuannya dalam berkonsentrasi yang cukup baik.

### **Gambaran kualitas hidup dan kualitas penderita eks kusta berdasarkan domain sosial di Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

Domain sosial adalah subdomain dari kualitas hidup umumnya secara sosial di akibatkan oleh kecacatan pada tubuh penderita yang membuat sebagian besar masyarakat merasa tidak enak untuk dipandang dan umumnya akan mengakibatkan penderita eks kusta dijauhi, dikucilkan oleh masyarakat, dan sulit mendapat pekerjaan. Hal tersebut membuat penderita eks kusta akan muncul adanya stigma di masyarakat, puncak proses stigma terjadi ketika perbedaan yang ada menyebabkan berbagai bentuk penolakan, eksklusif, dan diskriminatif lainnya. Stigma yang dialami biasanya cukup berat sebagai akibat penilaian atau "cap" sosial yang buruk tentang penyakitnya atau kecacatan yang ditimbulkannya.

Penderita kusta yang sudah menimbulkan kecacatan maupun belum mengalami kecacatan akan mengalami gangguan pada konsep dirinya diantaranya meliputi gambaran diri, ideal diri, peran diri, identitas diri, dan harga diri. Penelitian yang dilakukan oleh Brouwers et al., bahwa stigma dapat menyebabkan stress emosional, kecemasan, depresi, usaha bunuh diri, isolasi, masalah pada hubungan keluarga, dan persahabatan<sup>19</sup>. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Yen et al. dapat ditarik kesimpulan bahwa seseorang yang mengalami depresi dengan self stigma berat memiliki kualitas hidup yang lebih rendah<sup>20</sup>.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain sosial memiliki skor 3 (dalam rentang skor 1-5) berarti termasuk dalam kategori bias saja, hal ini dipengaruhi oleh dukungan sosial yang diperoleh dari teman/keluarga berupa informasi kesehatan maupun lingkungan terhadap kesehatannya. Dari 3 item berdasarkan domain sosial yang paling mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan domain sosial adalah hubungan sosial/personal, hal tersebut sudah menunjukan sifat yang positif bagi responden dalam membangun kepercayaan diri, menyebabkan terbentuknya kualitas hidup baik tanpa ada stigma dari dalam diri.

Hubungan sosial/personal penderita eks kusta sudah cukup baik karena responden tidak memiliki *self stigma*, memiliki tingkat kepercayaan diri yang baik, dan dukungan sosial yang diperoleh oleh responden. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarigan menemukan bahwa penderita eks kusta di Desa Lau Simomo. Bentuk dari sosialisasi dari penderita eks kusta yang dilakukan dengan masyarakat terlihat dengan keikutsertaan dalam gotong royong, hajatan, bahkan adanya pemilu<sup>21</sup>. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Wulandari menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan diri penderita eks kusta di RS Donorojo Jepara secara umum berada di kategori tinggi 50% serta mampu menerima keadaan diri yang dapat membantu memperoleh tujuan hidup yang lebih baik<sup>22</sup>.

Penderita eks kusta sering memiliki ketidakmampuan psikososial sekunder karena sifat reaksi penyakit dan cacat yang tidak enak dipandang, yang menghasilkan prasangka, dan stigmatisasi dan pengucilan sosial dari mereka yang terkena dampak. Pada umumnya penderita kusta akan mengalami kelainan bentuk wajah, mata dan ekstremitas individu yang terinfeksi juga cacat, mati rasa. Hal seperti itu adanya stigma yang membuat isolasi sosial dan ekonominya yang berpengaruh terhadap hubungan sosialnya.

Dalam hal ini menutup diri agar penyakit terdahulunya tidak diketahui oleh lingkungan sekitar bahwa penyakit yang diderita adalah kusta melainkan penyakit kulit dan penyakit gula. Namun mayoritas responden memiliki tingkat hubungan sosial yang baik antar sesamanya, oleh karena itu dalam berinteraksi dengan penderita eks kusta tidak mengalami kendala terutama penerimaan tubuh dalam keluarga maupun lingkungan sosial masyarakat.

Dukungan sosial memberikan dampak positif terhadap responden yang berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Dukungan ini merupakan bantuan yang diberikan oleh interaksi sosial baik terhadap keluarga/teman baik verbal maupun non verbal dukungan ini berupa dukungan emosional yang melibatkan rasa empati, peduli terhadap seseorang sehingga memberikan perasaan

nyaman, dorongan untuk maju atau ide disampaikan dari responden, nasehat, pemberian informasi, dan adanya dana untuk mengatasi masalah yang dialami responden yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakitnya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Resita menunjukkan bahwa penderita kusta mendapatkan dukungan sosial yang baik<sup>23</sup>, demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Nurmasiyithah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta, dukungan sosial keluarga, penilaian keluarga, dukungan tambahan keluarga, dan dukungan emosional keluarga<sup>24</sup>.

Berdasarkan data tersebut Penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka secara sosial dipengaruhi oleh dukungan sosial yang berhubungan dengan hubungan sosial/personal responden yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya.

### **Gambaran kualitas hidup dan kualitas penderita eks kusta berdasarkan domain lingkungan di Kabupaten Kolaka Tahun 2019**

Domain lingkungan adalah subdomain dari kualitas hidup umumnya secara lingkungan dapat mempengaruhi status kesehatan. Lingkungan merupakan faktor determinan dalam menularkan dan memunculkan suatu penyakit, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Kondisi lingkungan buruk akan berdampak terhadap derajat kesehatan yang rendah, demikian pula jika lingkungan yang baik akan berdampak terhadap derajat kesehatan yang baik. Oleh sebab itu salah satu persyarat kondisi lingkungan harus mampu mendukung tingkat kesehatan penghuninya, baik itu terhadap akses pelayanan kesehatan dan transportasi yang dijalani.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa domain lingkungan memiliki skor 3 (dalam rentang skor 1-5) berarti termasuk dalam kategori biasa saja. Dari 8 item berdasarkan domain lingkungan yang paling mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan adalah transportasi yang dijalaninya karena mayoritas responden memiliki kendaraan yang layak pakai, baik menggunakan transportasi pribadi dan transportasi umum ke pelayanan kesehatan.

Secara geografis, mayoritas penderita eks kusta banyak terdapat di tepi pantai. Hal ini dimungkinkan adanya perubahan suhu, kelembapan yang berfluktuasi yang menyebabkan kuman kusta berkembang dengan baik pada daerah tersebut yang didukung dengan tingginya pergerakan orang dari satu tempat ketempat lain sehingga penderita eks kusta dapat mengalami penyakit kusta yang pernah dialaminya. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Khofifah mayoritas responden bertempat tinggal di tepi pantai<sup>25</sup>. Demikian pula, penelitian yang dilakukan oleh Nurdian penderita kusta di Kabupaten kolaka mayoritas bertempat tinggal ditepi pantai<sup>26</sup>.

Pelayanan kesehatan yang baik tentu akan berdampak terhadap kualitas hidup dan kualitas kesehatan. Transportasi yang memuaskan dan akses pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau tentu dapat meningkatkan derajat kesehatan, serta kebutuhan (*needs*), keinginan (*want*) para *health provider* yang memuaskan, dimana *health provider* khususnya para dokter dan perawat yang selalu memberikan penyuluhan kesehatan, saran dan masukan dilakukan terhadap responden agar hidupnya berarti dan memiliki tujuan dan minat hidup yang baik yang tentu berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Selain itu, obat-obatan dan perawatan luka *gangrene* yang digunakan responden dapat dijangkau dengan mudah dan biaya yang tidak terlalu mahal. Namun, sebagian kecil responden tidak menggunakan kartu pelayanan kesehatan dan ekonominya yang rendah serta pengetahuannya yang kurang sehingga untuk melakukan perawatan luka *gangrene* akibat penyakit kusta yang pernah dialaminya sangat sulit untuk dicapainya. Kadang responden hanya membiarkan dan kurang mendapat pengetahuan tentang kesehatan khususnya mengenai penyakit kusta yang pernah dialaminya.

Berdasarkan data tersebut Penderita eks kusta di Kabupaten Kolaka secara lingkungan merasa cukup memuaskan dengan transportasi yang dijalani sehingga memudahkan ke pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

## **SIMPULAN**

1. Gambaran kualitas hidup penderita eks kusta secara umum termasuk dalam kategori baik.

2. Gambaran kualitas kesehatan penderita eks kusta secara umum termaksud dalam kategori biasa saja.
3. Gambaran kualitas hidup berdasarkan domain fisik termaksud dalam kategori biasa saja.
4. Gambaran kualitas hidup berdasarkan domain psikologi termaksud dalam kategori biasa saja.
5. Gambaran kualitas hidup berdasarkan domain sosial termaksud dalam kategori biasa saja.
6. Gambaran kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan termaksud dalam kategori biasa saja.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
2. Bujawati, E., Nildawati, & Alam, A. S. 2016. Gambaran Persepsi Pasien Tentang Penyakit Kusta dan Dukungan Keluarga Pada Pasien Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2015. *Al-Sihah : Public Health Science Journal*, 8(1), 29–38.
3. WHO. 2016. Global leprosy update 215: time for action, accountability and inclusion. *Global Leprosy Update, 2015: Time for Action, Accountability and Inclusion*, 91(35), 405–420. Retrieved from <http://www.who.int/wer>
4. Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Kemenkes RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia 2017. Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
6. Dinkes, Sultra. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Kendari: Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara.6
7. Dinkes Kab. Kolaka. 2018. *Profil Kesehatan Kabupaten Kolaka Tahun 2017*. Kolaka: Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka.
8. Ginting, E. P. 2014. Nyeri neuropatik berkorelasi dengan terganggunya kualitas hidup penderita morbus hansen. *Thesis*. Program Pasca Sarjana Universitas udayana: Denpasar.
9. WHO.1995.Scoring Introduction.University of Washington : United Statesof America. 1-12.
10. Silitonga, R. 2007. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Parkinson di Poliklinik Saraf RS Dr. Kariadi. *Thesis*. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro: Semarang. <https://doi.org/10.1561/2200000016>
11. Ulfa, F. 2015. Kualitas Hidup Orang Yang Pernah Menderita Kusta (OYPMK). *Skripsi*. Universitas Jember: Jember.
12. Hunt, W. T. N. H., Hung, N. T., Truong, N. N., Nikolaou, V., Khoa, N. D. D., & Ly, T. H. 2018. A case-control study comparing the Dermatology Life Quality Index (DLQI) ratings of patients undergoing leprosy treatment, people cured of leprosy, and controls in Vietnam. *Lepr Rev*, 89(August 2017), 46–55.
13. Slamet, E. S., Sukandar, H., & Gondodiputro, S. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Quality Of Life Orang yang Pernah Mengalami Kusta di Kabupaten Cirebon, 1–19.
14. Santos, V. S., Oliveira, L. S., Castro, F. D. N., Gois-Santos, V. T., Lemos, L. M. D., Ribeiro, M. do C. O., Gurgel, R. Q. 2015. Functional activity limitation and quality of life of leprosy cases in an endemic area in Northeastern Brazil. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 9(7), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003900>.
15. ILEP and the Netherlands Leprosy Relief (NLR); 2011). Guidelines to reduce stigma. Amsterdam : The International Federation of Anti-Leprosy Associations.
16. Viana, L. da S., Aguiar, M. I. F. de, Vasconcelos, P. F. de, & Aquino, D. M. C. de. 2017. Physical appearance and repercussions on the quality of life and the autonomy of elderly people affected by leprosy. *Enferm. Glob*, 16(46), 336– 348. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.248681>.
17. Liana Okky, A. 2015. Gambaran social adjustment mantan penyandang kusta yang telah dinyatakan sembuh secara medis di wisma rehabilitasi sosial katolik wireskat blora. *Skripsi*. Universitas Kristen Satya Wacana : Salatiga.
18. Govindharaj, P., Srinivasan, S., & Darlong, J. 2018. Quality of life of people affected with leprosy

- disability living in Purulia, West Bengal. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(2).
19. Brouwers, C., Brakel, W. H. Van, & Cornielje, H. 2011. Quality Of Life, Perceived Stigma, Activity And Participation Of People With Leprosy-Related Disabilities In South-East Nepal. *CBR and Inclusive Development*, 22(1), 16–34. <https://doi.org/10.5463/DCID.v22.i1.15>
  20. Yen, C.-F., Chen, C.-C., Lee, Y., Tang, T.-C., Ko, C.-H. & Yen, J.-Y. 2009. Association between Quality of Life and Self-Stigma, Insight, and Adverse Effects of Medication in Patients with Depressive Disorders. *Depression and Anxiety*, 26.
  21. Tarigan, Rehjyana. 2018. Kehidupan Sosial Mantan Penderita Kusta Desa Lau Simomo, Kecamatan Kabanjahe, Kabupaten Karo. *Skripsi*. Universitas Sumatera Utara: Medan.
  22. Wulandari, Patricia I. 2015. Kepercayaan Diri Mantan Penderita Kusta Di Lingkungan Sosial RS Donorojo Jepara. *Skripsi*. Universitas Negeri Semarang: Semarang.
  23. Resita, A. E., Ariyanto, Y., & Baroya, N. 2015. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember. *Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa*, 1–5.
  24. Nurmasythah. 2014. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lepra di Puskesmas Trienggadeng Kabupaten Pidie Jaya Tahun 2014*. *Skripsi*. Universitas Syiah Kuala: Aceh. Retrieved from [etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show\\_detail&id=11315](http://etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show_detail&id=11315)
  25. Khofifah, B., & Gayatri, D. 2014. Distribusi Spasial Kasus Kusta Di Tiga Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Lamongan, Jawa Timur Tahun 2012. *FKM UI*, 1–20.
  26. Nurdian, W. 2019. *Gambaran Kualitas Hidup Penderita Kusta di Kabupaten Kolaka Tahun 2019*. *Skripsi*. Universitas Halu Oleo: Kendari.



# DETERMINAN PEMILIHAN PERTOLONGAN PERSALINAN DI DESA LINSOWU KECAMATAN KULISUSU KABUPATEN BUTON UTARA

## DETERMINANT OF SELECTION OF CHILDBIRTH ASSISTANCE IN LINSOWU VILLAGE, KULISUSU DISTRICT, NORTH BUTON REGENCY

Fifi Nirmala<sup>1</sup>, Junaid<sup>2</sup>, Suntrisnawati<sup>3</sup>, Jusniar Rusliafa<sup>4</sup>, Nurmaladewi<sup>5</sup>,  
Nurnashriana Jufri<sup>6</sup>

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo<sup>1-6</sup>

<sup>1</sup>Email: fifinirmala87@gmail.com

### ABSTRAK

Indonesia termasuk negara yang mengalami angka kematian maternal yang cukup tinggi. Pada Tahun 2016 terdapat 3 kasus Angka Kematian Ibu dan 25 kasus Angka Kematian Bayi di Kabupaten Buton Utara, Sulawesi Tenggara. Salah satu faktor penyebab adalah masih ada masyarakat yang memiliki tradisi ke dukun bayi sebagai penolong persalinan dibanding tenaga kesehatan (Dinkes Sultra, 2016). Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan pendidikan ibu, kepercayaan tradisional, dukungan suami, dan sosial ekonomi dalam pemilihan pertolongan persalinan di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara Tahun 2019. Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian yaitu seluruh ibu nifas dalam kurun waktu Januari - Mei 2019. Pengambilan sampel menggunakan teknik accidental sampling berjumlah 36 orang. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji chi-square dengan taraf kepercayaan 5%. Hasil penelitian adalah ada hubungan antara pendidikan ( $p$ -value = 0,014) dan sosial ekonomi ( $p$ -value = 0,037) terhadap pemilihan pertolongan persalinan. Tidak ada hubungan antara kepercayaan tradisional ( $p$ -value = 0,657) dan dukungan suami ( $p$ -value = 0,213) terhadap pemilihan pertolongan persalinan. Masyarakat Desa Linsowu adalah masyarakat yang masih menjunjung tinggi adat istiadat sehingga kebanyakan masyarakat masih melahirkan di tenaga non kesehatan (dukun) dari pada tenaga kesehatan. Walaupun suami mendukung dalam hal pemilihan persalinan di tenaga kesehatan tetapi pelaksanaannya memilih persalinan oleh tenaga dukun. Salah hal yang mendukung tenaga non kesehatan adalah pelayanan yang diberikan oleh dukun lebih lengkap mulai dari memandikan bayi sampai ibu nifas. Sosial ekonomi yang tinggi justru memilih tenaga dukun padahal sosial ekonomi rendah lebih memilih puskesmas yang gratis. Faktor yang utama dalam mendukung persalinan di tenaga kesehatan tentunya pendidikan yang tinggi.

**Kata kunci** : Pertolongan Persalinan, Pendidikan, Kepercayaan, Dukungan suami, Social-ekonomi

### ABSTRACT

Indonesia is one of the countries that experienced a high maternal mortality rate. In 2016 there were 3 cases of Maternal Mortality and 25 cases of Infant Mortality in North Buton, one of the districts in Southeast Sulawesi. One factor is that there was still people who choose non-health workers (red: dukun or sandro) as a helper for childbirth rather than health workers (Southeast Sulawesi Health Office, 2016). This study aimed to determine the relationship of education, traditional beliefs, husband support, and socioeconomic in the selection of childbirth assistance in Linsowu Village, Kulisusu District, North Buton Regency in 2019. The type of research was an observational analytic study with a cross-sectional approach. The population of research was all postpartum mothers in the period of January - May 2019. Sampling using accidental sampling technique amounted to 36 people. The analysis of study was the chi-square test with a confidence level of 5%. The results were that there was a relationship between education ( $p$ -value = 0.014) and socioeconomic ( $p$ -value = 0.037) to the selection of childbirth assistance. There was no relationship between ( $p$ -value = 0.657) and husband's support ( $p$ -value = 0.213) to the selection of childbirth assistance. Linsowu Village community is a community that still upholds customs for pregnancy, childbirth, and breastfeeding so that most people still give birth to non-health workers rather than health workers. Even though the husband supports the selection of births in

health workers but still chooses births by dukun. Cause that supports non-health workers was the service provided by the dukun more fully from bathing the baby to the postpartum mother. High socioeconomic choose a dukun whereas lower one prefers a free community health center. The main factor in supporting childbirth in health workers was certainly higher education.

**Keywords :** Childbirth Assistance, Education, Beliefs, Husband Support, Socioeconomic

## PENDAHULUAN

Ancaman kematian maternal masih menjadi masalah utama di negara berkembang termasuk Indonesia. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) sebanyak 830 wanita hamil dan melahirkan meninggal setiap harinya dan terbesar terjadi di negara berkembang, seperti negara di kawasan Afrika, Haiti, Guyana, Bolivia, Nepal, Myanmar, India dan Indonesia<sup>1</sup>. Data *World Health Organization* (WHO) mengenai status kesehatan nasional pada capaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) menyatakan secara global bahwa kematian maternal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat AKI sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>2</sup> Sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio AKI masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.<sup>2</sup>

Indonesia termasuk negara yang mengalami peningkatan angka kematian maternal. Tingginya angka kematian ibu di Indonesia terkait dengan banyak faktor, diantaranya kualitas perilaku ibu hamil yang tidak memanfaatkan ANC (*Antenatal Care*) pada pelayanan kesehatan. Disamping faktor geografis maupun ekonomi, peengetahuan ibu yang minim berkaitan dengan kehamilannya menjadi masalah tersendiri bagi para tenaga medis dalam memberikan pelayanan yang menjadi kurang sempurna<sup>3</sup>. Tren kematian neonatal di Indonesia dari hasil SDKI 2007 dan SDKI 2012 menunjukkan tingkat kematian yang stagnan, pada Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 memperlihatkan adanya penurunan. Demikian juga pada angka kematian bayi dan balita hasil SDKI 2017 menunjukkan adanya penurunan. Kematian neonatal turun dari 19 per 1000 kelahiran hidup menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup, kematian bayi turun dari 32 per 1000 kelahiran hidup menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup, dan kematian balita dari 40 per 1000 kelahiran hidup menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup<sup>4</sup>.

Angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Buton Utara cukup tinggi, pada tahun 2016 terdapat 3 kasus kematian ibu sedangkan jumlah kematian bayi sebanyak 25 kasus. Angka tersebut menunjukkan belum tercapainya target nasional serta masih ada masyarakat yang memilih dukun bayi sebagai tenaga persalinannya dibanding tenaga kesehatan<sup>5</sup>. Desa Linsowu merupakan salah satu wilayah kerja dari puskesmas Kulisusu Kabupaten Buton Utara. Menurut profil Puskesmas Kulisusu tahun 2017. Angka Kematian Bayi sebesar 6 per 1000 kelahiran hidup. Besarnya peranan dukun bayi dalam penolong persalinan pada masyarakat kulisusu di pengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satu faktor yang berperan penting yaitu faktor adat istiadat atau sosial budaya yang terkait dengan kepercayaan masyarakat terhadap *wolia* (sebutan masyarakat kulisusu untuk dukun bayi) yang masih tinggi. Hal ini disebabkan oleh kebiasaan sebagian besar kaum perempuan di masyarakat Kulisusu yang turun temurun memilih *wolia* sebagai penolong persalinan meskipun dengan resiko yang sangat besar.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana Determinan Pemilihan Pertolongan Persalinan di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara Tahun 2019.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini yaitu seluruh ibu nifas dalam kurun waktu Januari - Mei 2019 di Desa Linsowu Kulisusu Kabupaten Buton Utara. Pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling* berjumlah 36 orang. Data primer dari penelitian ini yaitu data pemilihan petolongan persalinan, pendidikan, kepercayaan tradisional, dukungan suami, dan sosial ekonomi diperoleh

melalui alat bantu kuesioner, alat dokumentasi, komputer yang dilengkapi *Software SPSS*. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi-square* dengan taraf kepercayaan 5%.

## HASIL

### Karakteristik Responden

Responden adalah ibu yang melahirkan dalam kurun waktu Januari – Mei 2019. Karakteristik berdasarkan umur disajikan pada tabel 1 berikut.

**Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara Tahun 2019**

No.	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1.	15-20	6	16,7 %
2.	20-25	10	27,8 %
3.	26-30	14	38,9 %
4.	31-35	6	16,7 %
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Tabel 1 menunjukkan karakteristik umur dari 36 responden yang teliti. Kelompok umur yang terbanyak adalah kelompok umur 26 - 30 tahun sejumlah 14 (38,9%) responden dan paling sedikit adalah kelompok umur 15 - 20 tahun dan 31 - 35 tahun masing - masing berjumlah 6 (16,7%) responden.

### Deskripsi Variabel Penelitian

Berdasarkan variable yang diteliti, Tabel 2 menyajikan distribusi determinan pemilihan persalinan di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara.

**Tabel 2. Distribusi Berdasarkan Determinan Pemilihan Persalinan di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara Tahun 2019**

Variabel	Dimensi	Jumlah (n)	Persen (%)
<b>Pendidikan Ibu</b>	Rendah	22	61
	Tinggi	14	39
<b>Kepercayaan Tradisional</b>	Ada	17	47
	Tidak Ada	19	53
<b>Dukungan Suami</b>	Tidak mendukung	28	78
	Mendukung	8	22
<b>Sosial-ekonomi</b>	Rendah	18	50
	Tinggi	18	50
<b>Pemilihan persalinan</b>	Non tenaga kesehatan	23	64
	Tenaga kesehatan	13	36
<b>Jumlah</b>		<b>36</b>	<b>100</b>

Pendidikan adalah suatu sadar dan terancam agar seseorang secara aktif mengembangkan potensi dirinya<sup>6</sup>. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan berdasarkan Tabel 2 paling banyak masih pada kategori rendah dengan kriteria tidak sekolah sampai dengan SMP berjumlah 22 (61%) responden. Lestari (2012) menyatakan bahwa kebudayaan adalah sebuah sistem berupa konsepsi-konsepsi yang diwariskan dalam bentuk simbolik sehingga dengan cara inilah manusia mampu berkomunikasi, melestarikan, dan mengembangkan pengetahuan serta sikapnya terhadap kehidupan. Kepercayaan tradisional adalah keyakinan dan kepatuhan mengikuti adat istiadat selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang dapat mempengaruhi perempuan dalam memilih penolong. Sebanyak 19 (53%) responden tidak mempunyai kepercayaan tradisional terhadap pemilihan penolong persalinan.<sup>7</sup>

Suami dan keluarga memiliki peranan penting dalam memilih penolong selama kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini terutama terjadi pada perempuan yang relative muda usianya sehingga kemampuan mengambil keputusan secara mandiri masih rendah. Sebanyak 28 (78%) responden tidak mendapatkan dukungan suami. Sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang

dalam kelompok masyarakat yang ditentukan oleh jenis aktivitas ekonomi, pendidikan serta pendapatan. Dalam hal ini kriteria social ekonomi berdasarkan dukungan terhadap pemilihan persalinan yang berbiaya. Sebanyak 18 (50%) responden mendukung dalam hal persalinan. Tenaga penolong persalinan dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu yang pertama penolong persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang termaksud didalamnya adalah dokter umum, dokter kandungan, bidan dan bidan desa, dan tenaga professional lainnya<sup>8</sup>. Kedua adalah penolong persalinan bukan tenaga kesehatan yaitu dukun, keluarga/teman/lainnya selain tenaga professional yang terlatih<sup>9</sup>. Deskripsi responden berdasarkan pemilihan penolong persalinan yang terbanyak adalah pada non tenaga kesehatan sebanyak 23 (64%) responden.

### Determinan Pemilihan Penolong Persalinan

Tabel 3 merupakan sajian hasil analisis variable pemilihan penolong persalinan terhadap variable bebas yang diteliti.

**Tabel 3. Determinan Pemilihan Persalinan di Desa Linsowu Kecamatan Kulisusu Kabupaten Buton Utara Tahun 2019**

No	Variabel	Pemilihan Persalinan				Jumlah		<i>p-value</i>
		Non Tenaga Kesehatan		Tenaga Kesehatan		n	%	
		n	%	n	%			
<b>1</b>	<b>Pendidikan</b>							
	Rendah	18	82	4	18	22	61	0,014
	Tinggi	5	36	9	64	14	39	
<b>2</b>	<b>Kepercayaan Tradisional</b>							
	Ada	12	71	5	29	17	47	0,174
	Tidak Ada	11	58	8	42	19	53	
<b>3</b>	<b>Dukungan Suami</b>							
	Tidak Mendukung	16	57	12	43	28	78	0,213
	Mendukung	7	87	1	13	8	22	
<b>4</b>	<b>Sosial Ekonomi</b>							
	Rendah	8	44	10	56	18	50	0,037
	Tinggi	15	83	3	17	18	50	
	<b>TOTAL</b>	23	64	13	36	36	100	

Hasil dari penelitian menjelaskan variable pendidikan untuk kategori rendah sebanyak 82% (18) responden lebih dominan memilih non tenaga kesehatan, sebaliknya kategori pendidikan tinggi sebanyak 64% (9) responden dominan memilih tenaga kesehatan dalam pemilihan persalinan. Berdasarkan hasil analisis diperoleh bahwa ada hubungan antara pendidikan (*p-value* = 0,014) terhadap pemilihan pertolongan persalinan. Responden yang mempunyai kepercayaan tradisional sebanyak 71% (12) responden dominan memilih persalinan non tenaga kesehatan dan yang tidak mempunyai kepercayaan tradisional juga 58% (11) responden memilih non tenaga kesehatan dalam penolong persalinan. Sehingga hasil analisis menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kepercayaan tradisional (*p-value* = 0,174) terhadap pemilihan pertolongan persalinan.

Dukungan suami adalah salah satu faktor penentu dalam pemilihan penolong persalinan, namun dalam penelitian ini hasil analisis menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan suami (*p-value* = 0,213) karena sebanyak 57% (16) responden yang tidak mendukung dominan tetap

memilih persalinan non tenaga kesehatan sama halnya yang mendapat dukungan suami dominan sebanyak 87% (7) responden memilih non tenaga kesehatan dalam penolong persalinan. Sosial ekonomi yang rendah sebanyak 56% (10) responden memilih tenaga kesehatan sedangkan yang tinggi (mampu) dominan 83% (15) responden memilih non tenaga kesehatan. Sehingga hasil analisis menyatakan bahwa ada hubungan antara social ekonomi ( $p\text{-value} = 0,037$ ) terhadap pemilihan pertolongan persalinan.

## PEMBAHASAN

Pertolongan persalinan kesehatan ditentukan oleh kebutuhan yang dipengaruhi oleh tiga faktor besar, yaitu faktor *predisposing*, faktor *enabling*, dan faktor *need*. Faktor *predisposing* adalah seseorang untuk menggunakan pelayanan, yaitu faktor demografi, faktor struktur sosial dan faktor keyakinan terhadap kesehatan. Faktor *enabling* adalah kemampuan seseorang untuk mencari peyanan kesehatan, yaitu berupa sumberdaya keluarga dan sumberdaya masyarakat, sedangkan faktor *need* adalah kebutuhan seseorang akan pelayanan.

Indikator tercapainya sasaran program MDGs tahun 2015 adalah persentase ibu bersalin yang ditolong oleh nakes sebesar 90%. Penolong dan tempat persalinan serta akses pelayanan kesehatan yang sulit mempunyai korelasi yang sangat kuat terhadap kematian ibu dan bayi. Pemilihan penolong persalinan dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu pengaruh orang tua, suami dan keluarga dekat bahkan lingkungan sekitar<sup>10</sup>.

### Pendidikan

Pendidikan memiliki pengaruh pada seseorang untuk memutuskan apa yang akan diambil. Dalam penelitian ini tingkat pendidikan ibu sebagian besar pada pendidikan dasar sehingga pemilihan tempat persalinanpun masih didominasi persalinan di non faskes (rumah). Pendidikan merupakan salah satu faktor dalam menentukan pemilihan tempat bersalin. Semakin tinggi pendidikan akan semakin tinggi kesadaran untuk mendapat pelayanan kesehatan yang lebih baik tingkat pendidikan. Envuladu EA et al (2013) mengatakan bahwa pendidikan formal sangat penting bagi seorang ibu karena dengan pendidikan yang baik maka ibu mempunyai wawasan berpikir yang luas dan baik tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>11</sup>

Berdasarkan Prihatin, Rahfiludin, dan Winarni (2016) menyatakan bahwa pendidikan SD lebih mendominasi persalinan yang dilakukan di non faskes.<sup>12</sup> Sebuah penelitian di Kelurahan Bangsal pada Bulan Agustus 2016 juga mengatakan bahwa terdapat hubungan antara karakteristik tingkat pendidikan terhadap pemilihan tempat bersalin<sup>13</sup>. Pengetahuan sangat penting perannya dalam tindakan memilih pelayanan yang diyakini kemampuannya. Ketidaktahuannya masyarakat Linsowu dalam pengenalan tanda bahaya persalinan disebabkan oleh faktor pendidikan dan pengalaman melahirkan sebelumnya, sehingga kesadaran masyarakat pencarian pertolongan persalinan profesional belum memadai. Bahaya saat bersalin sebaiknya diatasi oleh tenaga kesehatan sehingga bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dapat dilakukan tindakan medis sesegera mungkin. Maka dari itu semakin baik pendidikan dan wawasan seseorang semakin baik pula pemanfaatan pelayanan kesehatan mereka<sup>14</sup>.

### Kepercayaan Tradisional

Masyarakat Desa Linsowu adalah masyarakat yang masih menjunjung tinggi adat istiadat sehingga kebanyakan masyarakat masih melahirkan di tenaga dukun dari pada tenaga kesehatan karena faktor dorongan dari adat istiadat itu sendiri. Asumsi di masyarakat, bidan adalah hanya memiliki keahlian dalam memeriksakan kehamilan, persalinan dan nifas, tetapi mereka tidak memiliki pengetahuan tentang keharusan dan larangan atau adat istiadat selama kehamilan, persalinan dan nifas. Oleh karena itu perempuan yang masih taat dan patuh mengikuti adat istiadat akan lebih memilih dukun daripada bidan atau walaupun mereka memilih memeriksakan kehamilannya ke bidan mereka juga akan meminta dukun untuk memimpin upacara tujuh bulanan dan sebagainya atau meminta saran dan dukungan berkaitan dengan keharusan dan pantangan selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas<sup>9</sup>.

Penelitian oleh Alhidayati dan Asmulyanti (2017) mendapatkan bahwa bersalin ke dukun bayi merupakan suatu tradisi di masyarakat<sup>15</sup>. Sosial budaya memiliki ikatan yang kuat terhadap seseorang dalam mengambil keputusan, terutama pemilihan tenaga penolong persalinan oleh ibu. Budaya yang kental dengan adat istiadat daerah dapat merubah suatu keputusan, sehingga budaya sangat mempengaruhi tingkat pemilihan penolong persalinan. Pada dasarnya, peran kebudayaan terhadap kesehatan masyarakat adalah dalam membentuk, mengatur dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu-individu suatu kelompok sosial untuk memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan. Mereka masih percaya kepada dukun karena kharismatik dukun tersebut yang sedemikian tinggi. Keyakinan ini juga melekat kuat pada ibu hamil oleh karena informasi disampaikan secara turun temurun<sup>16</sup>.

### **Dukungan Suami**

Masyarakat linsowu lebih banyak memilih tenaga dukun karena kebanyakan suami mendukung apa keputusan istri dan keluarga yang mau melahirkan di tenaga kesehatan maupun tenaga dukun. Tak lain hal tersebut juga disebabkan faktor budaya yang masih menganut kepercayaan dari turun temurung sehingga lebih memilih tenaga dukun dari pada tenaga kesehatan. Walaupun suami mendukung dalam hal pemilihan persalinan di tenaga kesehatan tetapi masih juga bersalin di tenaga dukun. Mengacu pada hasil uji tersebut dapat dijelaskan bahwa adanya dukungan suami kepada istri dalam pemilihan persalinan, dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moral maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan<sup>17</sup>.

Suami dan keluarga memiliki peranan penting dalam memilih penolong selama kehamilan, persalinan dan nifas. Hal ini terutama terjadi pada perempuan yang relative muda usianya sehingga kemampuan mengambil keputusan secara mandiri masih rendah. Mereka berpendapat bahwa pilihan orang yang lebih tua adalah yang terbaik karena orang tua lebih berpengalaman daripada mereka. Selain itu, kalau mereka mengikuti saran orang tua, jika terjadi sesuatu yang buruk, maka seluruh keluarga dan terutama orang tua akan ikut bertanggung jawab. Oleh karena itu ketika orang tua menyarankan memilih dukun, mereka akan memilih dukun ataupun sebaliknya. Pemilihan penolong persalinan yang diputuskan oleh ibu, merupakan saran, anjuran dan paksaan dari suami/keluarga dalam memilih dukun bayi atau bidan sebagai penolong persalinannya<sup>18</sup>.

### **Sosial Ekonomi**

Dalam hal ini yang sosial ekonomi rendah lebih cenderung paling banyak yang memilih tenaga kesehatan dari pada status ekonomi tinggi, karena dimana masyarakat yang berstatus ekonomi rendah mereka lebih cenderung ke tenaga kesehatan di bandingkan tenaga dukun disebabkan karena dengan mengesamping budaya yang dianut, mereka terpaksa memilih fasilitas kesehatan yang gratis persalinan seperti di Puskesmas. Sedangkan yang berstatus ekonomi tinggi lebih cenderung memilih tenaga dukun untuk tempat bersalin karena tenaga dukun lebih eksklusif dari pada tenaga kesehatan. Salah hal yang mendukung tenaga non kesehatan adalah pelayanan yang diberikan oleh dukun lebih lengkap mulai dari memandikan bayi sampai ibu nifas. Sosial ekonomi yang tinggi justru memilih tenaga dukun padahal sosial ekonomi rendah lebih memilih puskesmas yang gratis.

Alasan ibu atau keluarga memilih dukun bayi meskipun tidak ada kendala akses adalah karena pertama dukun masih keluarga. Kedua Dukun memiliki tingkat sosial budaya yang tinggi di masyarakat. ketiga dukun dalam pelayanan lebih memberi rasa nyaman, dan terakhir dukun dapat memberi pijat kehamilan dan bayi<sup>15</sup>. Masalah keterkaitan akses yang jauh dengan pemilihan persalinan kepada dukun bayi didukung oleh penelitian bahwa ada hubungan signifikan antara keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan ibu bersalin dengan pemilihan persalinan pada dukun bayi<sup>19</sup>.

## SIMPULAN

Ada hubungan antara pendidikan ( $p$ -value = 0,014) dan sosial ekonomi ( $p$ -value = 0,037) terhadap pemilihan pertolongan persalinan. Tidak ada hubungan antara kepercayaan tradisional ( $p$ -value = 0,657) dan dukungan suami ( $p$ -value = 0,213) terhadap pemilihan pertolongan persalinan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Nurizka H.R. (2018). Disparitas Kematian Maternal di Indonesia: Studi Ekologi dengan Analisis Spasial, *Jurnal MKMI*, Vol. 14 No. 2.
2. World Health Organization (WHO). (2017). *WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013*. Geneva; World Health Organization.
3. Wulandari. Responsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Karanganyar. *Jurnal Wacana Publik* Vol 1 No 3, 2017
4. Windiarso T. (2018). *Profil Anak Indonesia*. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) 2018.
5. Dinkes Sultra.2015. *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara Tahun 2015*. Dinas profinsi Sulawesi Tenggara. Kendari.
6. Rush, R. A. (2014). Parental Involvement in Middle School Predicting College Attendance For First Generation Students. *Journal of Education* Vol.136 No.4 , 1-17.
7. Lestari D. (2015). Hubungan Antara Usia Ibu Dengan Kejadian Penyulit Persalinan Di RSUD Banyumas. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Purwokerto. *Skripsi*.
8. Fitrlaneti, Desi; Waris, Lukman dan Yulianto, Aris. (2018). Faktor yang Mempengaruhi Ibu Hamil Memilih Penolong Persalinan di Wilayah Puskesmas Malakopo Kabupaten Kepulauan Mentawai. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, Volume2 Nomor 3. Desember 2018. Halaman 153 – 162.
9. Ernawati, S. (2012). Gambaran Dukungan Suami Pada Ibu Menjelang Proses Persalinan Di Wilayah Kerja Puskesmas Doro 2 Kabupaten Pekalongan Tahun 2012. *Skripsi*. E-Skripsi Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. <https://e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id> . Diakses pada Oktober 2019.
10. Parenden, Relik Diana; Kandou, G.D; dan Pangemanan, J.M. (2015). Analisis Keputusan Ibu Memilih Penolong Persalinan Di Wilayah Puskesmas Kabila Bone. *JIKMU*, Vol. 5 No. 2a April 2015 halaman 362 – 372.
11. Envuladu EA et al (2013). Factors Determining The Choice Of A Place Of Delivery Among Pregnant Women In Russia Village Of Jos North, Nigeria: Achieving The MDGs 4 and 5. Department of Community Medicine, Jos University Teaching Hospital, Plateau state. Doctors on the Move –Afrika International. *International Journal of Medicine and Biomedical Research*. Vol 2 Issue 1, pp: 23-7.
12. Prihatin, Titin; Rahfiludin, M.Zen; dan Winarni, Sri (2016). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Tempat Persalinan Tahun 2016 (Studi Di Wilayah Puskesmas Perawatan Suban Kabupaten Tanjung Jabung Barat). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* Volume 5, Nomor 3, Juli 2017. Halaman 218 – 225.
13. Prihanti, Gita Sekar et al. (2016) Analisis Faktor Pemilihan Tempat Bersalin Di Rumah Sakit pada Ibu Hamil. *Saintika Medika*, Jurnal Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Keluarga. Volume 13 Nomor 2 Desember 2017. Halaman 88 – 98.
14. Ilhamdani A.L, (2017). Hubungan Antara Status Sosial Ekonomi Dengan pemilihan Pelayanan Kesehatan Di Desa Karanggeneng Kecamatan Boyolali Kabupaten Oyolali. Universitas Muhammadiyah Surakarta. *Skripsi*. Electronic Theses and Dissertations. Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/>. Diakses pada Oktober 2019.
15. Alhidayati dan Asmuliyanti. (2017) Perilaku Ibu Dalam Memilih Dukun Bayi Sebagai Tenaga Penolong Persalinan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tembilahan Hulu Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. Keskom Volume 3 No 5 Desember 2017. Halaman 182 – 188.

16. Nurrachmawati et al. (2018) Otonomi Perempuan dan Tradisi Dalam Pengambilan Keputusan Pemilihan Tempat dan Penolong Persalinan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. Volume 12 Nomor 2 Halaman 57 – 66.
17. Burhaeni, Sitti. (2013). Faktor Determinan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Di Wilayah Kerja Puskesmas Pampang Kecamatan Panakukang Kota Makassar Tahun 2013. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, UNHAS, Makassar. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/5701>. Diakses pada Oktober 2019.
18. Lestari, Weny dan Agustina, Zulfa Auliyati. (2018) Meta-Etnografi Budaya Persalinan D Indonesia. *Jurnal Masyarakat dan Budaya*. Volume 20 Nomor 1 Tahun 2018. Halaman 9 – 60.
19. Furi, L.T dan Megatsari, Hario. (2014). “Faktor yang Mempengaruhi Ibu Bersalin Pada Dukun Bayi Dengan Pendekatan WHO di Desa Brongkal Kecamatan Pagelaran Kabupaten Malang”, *Jurnal Promosi Kesehatan*. Vol. 2, No. 1, Halaman 77-88.



# ANTI STREPTOLISIN O (ASTO) SEBAGAI PENANDA INFEKSI BAKTERI GRUP A *Streptococcus β hemolyticus* PADA PENDERITA TONSILITIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI

## ANTI STREPTOLICIN O (ASTO) AS A MARKET INFECTION OF BACTERIA GROUP A *Streptococcus β hemolyticus* IN TONSILITIS PATIENTS IN GENERAL HOSPITALS IN KENDARI CITY

Sri Aprilianti<sup>1</sup>, Angriani Fusvita<sup>2</sup>

Program Studi DIII Analisis Kesehatan Politeknik Bina Husada<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Email: sriaprianti.aakkdi@gmail.com

### ABSTRAK

Tonsilitis akut disebabkan oleh kuman grup A *Streptococcus β hemolyticus*, *Pneumococcus*, *Streptococcus viridans* dan *Streptococcus pyogenes*. Anti Streptolisin O (ASTO) merupakan antibodi terhadap antigen streptolisin O yang dihasilkan oleh bakteri *Streptococcus β hemolyticus* grup A. Tujuan penelitian penelitian ini adalah untuk mengetahui antibodi terhadap streptolisin O yang di hasilkan oleh *Streptococcus* grup A. Penetapan kadar anti streptolisin O merupakan pemeriksaan utama untuk menentukan apakah sebelumnya pernah terinfeksi oleh *Streptococcus β hemolyticus* grup A yang menyebabkan komplikasi penyakit post *Streptococcus*. Infeksi yang ditimbulkan *Streptococcus β hemolyticus* grup A dapat menyebabkan radang tenggorokan (tonsil) dan faringitis. Sampel penelitian berjumlah 30 orang yang menderita tonsilitis di RSUD Kota Kendari. Metode pengambilan sampel menggunakan metode *Accidental sampling*. Pemeriksaan sampel dilakukan menggunakan metode lateks test berdasarkan aglutinasi antigen dan antibodi. Hasil penelitian menunjukkan dari 30 sampel hasil pemeriksaan ASTO yang positif berjumlah 25 orang (83%) dan yang negatif sebanyak 5 orang (17%). Terdapat antigen yang dihasilkan *Streptococcus β hemolyticus* terhadap pasien penderita tonsilitis berjumlah 25 orang dari 30 pasien tonsilitis.

**Kata Kunci :** ASTO, *Streptococcus β hemolyticus*, Tonsilitis

### ABSTRACT

*Acute tonsillitis is caused by group A bacteria Streptococcus β hemolyticus, Pneumococcus, Streptococcus viridans and Streptococcus pyogenes. Anti Streptolysin O (ASTO) is an antibody against Streptolysin O antigens produced by the Streptococcus β hemolyticus group A. The purpose of this research is to find out the antibodies against Streptolysin O produced by Streptococcus group A. Determination of the anti-streptolysin O group is the main examination for determine whether previously infected by group A Streptococcus β hemolyticus which causes complications of post Streptococcus disease. Infection caused by group A Streptococcus β hemolyticus can cause inflammation of the throat (tonsils) and pharyngitis. The sample of this research is 30 people who suffer from tonsillitis in Kendari City Hospital. The sampling method uses the accidental sampling method. Sample examination is performed using the latex test method based on agglutination of antigens and antibodies. The results showed that of the 30 positive ASTO examination results 25 people (83%) and 5 negative people (17%). There are antigens produced by Streptococcus β hemolyticus to patients with tonsillitis totaling 25 people from 30 tonsillitis patients.*

**KeyWords :** ASTO, *Streptococcus β hemolyticus*, Tonsilitis

### PENDAHULUAN

Tonsilitis merupakan salah satu penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) yang banyak ditemukan di Indonesia. Prevalensi ISPA di Indonesia adalah 234 per 1000 anak, sedangkan prevalensi tonsilitis kronis adalah 36 kasus per 1000 anak. Angka kesakitan ISPA masih menempati peringkat pertama dibandingkan dengan penyakit lainnya pada anak-anak di Indonesia (Mindarti, 2010). Berdasarkan survei data yang diperoleh dari RSUD Kota Kendari, pada tahun 2015 jumlah

penderita penyakit tonsilitis sebanyak 357 orang, pada tahun 2016 menurun menjadi 297 orang dan tahun 2017 sebanyak 257 orang<sup>1</sup>.

Tonsilitis adalah inflamasi pada tonsila palatina yang disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri. Saat bakteri dan virus masuk ke dalam tubuh melalui hidung atau mulut, tonsil berfungsi sebagai filter / penyaring menyelimuti organisme yang berbahaya tersebut dengan sel-sel darah putih. Hal ini akan memicu sistem kekebalan tubuh untuk membentuk antibodi terhadap infeksi yang akan datang. Tetapi bila tonsil sudah tidak dapat menahan infeksi dari bakteri atau virus tersebut maka akan timbul tonsilitis<sup>2</sup>. Tonsilitis terbagi menjadi dua yaitu tonsilitis akut dan tonsilitis kronik. Keduanya memiliki perbedaan penyebab yaitu tonsilitis akut lebih sering disebabkan oleh kuman grup A *Streptococcus β hemolyticus*, *Pneumococcus*, *Streptococcus viridans* dan *Streptococcus pyogenes*, sedangkan tonsilitis kronik kuman penyebabnya sama dengan tonsilitis akut tetapi kadang-kadang pola kuman berubah menjadi kuman dari golongan gram negatif<sup>3</sup>.

Anti Streptolisin O (ASTO) merupakan antibodi terhadap antigen streptolisin O yang dihasilkan oleh bakteri *Streptococcus β hemolyticus* grup A. Pemeriksaan Anti Streptolisin O (ASTO) yaitu pemeriksaan darah yang berfungsi untuk mengetahui antibodi terhadap streptolisin O yang dihasilkan oleh *Streptococcus* grup A. Penetapan kadar anti streptolisin O merupakan pemeriksaan utama untuk menentukan apakah sebelumnya pernah terinfeksi oleh *Streptococcus β hemolyticus* grup A yang menyebabkan komplikasi penyakit post *Streptococcus*<sup>4</sup>. Infeksi yang ditimbulkan *Streptococcus β hemolyticus* grup A dapat menyebabkan berbagai macam penyakit, seperti radang tenggorokan (tonsil), faringitis, impetigo, erysipelas, demam nifas, demam berdarah (*scarlet fever*), nekrosis fitis (*necrotizing fasciitis*), *toxic shock syndrome*, septikemia<sup>5</sup>.

Pada hasil pemeriksaan ASTO lebih dari 400 IU/mL, selalu terdapat kuman *Streptococcus β hemolyticus* grup A, baik di dalam maupun di permukaan tonsil. Penilaian terhadap penderita tonsil terdiri atas adanya riwayat demam, terdapat pembesaran tonsil/eksudat pada tonsil, pembesaran kelenjar servikal anterior, dan tidak ada batuk. Bila terdapat lebih dari 3 gejala, dan pasien memerlukan pengobatan antibiotik. Berdasarkan penelitian Mindarti (2010) bahwa terdapat hubungan antara Anti Streptolisin O (ASTO) dan gejala klinis pada penderita tonsilitis<sup>4</sup>.

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik yaitu untuk menggambarkan keadaan atau mendapatkan keterangan tentang keberadaan Anti Streptolisin O (ASTO) pada penderita penyakit tonsilitis.

Penelitian dilakukan di Laboratorium Imunologi Politeknik Bina Husada Kendari selama 4 bulan yaitu bulan Mei hingga bulan Agustus 2019. Sampel penelitian adalah pasien yang menderita tonsilitis di RSUD Kota Kendari. Sampel dipilih dengan menggunakan metode *Accidental sampling* dimana sampel diambil dari pasien yang melakukan pemeriksaan tonsilitis di Poli THT Rumah Sakit pada saat dilakukan penelitian.

Pasien yang datang ke RSUD Kota Kendari melakukan pemeriksaan tonsilitis, kemudian diambil darahnya untuk dilakukan pemeriksaan ASTO. Darah yang telah diambil kemudian dinsetrifuge untuk memperoleh serum. Pemeriksaan dilakukan pada suhu ruang. Pemeriksaan dilakukan dengan menghomogenkan reagen sebelum digunakan, dipipet 40 µL kontrol positif dan letakkan di atas slide pertama. Dipipet 40 µL kontrol negatif dan letakkan di atas slide kedua. Dipipet 40 µL serum dan letakkan di atas slide ketiga. Dipipet 40 µL reagen lateks ASTO pada masing-masing slide. Dicampur sampai rata dengan menggunakan pengaduk, kemudian goyangkan dan dilihat aglutinasi yang terjadi tidak lebih dari 2 menit.

## HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Laboratorium Imunologi Politeknik Bina Husada Kendari dengan mengambil sampel darah pasien penderita tonsilitis yang melakukan pemeriksaan di RSUD Kota Kendari. Pengambilan sampel dilakukan dari bulan Mei hingga bulan Agustus 2019. Sampel yang

diperoleh selanjutnya dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan reagen ASTO untuk mengetahui Antibodi terhadap Streptolisin O yang di hasilkan oleh *Streptococcus* grup A.

**Tabel 1.** Distribusi frekuensi berdasarkan kelompok jenis kelamin

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentasi (%)
Perempuan	13	43
Laki-Laki	17	57
Total	30	100

Pada tabel **Tabel 1** diperoleh distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin, jenis kelamin perempuan berjumlah 13 (43%), sedangkan untuk laki-laki berjumlah 17 (57%) dari total sampel berjumlah 30 orang (100%).

**Tabel 2.** Distribusi frekuensi berdasarkan hasil pemeriksaan ASTO

Hasil pemeriksaan	Frekuensi	Persentasi (%)
Positif	25	83
Negatif	5	17
Total	30	100

**Tabel 2** menunjukkan hasil pemeriksaan ASTO yang positif berjumlah 25 orang (83%) dan yang negatif sebanyak 5 orang (17%) dari total jumlah pasien sebanyak 30 orang (100%).

## PEMBAHASAN

Tonsilitis merupakan salah satu penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) yang banyak ditemukan di Indonesia. Berdasarkan survei data penyakit THT yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari jumlah penderita penyakit tonsilitis kronis lebih banyak dibandingkan dengan jumlah penderita tonsilitis akut. Ada perbedaan dari beberapa penelitian mengenai jenis kelamin yang dominan mengalami tonsilitis kronis. Beberapa faktor yang ditelitinya adalah keterlibatan faktor genetik dan perbedaan budaya. Hasil yang didapatkan dari penelitian Elmatris (2016) ditemukan bahwa tidak adanya keterlibatan faktor genetik dan budaya pada perbedaan jenis kelamin yang sering mengalami tonsilitis kronis. Hal ini kemungkinan hanya pengaruh populasi dalam suatu penduduk terkait dominasi jenis kelamin tertentu terhadap kejadian tonsilitis kronis, baik laki-laki maupun perempuan.

Uji latex ASTO merupakan prosedur aglutinasi. Dikembangkan untuk deteksi langsung semi kuantitatif secara klinis antibodi anti streptolisin O dalam serum. Pengujian dilakukan dengan menguji suspensi partikel lateks yang dilapisi dengan antigen O streptolisin terhadap serum. ada atau tidak adanya aglutinasi yang terlihat, menunjukkan ada atau tidaknya ASTO dalam sampel yang diuji.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 sampel yang terdiri dari laki-laki dan perempuan penderita tonsilitis di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari diperoleh hasil positif sebanyak 25

orang (83%) dan hasil negatif sebanyak 55 orang (5%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 sampel penderita tonsilitis, terdapat 25 orang pasien yang positif anti streptolisin O (ASTO).

Hasil pemeriksaan ASTO yang positif pada pasien tonsilitis menunjukkan bahwa tubuh bereaksi terhadap infeksi *Streptococcus β hemolyticus* grup A yang merupakan salah satu penyebab infeksi saluran pernapasan atas. Apabila tonsilitis kronis tersebut benar-benar disebabkan oleh *Streptococcus β hemolyticus* grup A, maka akan didapatkan anti streptolisin O dalam serum penderita sekitar 80-85%. Hal ini menunjukkan terdapat peningkatan kadar ASTO, sedangkan hasil pemeriksaan ASTO yang negatif pada pasien tonsilitis tidak menunjukkan bahwa tubuh bereaksi terhadap infeksi *Streptococcus β hemolyticus* grup A. Hasil reaksi ASTO positif ditandai dengan terbentuknya aglutinasi setelah pencampuran (homogenisasi antara serum sampel dan reagen ASTO) dalam 2 menit, dan hasil negatif menunjukkan tidak terjadi aglutinasi setelah dilakukan pencampuran (homogenisasi antara serum sampel dan reagen ASTO) setelah 2 menit.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mindarti (2010) dengan judul "Hubungan antara Kadar Anti Streptolisin O dan Gejala Klinis pada Penderita Tonsilitis Kronis" menunjukkan hasil penelitian terdapat hubungan bermakna antara skor gejala klinis menurut kriteria Centor modifikasi Mc Isaac dan kadar ASTO. Sehingga pada kadar ASTO  $\geq 200$  IU/ml didapatkan skor gejala  $> 2$ . Hal tersebut menggambarkan bahwa rata-rata pasien atau responden pada jurnal penelitian tersebut menunjukkan rata-rata kadar ASTO pada pasien mulai dari 2 gejala sampai 5 gejala yaitu 258,57 IU/mL. Peningkatan pasien dengan kadar ASTO  $>200$  IU/mL sangat signifikan mulai dari penderita tonsilitis dengan 2 gejala sampai dengan 5 gejala.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil dari penelitian yang telah dilakukan di Laboratorium Imunologi Politeknik Bina Husada Kendari dengan mengambil sampel di RSUD Kota Kendari, sampel yang digunakan yaitu pasien dengan diagnosa penyakit tonsilitis kronis. Hasil pemeriksaan ASTO menunjukkan 25 hasil positif dan 5 hasil negatif. Hal ini menggambarkan bahwa 83% penderita tonsilitis kronis terinfeksi oleh *Streptococcus β hemolyticus* grup A.

Peneliti berharap sebaiknya dilakukan penelitian lain yang meneliti kadar ASTO pada anak-anak dengan populasi lain yang lebih luas dan jumlah sampel yang lebih besar.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Profil RSUD Kota Kendari. (2017). Jumlah Penderita Penyakit Tonsilitis.
2. Bohne S., Siggel R., & Borghoff, U.M (2013). Clinical Significance and Diagnostic Usefulness of Serologic Markers for Improvement of Outcome of Tonsilectomy in Adult with Chronic Tonsillitis. *Biomed Central. Journal of Negative Result in Biomedicine*.
3. Nizar M., Qamariah N., & Muthmainah N. (2016). Identifikasi Bakteri Penyebab Tonsilitis Kronis Pada Pasien Anak Di Bagian Tht Rsud Ulin Banjarmasin. *Berkala Kedokteran*, Vol.12, No.2, Sep 2016:197-204
4. Mindarti F., Rahardjo PS., Kodrat L., & Sulaiman BA. (2010). Hubungan antara Kadar Anti Streptolisin-O dan Gejala Klinis pada Penderita Tonsilitis Kronis. *Jurnal Kedokteran Yarsi* 18 (2) : 121-128
5. Aini F., Djamal A., & Usman, E. (2016). Identifikasi Carrier Bakteri *Streptococcus β hemolyticus* Group A pada Murid SD Negeri 13 Padang Berdasarkan Perbedaan Umur dan Jenis Kelamin. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(1).
6. Reeves CJ., Roux G., & Lockhart R. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah, Buku I*, (Penerjemah Joko Setyono), Jakarta : Salemba Medika.
7. Mansjoer Arif. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi 3. Medica Aesculpalus. FKUI. Jakarta.
8. Palandeng TA., Tumbel REC., Dehoop J. (2014). Penderita Tonsilitis Di Poliklinik Tht-KI Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Januari 2010-Desember 2012. *Jurnal e-CliniC (eCl)*, Volume 2, Nomor 2.

9. Soepardi & Effiaty Arsyad. (2007). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala & Leher*, Edisi VI. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
10. Abbas Ak., & Lichtman AH. (2005). *Antibodies antigens*. Schmitt WR, Krehling H, editors "Cellular and Molecular Immunology". Philadelphia : Elsevier Saunders
11. ASO LATEX TEST KIT. (2013). *Plasmatec Laboratory Products a Laboratory 21 Group Company*.



Buku prosiding ini memuat sejumlah artikel hasil penelitian dari berbagai bidang kajian dalam bidang kesehatan mengenai potensi-potensi yang dihasilkan oleh peneliti-peneliti yang berprofesi di bidang kesehatan yang telah dipresentasikan pada seminar nasional yang dilaksanakan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo. Para akademisi nasional telah banyak menghasilkan penelitian dalam bidang kesehatan. Namun, masih banyak yang belum dipublikasikan secara luas sehingga tidak dapat diakses oleh masyarakat yang membutuhkan. Atas dasar tersebut, seminar nasional ini menjadi salah satu ajang bagi para akademisi nasional untuk mempresentasikan hasil penelitian sekaligus bertukar informasi dan memperdalam masalah-masalah yang dibahas dalam penelitian masing-masing, serta mengembangkan kerja sama yang berkelanjutan.



**UHO EduPress**

Kampus Hijau Bumi Tridarma  
Jalan Eddy A. Mokodompit, Kendari  
press@uho.ac.id  
uho.edupress@gmail.com

ISBN 978-623-91098-1-3



9 786239 109813